



22/05/2020

Número: **0807462-80.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **17/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.602,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FLAVIO DANIEL NORBERTO (AUTOR)		ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
29971 215	17/04/2020 22:10	Petição Inicial	Petição Inicial
29971 219	17/04/2020 22:10	Peticao Inicial	Outros Documentos
29971 220	17/04/2020 22:10	Cartas da Lider	Documento de Comprovação
29971 222	17/04/2020 22:10	Doc Medica 1	Documento de Comprovação
29971 223	17/04/2020 22:10	Doc Medica 3	Documento de Comprovação
29971 224	17/04/2020 22:10	Doc Medica 4	Documento de Comprovação
29971 226	17/04/2020 22:10	Doc Medica 2-otimizado_1	Documento de Comprovação
29971 229	17/04/2020 22:10	Doc Medica 2-otimizado_2	Documento de Comprovação
29971 232	17/04/2020 22:10	Doc Medica 2-otimizado_3	Documento de Comprovação
29971 225	17/04/2020 22:10	Emails Informes Lider	Documento de Comprovação
29971 233	17/04/2020 22:10	Docs-otimizado_1	Documento de Identificação
29971 234	17/04/2020 22:10	Docs-otimizado_2	Documento de Identificação
29971 235	17/04/2020 22:10	Docs-otimizado_3	Documento de Identificação
29971 236	17/04/2020 22:10	Docs-otimizado_4	Documento de Identificação
29971 237	17/04/2020 22:10	Notas fiscais e Receituario-otimizado_1	Documento de Comprovação
29971 238	17/04/2020 22:10	Notas fiscais e Receituario-otimizado_2	Documento de Comprovação
29971 239	17/04/2020 22:10	Procuracao	Procuração
30054 814	22/04/2020 12:12	Certidão- Portaria 2018	Certidão
30072 878	23/04/2020 09:11	Despacho	Despacho

30107 159	23/04/2020 16:58	Mandado	Mandado
30441 799	07/05/2020 11:25	Emenda a Inicial	Petição
30441 802	07/05/2020 11:25	Carta da Lider-Pedido de indenizacao	Documento de Comprovação
30441 803	07/05/2020 11:25	comprovante pagamento	Documento de Comprovação

Petição em PDF.



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL
DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE

FLAVIO DANIEL NORBERTO, 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, por seu procurador signatário, procuração anexa, recebendo intimações e correspondências na Rua Estácio Tavares Wanderley, nº 400, sala – 308, Centro Jurídico Min. Rafael Mayer, Campina Grande-PB Email: anadefensor@hotmail.com, fones (83) 98780-9410 / 99644-8511, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA (Invalidez Permanente + Despesas Médicas)

em face da SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A., pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:



I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, assim, não dispõe de condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da GRATUIDADE DA JUSTIÇA, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPD, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça.

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia 17/04/2017, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO) sofreu acidente de trânsito quando trafegava na Rua Francisco Lopes de Almeida no bairro Santa Cruz, momento em que um animal atravessou correndo a via, tendo colidido contra o citado animal, vindo ao solo e sofrendo fratura do Píleo Tibial na perna esquerda e acentuadas lesões corporais, conforme prontuário médico, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital de Emergência e trauma em Campina Grande.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude da fratura sofrida, passar por procedimento cirúrgico de osteossíntese, conforme se demonstra documentalmente, com a colocação de fixador externo. Ficando internado até 03/05/17, quando recebeu alta hospitalar com orientações de retorno ambulatorial, como também para nova intervenção cirúrgica. Permanecendo com fixador externo por sete meses, quando de nova intervenção cirúrgica.

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, restou o requerente com acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar a perna, caminhar, praticar algum exercício físico e trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.



O autor labora como vigia na Prefeitura Municipal, lotado em um Parque da Cidade, função que exerce em pé, exigindo um grande esforço sobre o membro lesionado. As lesões, ocasionadas no acidente e as limitações desencadeadas, prejudicam em demasia o mesmo, que se vê obrigado a trabalhar sentindo dores e dificuldades que outrora eram inexistentes.

A parte autora sofreu séria fratura no membro inferior esquerdo, passou por delicado procedimento cirúrgico, após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, restou com considerável limitação física que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada, de retomar as suas atividades normais. Encontra-se debilitado, sente dores, não movimenta o tornozelo com facilidade, sente dificuldades ao pisar, flexionar e realizar qualquer outro movimento com o membro afetado.

Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, prejuízos esses que acompanham o requerente até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida. Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO **DPVAT**, tendo feito seu requerimento através da SABEMI SEGURADORA S/A, atuando essa em nome daquela, intermediando os pedidos feitos em todo o país, com regulação feita pela SINGULAR REGULADORA DPVAT.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o autor encaminhou seu pedido. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (DPVAT/INVALIDEZ), o requerente teve seu pedido autuado com o número de sinistro 3180343707. Durante o procedimento administrativo muitas foram às barreiras burocráticas impostas, sendo solicitado do Autor o reenvio de documentação anteriormente enviada, dificultando o processo na clara intenção de fazer com o que o Autor desistisse do seu direito.

Apesar de toda dificuldade imposta, certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, tamanha fora a surpresa desta quando informada do pagamento da indenização,



NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada.

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o requerente recebeu o valor de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o que equivale a 6,25% do valor total do prêmio. A Seguradora Ré sequer emitiu o memorial de cálculo do sinistro em questão, portanto não há como saber que percentual foi atribuído a lesão do Autor.

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida.

O demandante permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente de trânsito, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.

Ou seja, todos os documentos médicos levam ao entendimento de que fora grave a perda funcional do membro afetado, porém, a parte ré realiza avaliação imparcial e unilateral, sem proporcionar ao segurado aquilo que realmente lhe é devido.

Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autor, juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a



intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

Importante frisar que na tabela do seguro **DPVAT**, a porcentagem correspondente à perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores, corresponde a 70% do capital segurado, o que totaliza a importância de R\$ 9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais).

Sendo assim, documentalmente comprovada a perda de 75% do membro afetado, é devido ao autor 75% do valor referente à lesão completa, ou seja, 75% de R\$ 9.450,00, o que totaliza a importância de R\$ 7.087,00 (sete mil e oitenta e sete reais). Devem ser deduzidos os valores pagos, ainda que irrisórios.

Além disso, Excelência, REQUER também o Autor, a restituição das despesas médicas conforme receituário e notas fiscais correspondentes (em anexo). Tendo valor correspondente ao importe de R\$ 359,00 (trezentos e cinquenta e nove reais).

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que



indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto pelo seguro **DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de



assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à demandante:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. **Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado. 4. Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no**



ponto. 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT. Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado. 4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível Nº 70066950957,



Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016).

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

Dano	Percentual	Valor
PERDA PARCIAL - PARTE INFERIOR		
Fratura não consolidada do fêmur	50%	R\$ 6.750,00
Fratura não consolidada de uma perna	25%	R\$ 3.375,00
Perda total do uso de uma perna	70%	R\$ 9.450,00
Fratura não consolidada da rótula	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um joelho	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um dos tornozelos	20%	R\$ 2.700,00
Fratura não consolidada de um pé	20%	R\$ 2.700,00
Perda total de um dos pés	50%	R\$ 6.750,00
Perda parcial de um pé	25%	R\$ 3.375,00
Amputação do primeiro dedo do pé	10%	R\$ 1.350,00
Amputação de qualquer outro dedo do pé	03%	R\$ 405,00
Encurtamento de uma perna de 5 cm ou mais	15%	R\$ 2.025,00
Encurtamento de uma perna de 4 cm	10%	R\$ 1.350,00
Encurtamento de uma perna de 3 cm	06%	R\$ 810,00
Menos que 3 centímetros não tem indenização		
Fonte: http://www.dpvatbrasil.com.br/dpvatIndenizacao.asp		

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e



realização de eventual perícia médica. Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da Petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, REQUER:

4.1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, os benefícios da **assistência judiciária gratuita**;

4.2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser **julgados procedentes** os pedidos;

4.2.1. Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já manifesta que possui interesse na realização de audiência de conciliação;

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;

4.4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada PROCEDENTE para:

4.4.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da complementação de indenização correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de R\$ 7.087,00 (sete mil e oitenta e sete reais) menos o valor pago administrativamente, qual seja, R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta



e três reais e setenta e cinco centavos) totalizando assim, ao final, a importância de R\$ 6.243,25 (seis mil e duzentos e quarenta e três reais e vinte e cinco centavos);

4.4.2. Condenar a demandada ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso, no valor de R\$ 6.243,25 (seis mil e duzentos e quarenta e três reais e vinte e cinco centavos);

4.4.3. Condenar a demandada ao pagamento das despesas médicas hospitalares referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso, no valor de R\$ 359,00 (trezentos e cinquenta e nove reais).;

4.4.4. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios no importe de 20%, de acordo com art. 85 do CPC;

5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá-se a causa o valor de R\$ 6.602,25 (seis mil e seiscentos e dois reais e vinte e cinco centavos).

Termos em que

pede deferimento.

Campina Grande, 17 de abril de 2020.

Ana Aparecida Barros Defensor
OAB/PB 20.721

Walkenedy Lima de Araújo
OAB/PB 11.721E



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FLAVIO DANIEL NORBERTO

Nº Sinistro: 3180343707

Vítima: 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

A documentação deve ser entregue na **Sabemi 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.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00231/00232 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13195319



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

Pag. 01919/01920 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13346626



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

Pag. 00219/00220 - carta_01 - INVALIDEZ



00020110



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fx pilab titrif (€).

Paciente	Flavio Dami	Alojamento	10	Leito		Convênio	
----------	-------------	------------	----	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/04	Dieta leve SFO, 9% 1500ml EV p/ 24h Dipirona 500mg EV Q16h Tilatilp 20mg EV 12/12h Tramf 100mg + 100ml SF EV 8/8h Tala Bote mte (Emenda ref. mte) SSVT + CCC, G	2h 1h 2h (2h) (5h) 4h	Admissão Potência de queda de mto admitido q/ dor + edem + deformidade em tng (C) APNV: preservado Col. VAS Internação p/ tto cirú- gico Exame pré-op.

MOD. 035





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente <i>Paulo Daniel</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>29/04/16</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. João Paulo</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Jefferson</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Art. Xanto Congênito</i>			
Tipo de Operação <i>Trat. de Tumor Distal</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Fixação externa</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>S/M</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1/	<i>Dr. João Paulo</i>
2/	<i>Artroscopia + Artroscopia</i>
3/	<i>Com o uso de aparatos</i>
4/	<i>Artroscopia imediata, contendo pat. com o resíduo de Art. Xanto Congênito.</i>
5/	<i>Fixação da fixação linear externa</i>
6/	<i>Desbridamento de tecidos desnecessários</i>
7/	<i>Uniflexão Redução</i>
8/	<i>Exame</i>
<i>Dr. João Paulo Oliveira Nunes</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9551	

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Flávio Daniel Roberto</i>	Idade: <i>33 anos.</i>
Convênio: <i>SUS</i>	Data: <i>20-04-11</i>
Procedimento: <i>trat. cirurgico de Fratura de Tibia distal.</i>	
Cirurgião: <i>Dr. João Paulo</i>	Auxiliar: <i>Dr. Jefferson</i>
Anestesista: <i>Dr. Felix.</i>	
Início: <i>22:10.</i>	Término: <i>22:00.</i>
Anestesia: <i>Raque</i>	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
22:25	—	86	97%	Madalene	+ -	Consciente
23:00	—	84	99%	Madalene	+ -	Consciente
23:25	—	90	94%	<i>MF</i>	++	+

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

Dr. Leonardo Barrios Coura
CRM-PE 19210

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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		2



Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Flavio Daniel Norberto DN= 24102184						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	Sala 04	SUS	33 anos	1417659		
CIRURGIA Tratamento cirurgico de fratura de fêmur distal.		CIRURGIÃO Dr. João Paulo				
ANESTESIA Raque		ANESTESIA Dr. Félix				
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		20/04/2017	21:10	22:00		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	02	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	015	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m	05	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelcin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	05	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	01	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	05	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	05	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	06	Saco coletor p/ leite		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol.	02	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	01	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	02	S.F. p/ lavagem	
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
01	Bupivacaína		Sonda Uretral nº			
01	Dexamet		Sterydrem ml			
01	Entonox		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latex			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	eletródios			
01	Aguilha p/ raque nº 25	01	fixador Externo			
05	Álcool de Enfermagem		da + m cirurgica			
	Álcool Iodado ml					
02	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

Lote: 080899 Código: F08 8 208
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSA SARTORI - LINEFIX
 TUBIAFEMUR T 300 - ESTÉRIL
Fabric.: 24/01/2017 Val.: 01/2022
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
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

EQUIPAMENTOS

<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input checked="" type="checkbox"/> Oxiciópiógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
<input type="checkbox"/> Foco	<input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

Rosângela da C. Quintans
Téc. de Enfermagem
CREM-PR 713 882
CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Poland

[Faint handwritten text at the bottom of the page]

کتابخانه عمومی مسجد جامع اصفهان

44081 P 0102

٥٠

25

2.7

٤٠

55

10

25

2.2

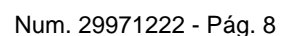
۱۹۱۰

19 7.2 50

[illegible]

sekortala 20
omsta 1, aboxy 10
omsta 1, aboxy 10

X — X

[illegible]

Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

Nº 2272

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

NOME DO PACIENTE

FLAVIO DANIEL NORBERTO

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMIENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMIENTO REALIZADO

FRACTURA EXPOSTA DE TIBIA

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÔD. ROMP.
FIXADOR EXTERNO SARTORI		01	

Lote: 080899 Código: F08 8 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX
TÍBIA/FÊMUR T 300 - ESTÉRIL

Fabric.: 24/01/2017 Val.:01/2022
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 B 680
PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T

Fabric.: 24/01/2017 Val.:01/2022
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

20.04.17

DR. JOÃO PAULO

OBSERVAÇÕES

FIXADOR EXTERNO SARTORI

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

REBEKA





Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

FRATURA DE

Paciente)	Alojamento)	Leito)	Convênio)
-----------	-------------	--------	-----------

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
	DIETA GERAL		AZ		EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H		2x OF		BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII
21/4	TILATIL 1 APM EV 12/12H	(32) (29)	SIN		PELE SEM LESOES
	NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N	OK	SIN		IMOBILIZACAO GESSADA
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H		SIN		
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N		AZ		EVLUI SEM INTERCORRENCIAS
	JELCO HEPARINIZADO		ATI		
	CCGG SSVV		ATI		CD AGUARDA CIRURGIA
	ACESSO VENOSO				VPM
	* Anestesiologo Quimroz Neto ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CIRURGIA OMBRO E COTOVELO CRM 881 FIC 112037 CH. Joca CLO/Rua D. Chateaubriand 20F Tel. 3341 2560 - 3341 7586				
	* Anestesiologo Quimroz Neto ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CIRURGIA OMBRO E COTOVELO CRM 881 FIC 112037 CH. Joca CLO/Rua D. Chateaubriand 20F Tel. 3341 2560 - 3341 7586				



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ftx plato tibial

Paciente	Flávio Daniel	Alojamento	no	Leito		Convênio	
----------	---------------	------------	----	-------	--	----------	--

[illegible]

MOD. 035



Diagnóstico

Ftx pilão tibial

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Flávia Simões	Alojamento	10	Leito		Convênio	
----------	---------------	------------	----	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/04/12	01 - Direta anal line 02 - Aphenara 01g ev 12/18h ? 03 - Difenara 01 PA ev 6/6h 04 - Imenol 100mg H2O/ml 3F037 ev 8/8h (S/N) 05 - Naxosol 01PA + 00 ev 8/8h (S/N) 06 - Omeprazol 20mg 01ap W a7 7h00 07 - Dileo + 00222 vanao 08 - 333Vx CCGG	<div> <div>02</div> <div>04</div> <div>06</div> <div>08</div> <div>10</div> <div>12</div> <div>14</div> <div>16</div> </div>	<p># DRTORSONA</p> <p># Pot evoluir bem, inicialmente com 1g eliminando as prescrições de extensidade e profusão CD.</p> <p># CD: vpm.</p>

MOD. 035



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	FLAVIO DANIEL NORBERTO	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	------------------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
			25/04 1ª
			Paciente na CARDIOLOGIA
			Realizada audiometria cardiológica, nos não foi explicitada a motivação. O paciente foi operado há 5 dias de internar no HIE.
			Não há antecedentes de HAS, DM, dislipidemia ou cardiopatia, além disso, nega sintomas na infância.
			ECR em ET 2F-5/5
			PA: 120/80 FC: 88
			MVCP +/CA
			ECG: não foi realizado
			(CD) O paciente não apresenta quaisquer evidências de cardiopatia e não tem dúvidas a qualquer procedimento cirúrgico

Dr. Guilherme Viana Mascena
CARDIOLOGIA
CRM 6349

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

FRATURA DE

pele fibul

Paciente) *Filipe Daniel* Alojamento) Leito) Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	DIETA GERAL		EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	<i>18/04/20 21/06</i>	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII
<i>2/4</i>	TILATIL 1 APM EV 12/12H	<i>18/04/20 21/06</i>	PELE SEM LESOES <i>Filipe Daniel</i>
	NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N	<i>18/04/20 21/06</i>	IMOBILIZACAO GESSADA <i>Filipe Daniel</i>
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	<i>18/04/20 21/06</i>	EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N	<i>18/04/20 21/06</i>	
	JELCO HEPARINIZADO	<i>18/04/20 21/06</i>	
	CCGG SSVV	<i>18/04/20 21/06</i>	CD AGUARDA CIRURGIA
	ACESSO VENOSO	<i>18/04/20 21/06</i>	VPM
	<i>Novo Rx</i>	<i>control</i>	
	<i>Dr. Aristoteles Queiroz Neto</i>		<i>Dr. Aristoteles Queiroz Neto</i>
	<i>ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA</i>		<i>ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA</i>
	<i>CIRURGIA OMBRO E COTOVELO</i>		<i>CIRURGIA OMBRO E COTOVELO</i>
	<i>CRM 681</i>		<i>CRM 681</i>
	<i>Cd. Rua C13/Rua Dr. Chateau, s/nº 20F</i>		<i>Cd. Rua C13/Rua Dr. Chateau, s/nº 20F</i>
	<i>Im. 334-2560-234-234</i>		<i>Im. 334-2560-234-234</i>



Diagnóstico

1x Pilaw Gibrak

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Marcelo Daniel Nogueira - 33 Anos	Alojamento	10	Leito	3	Convênio	
----------	-----------------------------------	------------	----	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27.04.17	<p>1. Diet. oral leve</p> <p>2. Jklo. Salmgado</p> <p>3. Dipirona 12ml + AD, CV, 6/6hs</p> <p>4. Parnal 100mg + 100ml 5% D, 9%, CV, 8/8hs SN</p> <p>5. Glukol 20tbl, CV 11/11hs</p> <p>6. Vbraupexol 20mg + clp, VO, pelo manhã</p> <p>7. SSN + BGG</p> <p>8. Mawupron 019 + AD, CV, 8/8hs SN</p>	<p>de 19</p> <p>18</p> <p>24</p> <p>06</p> <p>06</p> <p>06</p>	<p>1. Ortopedia</p> <p>11-DH</p> <p>Paciente evolui com BGG, Sono e Apetite preservados</p> <p>Exame estomacal</p> <p>CD: Jucundando cirurgia</p> <p>Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9965</p>

MOD 035



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27	16:30				40		Reiniciamos a cateterização da enfermagem	
27	16:15				40		Reiniciamos a cateterização da enfermagem	



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DICA

GILBERTO ANTONIO BASILIO DO REBO, 33

~~OXBASELIMITE~~

Fx Riles Tibial E

LEITO 10-03

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Plavio Daniel Barbosa, 33	10	3	mi-op ok
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/04	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		
	4 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	10:21:06	* DIH #ORTOPEDIA
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N		Boa, estável, s/
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		queixas
	7 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO cf. molinetas		Pele s/ condicões de
	8 SSVV+CCGG		curatela
	9		ed: vpm
	10		
	11		
	12		

MOD. 035



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28/04/17	19:30				120/80		<p>Paixão T. regular Refeição consistente alimentado usual 3x cada 4 horas segun ao estado dos de enfermaria sem</p>	<p>Relatou Ute</p>

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29.04	13:00		83		130/40		Paciente com sint. controlado medicação corpo mole sem sinais de desidratação segundo avaliação de enfermeiro de plantão	Jucileide dos S. Silva Téc. Enfermagem CONEP Nº 9586700
29.04	19:00				120/80		Paciente continua sem sinais de desidratação	Jucileide dos S. Silva Téc. Enfermagem CONEP Nº 9586700



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PILÃO TIBIAL

(Fixador externo)

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	FLAVIO DANIEL NOBERTO, 33	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 10-3
----------	---------------------------	------------	-------	----------	------------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/11	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		
	4 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H		
	5 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H		
	6 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N		
	7 NAUSEDRON 8mg/ml -1FA + ABD EV 8/8h SN		
	8 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM		
	9 XARELTO 10MG 1 CP VO 1XDIA		
	10 CURATIVO 1XDIA		
	11 SSVV+CCGG		
	12 Si demora a melhorar.		
	13		
	14		
	15		
	16		
	17		
	18		
	19		
	20		
	21		
	22		

MOD. 035



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
06/09/17	08:00					320x70 +	Comentário, orientado, avalia diurese, deam- bulas, repouso SSV e UAPL. Jilvany.	
20/09/17	20:00	-	-	-	120 / 80		Doente evolui estável, não recai overcast. Jilvany.	

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PILÃO TIBIAL (FIX EXT)

ALA ORTOPÉDICA

OK

Paciente **FLAVIO DANIEL NOBERTO** Alojamento Leito Convênio **LEITO 10-3**

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/05	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		
	4 DAPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	12 12 12 12	15° DIH #ORTOPEDIA
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N		Atc, estabil
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		2m qex 24
	7 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM		cp: VPM
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO 1XDIA		
	9 SSVV+CCGG		
10	Desmole 4 mols		
11	Yury de Paula Amara Ortopedista CRM-PB 19907		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM-PB-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	12 18 24 06	15° DIH #ORTOPEDIA
	5 - TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N		BEG, estável, si queixas.
	6 - NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		Lesões em pele de tornozelo
	7 - OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM	06	(E) . Com fixação externa.
	8 - XARELTO 10MG 1 CP VO 1XDIA	12	cd: upm + Aguardar avaliação
	9 - SSV+CCGG		de Dr. Aristóteles.
	10 - Curativo 1x dia.		
	11 - Ceftriaxone 1g + 1500cc de solução	12 24	
	12		
	13		
	14		
	15		
03/05	16 - Alta Hospitalar e orientações		
	17 - para o retorno Ambulatorial		
	18 - pl nova intervenção cirúrgica.		
	19 - ATB + Analg pl 454		
	20		
	21		
	22		

MOD. 035



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
02/05	08:30				59/80			
02/05	23:00				142/80			
03/05	12:00							
Paciente transferido para alta hospitalar								
Elisângela Rosendo dos S. Almeida								
ENFERMEIRA COREN PB 473386								
F. VANDERLAIN ROBERTO								
02/05								





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): FLAVIO DANIEL NOBERTO Protocolo: 0000333719 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 27-04-2017 12:21 Origem: CLINICA NEURO-BUCO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES 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]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO 7'30'' min

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

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

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM 5409

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



Sr(a): FLAVIO DANIEL NOBERTO Protocolo: 0000333719 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 27-04-2017 12:21 Origem: CLINICA NEURO-BUCO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES 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 (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
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
Linfócitos			
Típicos.....	27,0	2.025	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	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.

CFBultra

Carlos Felipe Souza de Miranda Bultrão
Biomédico
CRBM 5485

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



Sr(a): FLAVIO DANIEL NORBERTO Protocolo: 0000334354 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 29-04-2017 11:52 Origem: CLINICA ORTOPEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES 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)
Neutrofilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	291
Segmentados.....	77,0	7.469
Eosinófilos.....	1,0	97
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	18,0	1.746
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	1,0	97
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

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



Sr(a): FLAVIO DANIEL Protocolo: 0000331675 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA Data: 18-04-2017 11:40 Origem: AREA 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/mm ³	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 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.100 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofilos		
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
Linfocitos		
Típicos.....	20,0	1.820
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	1,0	91
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	190.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cassia Miguel Agra
Ana Cassia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

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



Sr(a):	FLAVIO DANIEL	Protocolo:	0000331675	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	HALLISSON BARROS DE ALMEIDA	Data:	18-04-2017 11:40	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	33 anos	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 Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

SAMU

Nome:	Flavio Daniel Noberto		
End:	Amarely Anaely de Jesus concelos	Bairro:	Três Irmãs
Data de Nascimento:	24.02.1984	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. moto	Data do Atend.:	17.04.17
		Hora:	19:30
		Documento:	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

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:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110

- ☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



CÓPIA DIGITALIZADA NO SAJ
CONFERE COM O ORIGINAL
21/06/2017
ASS. *[Assinatura]*



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: AREA AMARELA
 Destino: Leito - 03

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....
 Hemoglobina.....
 Hematócrito.....
 V.C.M.....
 H.C.M.....
 C.H.C.M.....

4.60 milhões/mm³
 13,8 g/dL
 42 %
 91 fL
 30 pg
 33 g/dL

4,2 à 5,0 milhões/mm³
 13,5 à 16,0 g/dL
 40,0 à 52,5 %
 82,0 à 92,0 fL
 27,0 à 31,0 pg
 32,5 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....

6.400 /mm³
 (%) (/mm³)

5.000 à 10.000 /mm³

Neutrófilos

Promielócitos.....
 Mielócitos.....
 Metamielócitos.....
 Bastonetes.....
 Segmentados.....

0 0
 0 0
 0 0
 2,0 128
 59,0 3.776

40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm³
 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
 0 à 2,0 % - até 100 / mm³

Eosinófilos.....
 Basófilos.....

3,0 192
 0 0

Linfócitos

Típicos.....
 Atípicos.....

31,0 1.984
 0 0

20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³

Monócitos.....

5,0 320

2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....

183.000 mm³

140.000 à 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.


 Marcia Fernanda
 Biomédica
 CRBM 4684

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



Sr(a): FLAVIO ARAUJO DA CRUZ Protocolo: 0000332563 RG: AMARELA 03
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 25-04-2017 12:36 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 40 anos 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

Recom-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 da 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 WIENER



Márcia Fernanda
Biomédica
CREM 4684

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





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): FLAVIO ARAUJO DA CRUZ Protocolo: 0000332563 RG: AMARELA 03
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 25-04-2017 12:36 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 40 anos 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 60 mmol/L

Maior que 115 mmol/L

EXAME RELACIONADO: Ionograma, 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 Critico: 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 critico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou

maior que 6.5 mmol/l

Valor critico (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/l

maior que 8.0 mmol/l

Marcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4684

Emissão : 25/04/2017 14:27 - Página 3 de 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				21.04.2017	
NOME: Flavio Daniel Noberto					
IDADE: 33		SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h		
SETOR: Ortopedia		LEITO: 10			
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura Placa distal 180					
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:		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"/>
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"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>		RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (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: PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA		CD/FR: PO Diagnóstico			
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR: Process. incerto			
<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: SIC			
<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: M se prejudica			
<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			
		FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		08	RZ		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 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.		M/T/N	RZ		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		Sempre	RZ		
<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.		!!	RZ		





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Flavio Daniel Nóbilo</u>			
IDADE: <u>33</u>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h	
SETOR: <u>Amarelo</u>		LEITO: <u>6</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ex. Noto. Fúnd.</u>			
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"/>		
	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"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (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: <u>patologia</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>procedimento invasivo</u>		
<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: <u>patologia</u>		
<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: <u>patologia</u>		
<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			
FR: FATOR RELACIONADO			
<u>Enonella Nóbilo S. A. Figueira (Crm 499954)</u> ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL <u>entegoria</u>			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>08</u> <u>20</u>	<u>8</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 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).		<u>contínuo</u>	<u>8</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>contínuo</u>	<u>8</u>
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA TIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>contínuo</u>	<u>8</u>



[illegible]

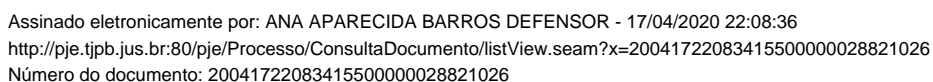
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Flavio Daniel Roberto</u>			
IDADE: <u>33a</u>	SEXO: <u>M</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>F</u> <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: _____	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Fl. plano tórax</u>			
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"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (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: <u>patologia</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: _____		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>proc. invasivo</u>		
<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: _____		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>08</u> <u>20</u>	<u>[Assinatura]</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 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 (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>contínuo</u>	<u>[Assinatura]</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>sempre</u>	<u>[Assinatura]</u>
<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.		<u>contínuo</u>	<u>[Assinatura]</u>

MOD 125



Edjane Pereira da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN: 703.387



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM		20/04/17	
NOME: <u>Flávia Carol Norberto</u>			
IDADE: <u>33</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <u>/ /</u> às <u>:</u> h	
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 checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input 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"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	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"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (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 type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>pne. e infecção</u>		
<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:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
Brigida E. de S. C. de Lima			
ENFERMEIRO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>52/52/1</u>	<u>B</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 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.		<u>cont.</u>	<u>B</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
<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.		<u>cont.</u>	<u>B</u>

MOD 125



[illegible]

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

[illegible]

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

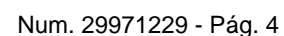


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Flávio Daniel</u>			
IDADE: <u>33a</u>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>/ /</u> às <u>09:30</u> h	
SETOR: <u>ort</u>		LEITO: <u></u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u></u>			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS: <u></u>	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS: <u></u>	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS: <u></u>	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL: <u></u>	
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 checked="" type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (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: <u></u> T: <u></u> FR: <u></u> FC: <u></u> PESO: <u></u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>MIE prejudicado</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <u></u>		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>fil rompido</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR: <u></u>		
<input checked="" type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: <u></u>		
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <u>patologias em MIE</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR: <u>Restrito no leito</u>		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/>	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/>	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/>	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/>	CD/FR: <u></u>		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
<p><i>Janaina Vasconcelos Porto</i> ENFERMEIRA CORREIO - PB 425 507</p> <p>ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL</p>			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>08/20</u>	<u>Jhp</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 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).		<u>MITN</u>	<u>Jhp</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>Sempre</u>	<u>Jhp</u>
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA UIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>Sempre</u>	<u>Jhp</u>

MOD 125

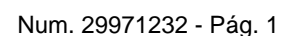


INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Flávia Amel</u>		20/04	
IDADE: <u>33</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: / /	às <u>10:50</u> h
SETOR: <u>Amarelo</u>		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:	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 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. ROINTEATINAL (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: <u>pele deficiente</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>proc. invasivos</u>		
<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: <u>SIC</u>		
<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:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>08/20</u>	<u>pe</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O ₂ 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.	<u>Sempre</u>		<u>pe</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<u>contínuo</u>		<u>pe</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA UIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<u>Sempre</u>		

MOD 125

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA



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



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDADE:

PRONTUÁRIO:

Flávio Daniel Norberto

33 anos

1417659

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ANTES DA INCISÃO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

ENTRADA

PAUSA CIRÚRGICA

SAÍDA

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

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

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

- ☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

- ☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

- OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

- ☐ **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS? *NÃO*
☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? *NÃO*
☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)
 HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? *NÃO*

- ☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM *NÃO Fcincensano*
- ☐ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE *nao houve*

- ☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

NAS

- ☐
- O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

- ☒ NÃO

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

- X NÃO**

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

**RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?**

- ✱ NẤU

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

- SIM
NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

- ☒ SIM
☐ NÃO SE APLICA

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

Rosângela da C. Quintans
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 713.850
Assinatura

Assinatura



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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Flavio Daniel Martins</u>			
IDADE: <u>33</u>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h	
SETOR:		LEITO: <u>70</u>	
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"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
ST. GAS. ROINTEATINAL: (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: <u>Faz uso de medicamentos</u>	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR: <u>Pele rompida</u>	
<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: <u>relato verbal</u>	
<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:	
		CD/FR:	
		CD/FR:	
		CD/FR:	
		CD/FR:	
		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
		FR: FATOR RELACIONADO	
<u>Alex Gomes dos Santos</u> <u>com 512403</u> ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>10 22</u>	<u>Flavio Daniel Martins</u> TIC - ENFERMAGEM COM 103 2471
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 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).		<u>M, T, N</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>Sem Pre</u>	
<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.		<u>continuo</u>	

MOD 125



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

Grupos

Novo grupo

ABSURDO - Pendencias

P

Paulo Leite - Singular DPVAT <pauloleite@singulardpvat.com.br>

Quil 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 consorcio, através das seguradoras que o compõe, não nos restando outra coisa a fazer senão deixa 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

Rue Trajano, 265 sala 705 - Centro - Florianópolis
CEP: 88.010-010 - Fones: (48) 3065 0770

LO

Lima Oliveira

Quil 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 pericia!

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

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. 1

PAGAMENTO DE PROCESSO



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

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!!!



Processo de DPVAT - Andamento



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: Status do processo alterado

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

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

Pendências

Singular

SINGULAR And. P...

telefones

União

Nova pasta

Processo de DPVAT - Andamento

C

controle@Singulardpvat.com.br

Qui, 23/08/2018 14:01

Você

↩

↶

→

...

Prezado parceiro: DR KENNEDY LIMA - PB

Informamos abaixo a movimentação do processos 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!!!

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. 4

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

ACESSIBILIDADE



[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	📄

DOCUMENTOS PENDENTES

Clique aqui para enviar.



Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



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

Valor da Comissão: R\$00.000,00



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

NOME
FLAVIO DANIEL NORBERTO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3146786 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
056.949.184-36 24/02/1984

FILIAÇÃO
FRANCISCO DANIEL
NORBERTO
MARIA DE FATIMA
NORBERTO

RENHAÇÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO
06041451444

VALIDADE
03/12/2018

1ª HABILITAÇÃO
08/04/2014

OBSERVAÇÕES
G ; M ;

Flavio Daniel Norberto

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
15/04/2015

[Signature]

SIGNATURA DO EMISSOR

80563055018
PB030527406

DETRAN PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1009236169

DEBIDO PLASTIFICAR

1009236169





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E 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 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 Vezzeniano IV, Bloco, 02 APTº103 Telefone: (83) 98843-6281
	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

TESTEMUNHA

9





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 Píleo 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
FLAVIO DANIEL NORBERTO

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia





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.

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa

Loyane Figueiredo Cavalcanti
COORD. ENFERMAGEM SAMU - CG
COREN 287291

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013027417486
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0045199621-6 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
RAVEL DA SILVA MAIA

CPF / CNPJ 05188886499 PLACA MOW2862/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2JC4830CR010736

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 EX ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE CINZA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC / COTAS 1º

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 0 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 21/02/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBSERVAÇÕES

CAMPINA GRANDE-PB 21/02/2017

33375 33880

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

PB Nº 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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 21/02/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 05188886499 PLACA MOW2862/PB

RENAVAM 0045199621-6 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 EX

ANO FAB 2012 CAT. TARIF 9 Nº CHASSI 9C2JC4830CR010736

PRÊMIO TARIFÁRIO FAIS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

SEGURO PAGO 21/02/2017

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.609/0001-04

33880-0923366-20170221



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RAVEL DA SILVA MAIA
Portador do CPF 051.888.864-99, e RG 2952103 SSP/PB
Residente e domiciliado RUA BELEIM, 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 FLAVIO DANIEL NORBERTO,
cujo o condutor era FLAVIO 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
CAMPINA GRANDE - PB

Ravel da Silva Maia
Assinatura do Declarante

Flavio Daniel Norberto
Assinatura do Condutor

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

7º TABELIONATO DE NOTAS

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

Dr. Valterluciana Almeida de Moraes
TABELIONATO TITULAR
7º Ofício de Notas - Serviços Notarial
Rua Major Manoel Juvinho do O, 31 - Centro - Fone: (33) 3341.1762 - Campina Grande - PB
7cartoriodenotas@gmail.com

Serviço Notarial - 7º Cartório

☐ Tabela ☒ Tabela - Valterluciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de Ravel da Silva
Maia

como ☒ Autêntica ☐ Semelhante

Dou fé, Campina Grande, 19 III 2019

Tabeliã (Valterluciana Almeida de Moraes)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RAVEL DA SILVA MAIA
 Portador do CPF 051888 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 FLAVIO DANIEL NORBERTO,
 cujo o condutor era FLAVIO DANIEL NORBERTO

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



RAVEL DA SILVA MAIA
 Assinatura do Declarante

Flavio Daniel Norberto
 Assinatura do Condutor

RECONHECER POR AUTENTICIDADE

Serviço Notarial
 8º Cartório

8º Ofício de Notas - Serviço Notarial
 Rua Marquês do Herval, 83 - Centro - Campina Grande - PB - Cep 58400-000
 Fone: (83) 3341.6085 - E-mail: cartorio8ogde@hotmail.com
Tabelião - Pedro Oliveira de Lucena

OFÍCIO DE NOTAS

Pedro O. de Lucena

Campina Grande - PB

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de RAVEL DA SILVA MAIA

como: ☒ Autêntica ☐ Semelhante

Dou fé, Campina Grande, 17 de ABRIL de 2014

Tabelião/Escritor/Auxiliar

SELO DIGITAL: AF72497- FR31
 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.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
Endereço RUA AMAURI ARAUJO DE JASCONCELOS	Número S/N	Complemento BLO2 APTO 103
Bairro TRÊS IRMÃS	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB
Email —	CEP 58.424-715	Telefone (DDD) 83 99382-1646

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<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)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0041 D/V (Informar dígito se existir)		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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CAMPINA GRANDE, 16 de AGOSTO de 2018

Local e Data

PARAIBA

Flavio Daniel Norberto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Flávio Daniel

Indicador
Tipo Bota
art. SCD

MOD 001

Dr. Ademir Costa Wanderley
CRM-PP. 2353
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
MED/OC. TRABALHO
RQE 1722 2315

5.6.2017

Data


Médico



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

COO:012491

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	QTD.	UN.	VL UNIT	RS	ST	VL ITEM	RS
1	1390 90211010							
		1	UN	X 180,00		N1		180,000
				desconto item 1				-10,00

TOTAL RS

170,00

Cartao POS

170,00

PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADA

TORPEDO PREMIADO:

160415730 14062017 012491 17000

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

Operador: 253 JOARA

MD-5:ED1AEFFB8AB4AC14FF03359859080030

Sistema Comercial Geracao 5

AB2BAR A14A4D 30E84D EC34AE 3CBE2A 35C322
EPSON TM-T81 FBII
ECF-IF VERSAO:01.10.00 ECF:001
*****887*734
FAB:EP04091000000014375

ORTOPEDIA SCD

APARELHOS ORTOPEDICOS LTD
RUA LINO GOMES DA SILVA,218 SAO JOSE
CEP:58400-360 (83)3322-2099 C.GRANDE-PB

14/06/2017 15:40:12
IE : 160415730
IM : 0222885

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

COO:012491

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	QTD.	UN.	VL UNIT	RS	ST	VL ITEM	RS
1	1390 90211010							
		1	UN	X 180,00		N1		180,000
				desconto item 1				-10,00

TOTAL RS

170,00

Cartao POS

170,00

PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADA

TORPEDO PREMIADO:

160415730 14062017 012491 17000

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

Operador: 253 JOARA

MD-5:ED1AEFFB8AB4AC14FF03359859080030

Sistema Comercial Geracao 5

AB2BAR A14A4D 30E84D EC34AE 3CBE2A 35C322
EPSON TM-T81 FBII
ECF-IF VERSAO:01.10.00 ECF:001
*****887*734
FAB:EP04091000000014375





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Flávio Daniel Nobre

141 uso oral

① loperon 60 mg — 01 cp
Tomar 01 cp 3/3h
durante 5 dias.

② Xanito 10 mg — 01 cp
Tomar 01 comprimido
por dia, durante
10 dias.

100 000

03, 05, 12
Data


Médico



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

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL.	UN	VL.	TOTAL
07891106007030	XARELTO 10MG CX 10 COMP 1UNDX94,63						94,63
	Desconto			-23,66			70,97
07897411610941	LOXONIN 60MG 15CP 1UNX26,89						26,89
	Desconto			-5,38			21,51
07896230306286	ALCOOL 70% 30ML ADV 2UNDX5,24						10,48
07896230306286	COMP 6X2E ESTERIL REDEPHARMA 10UNG 3UNDX1,06						3,18
	TOTAL DE ITENS						4
	R\$						-29,04
	PAGAR R\$						106,14
	Crédito						106,14

EMISSÃO NORMAL

52486 Série: 1

03/05/2017 15:48:15 - Via do Consumidor

e pelo chave de Acesso em

//www.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGf_Aces

sarFuncao.jsp?c=Funcao=FIS 1410

2517 0500 9585 4800 1544 0000 1300 0524 8612 0241 8806

Protocolo de Autorização: 325170092985084

Data de autorização: 03/05/2017 15:48:18

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MD5: C46575D8CA18C2D901F2DB8E1A19888E

PV0000043203

PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADÃ

TORPEDO PREMIADO:

30121899 000000 10614

Trib aprox R\$ 14,67 Fed e 6,28 Est e 0,00 Mun F

onte: 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





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 Drograria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: Flávio Daniel

Endereço: Noberto

Prescrição: R#

Uso oral

① Ciprofloxacino 500 mg — 20 cps.
Tomar 01 cp 12/12h, durante 10 dias.

Data: 03 / 05 / 20 17

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____

DATA: _____ / _____ / _____

MOD 083



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

# COD DESC QTD UN VL UN R\$ (VLTR R\$)* VL ITEM R\$						
001	00000000009871	CIPROFLOXACINO 500 MG C/14-GE				
	2,0000 CX	X	20,00		40,00	
002	0000000012834	ASSEPTCARE PV SPRAY 100 ML-NE				
	QUINTICA					
	1,0000 FR	X	11,50		11,50	
	Desconto				-1,50	
	Valor Liquidar				10,00	
003	0000000000971	SORO FISIOLÓGICO 500 ML -P03				
	1,0000 TB	X	4,00		4,00	
004	0000000007434	ESPARADRAPO 12/4,5 PEQ CREMER				
	1,0000 CX	X	4,00		4,00	
005	0000000012419	LUVA PROCID HIPOALERGICA LEMGR				
	50					
	1,0000 UN	X	25,00		25,00	

QTD. TOTAL DE ITENS 005
VALOR TOTAL R\$ 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



Protocolo de Autorização:

Projeto



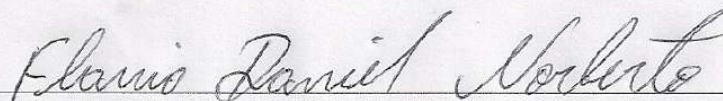
PROCURAÇÃO

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 hipossuficiência 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 inexistente ação envolvendo as mesmas partes**, contudo, envolvendo somente a parte autora no polo ativo de outra demanda, localizei o(s) seguinte(s) processo(s):

Nome da Parte	Processo	Características	Órgão julgador	Ausado em	Classe judicial	Polo ativo	Polo passivo	Nó(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
	0821872-51.2017.8.15.0001		1ª Vara de Fazenda Pública de Campina Grande	19/12/2017	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL	FLAVIO DANIEL NORBERTO	MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE	VISUALIZAR	Provisório em audição
	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	Conclusos para despacho
	0813376-33.2017.8.15.0001		1ª 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		2ª 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



Técnica Judiciário





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 Escrivania com os seguintes atos: **(a)** intím-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)** intím-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:

- Intím-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





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



EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUÍZA DE DIREITO DA 1ªVARA 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.



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

Pag. 00219/00220 - carta_01 - INVALIDEZ



00020110



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

ACESSIBILIDADE



[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	

DOCUMENTOS PENDENTES

Clique aqui para enviar.



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