



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	<u>Mandado</u>	Mandado
30441 799	07/05/2020 11:25	<u>Emenda a Inicial</u>	Petição
30441 802	07/05/2020 11:25	<u>Carta da Lider-Pedido de indenizacao</u>	Documento de Comprovação
30441 803	07/05/2020 11:25	<u>comprovante pagamento</u>	Documento de Comprovação

Petição em PDF.



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722081842300000028819965>
Número do documento: 20041722081842300000028819965

Num. 29971215 - Pág. 1

EXCELENTESSIMO(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: anadefenssor@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, 5^º, 6^º, 9^º, 14^º e 15^º 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 NCPC, 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 Pilão 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
Ampuração do primeiro dedo do pé	10%	R\$ 1.350,00
Ampuração 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**
Vitima: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**
Data do Acidente: **17/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WALKENEDY LIMA DE ARAUJO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

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

- Autorização de pagamento não conclusivo

Pag. 00231/00232 - carta_03 - INVALIDEZ



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

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

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

Carta nº 13195319

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**

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

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180343707** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**

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

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13191706

Pag. 00219/00220 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722082379100000028819970>
Número do documento: 20041722082379100000028819970

Num. 29971220 - Pág. 3

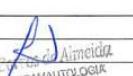


SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

fx pilas timelapse.

Paciente	Flávio Dauif	Alojamento	10	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica	
17/04	Dietá leve	21/04		Admissão	
	SFO, 9% 1500ml ev p/ 24h	22/04		Piora na função de grande de mola admitido c/ dor + edema + deformidade em tzn (C)	
	Dipirona 500mg ev 01/04	23/04	06	APNV: presuncão	
	Tilatril 20mg ev 01/04	24/04		Col. VPAZ	
	Tramal 100mg + 100mg SFE ev 818h	25/04	06	Internado pl + cirurgia Exame pré op.	
	Tala Poste m/ E (Banda no fêm imento)			Liaison Legítimos da América ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PE 00222	
	Sierr + CCC, Gs			+ IR Belp/B	
					

MOD 035



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:28
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722082631000000028819972>
Número do documento: 20041722082631000000028819972

Num. 29971222 - Pág. 1



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FRATURA DE

RATURA DE pelos rebentos



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

Núm. 29971222 - Pág. 2



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

Diagnóstico

FRATURA DE
pulso

Paciente) *João Mendes* Alojamento) @ Leito) Convênio)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM - 7261 TEOT SBOT 7297
Rua: Pedro II, 499 - Prata - Camaripa Grande - 4



Nome do Paciente	Jairo Daniel		Nº Prontuário
Data da Operação	29/04/16	Enf.	Leito
Operador	Dr. João Paulo	1º Auxiliar	Dr. Jefferson
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Ruptura congênita fratura de Tíbia Distal.		
Tipo de Operação	Ressecção extrema		
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato	S/F		
Acidente Durante a Operação	Nao		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1 Ruptura congênita
2 Abordagem + Anteoperatório
3 Seção das operadoras
4 Redução imprecisa - fratura pat. com suspeita de Ruptura congênita.
5 Fixação com fixação linear extrema
6 Drenagem de tecidos desvitalizados
7 Novo n.º de Redução
8 Sutura

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

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

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

Cirurgião: Dr. Jair Paulo Auxiliar: Dr. Jefferson Anestesista: Dr. Félix.
Início: 21:10 Término: 22:00 Anestesia Rágue.

Observações:	
 <p>Dr. Lomaric Rodrigues Coimbra CRM-PE 0.151 CRM-PE 19210</p>	

Assinatura Anestesista

Circulante

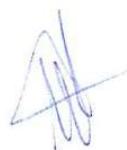
Relatório de Operação

MOR-103



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

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



Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Flávio Daniel Noberto DN = 24102184						 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO		
	Sale 04	SUS	33 anos	1417659		
CIRURGIA Tratamento cirúrgico de fratura de clívia distal.			CIRURGÃO Dr. João Paulo			
ANESTESIA Raque			ANESTESIA Dr. Félix			
INSTRUMENTADORA	DATA 2010412017		INÍCIO 21:10	FIM 22:00		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calep. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. 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	
	Eframe ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Q15	Espadrado Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Q5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23 •		Prolene Serfix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	Lote: 080899 Código: F08 8 208
	Dipirona amp.	Q5	Luvas 70 Pacco		Vicryl Serfix	SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX
	Flaxidol amp.	Q2	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	TBA/FEMUR T 300 - ESTÉRIL
	Flebotortil amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	TM
	Geramicina amp.	Q1	Luvas 8.5 *			Fabric.: 24/01/2017 Val.: 01/2022
	Glicose amp.	Q5	Oxigênio l/m			Registro ANVISA N°: 80083650031
	Glucos de Cálcio amp.		Polifix			Material: Aço Inox / Alumínio
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			Luz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.			CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
	Kanakimp amp.	Q5	Sabão Antiséptico			Te: (19) 3639-1400 - info@sartori.ind.br
	Lasix amp.	Q6	Saco coletor plástico			
	Medrotinazol.	Q2	Seringa desc. 10 ml *			
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	Q1		
	Revivan amp.		Sonda	Q2	S.F. p/ lavacum	
	Stuplanon amp.		Sonda folley			
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		Lote: 081050 Código: AF35 8 680	
	01 Bupi Peracol		Sonda Uretral nº			
	01 Dimed		Sterydrem ml			
	01 Pentadrol		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T	
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		TM	
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	eletrodo			
	Aguilha p/ raque nº 25	01	fixador Externo			
	Álcool de Enfermagem		ola + M cirúrgica			
	Álcool Iodado ml					
	02 Ataduras de Crepon ..					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metíleno amp.					
	Benzina ml					
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"/> Oxicapiógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal Fixo (<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Resinjela da C. Quintans (<input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico Técnica de Enfermagem COREN-PB 713-26 CIRCULANTE RESPONSÁVEL						

MOD 066

P8160115 = P8160115 - G001

2004172208263100000028819972

00:55 01:15

403160103

10

50

10

50

10

50

10

50

10

50

10

50

10

50

10

50

10

50

10

50

10

50

10

50

10

50

10

50

10

50

Rebastelli 20

2004172208263100000028819972

MT 00

X X X X

2004172208263100000028819972

Número do documento: 2004172208263100000028819972



Ortopedia - Neurologia - Buco

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

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAJMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

C. GRANDE

NOME DO PACIENTE

FLAVIO DANIEL NORBERTO

Nº DO PRONTUÁRIO

1417659

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

FRACTURA EXPOSTA DE TIBIA

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
FIXADOR EXTERNO SARTORI		01	
Lote: 080699 Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX TIBIA/FÉMUR T300 - ESTERIL			
Fabric.: 24/01/2017 Val.:01/2022	TM		
Registro ANVISA Nº:80083650031			
Material: Aço Inox / Alumínio			
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: (19) 3539-1400 - info@sartori.ind.br			
Lote: 081050 Código: AF35 8 680 PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R X C X 4,5 X 200 XT			
Fabric.: 24/01/2017 Val.:01/2022	TM		
Registro ANVISA Nº:80083650026			
Material: Aço Inox			
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: (19) 3539-1400 - info@sartori.ind.br			

DATA DA UTILIZAÇÃO DATA DA COMUNICAÇÃO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

20.04.17

DR. JOÃO PAULO

OBSERVAÇÕES

FIXADOR EXTERNO SARTORI

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

REBECA





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Flávia Daniel

olha de Tratamento e Evolução

2

1

Diagnóstico

FRATURA DE

ATURA DE
pelos rebrol

Paciente)

Floris Daniel

Alojamento)

1

Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/14	DIETA GERAL <i>Geym</i>	05 16 06 06	EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 8/6H		BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII
	TILATIL 1 APM EV 12/12H	(12) 00	PELE SEM LESOES
	NAI SEDRON 1 FA EV 8/8H S/N	5N	<u>IMOBILIZACAO GESSADA</u> <i>fletras seletas</i>
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	07	
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N	5N	EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	JELCO HEPARINIZADO		
	CCGG SSVV	00	CD AGUARDA CIRURGIA
	ACESSO VENOSO		VPM <i>20g p/ tratar celo</i>
	Cefalosporina 1g c/ 12/12h	06	<i>angio</i>





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

Diagnóstico

FRATURA DE
pato tubo





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK! OK!

Diagnóstico

Ftx plato tibial

Paciente	Flávio Daniel	Alojamento	Nº	Leito	Convênio	
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
22/04/19	01- Diceta oral live		12	21	# OPTOREPÉIA	
	02- Dexamex 01g EV 12/12h		12	21		
	03- Dexamex 01g EV 12/12h		12	21	Pct evolução bem, estabil., novo/dete J/ eliminatórias (preservado),	
	04- Tilitatil 01 FA EV 07/12h		12	21	mov de extremitades (D).	
	05- Nauroxan 01 FA EV 818h (IN)					
	06- Omepazol 20mg VO 7h					
	07- Tamol 100mg 100ml SF 09g, ev (IN) 818h				# CO: 1150	
	08- Télico colinizado + gelco venas					
	09- SSUV+CCG					

MOD. 035





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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

MOD. 035



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

Núm. 29971222 - Pág. 13



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

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

FLAVIO DANIEL FRATURA DE ploss Telson





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	FLÁVIO DANIEL NORBERTO	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
			<p>25/04/2020</p> <p>Paciente com CARDIOPATIA</p> <p>Tratamento auditório cardiológica, mas não foi explicitada a nomenclatura. O paciente foi operado há 5 dias de fratura no MIE.</p> <p>Não há antecedentes de HAS, tabagismo ou endocrinopatias. Negou náuseas na infância.</p> <p>Admitido</p> <p>PCR com ST CONF-S/S</p> <p>Pt: 120/80 Fc: 88</p> <p>MVC + RPA</p> <p>ECG: não foi realizado</p> <p>(en) O paciente não apresenta quaisquer evidências de cardiopatias e não tem limitações a qualquer procedimento cirúrgico.</p> <p>Dr. Guilherme Verci Moreira CARDIOLOGISTA CRM 6369</p>	

MOD. 035





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Folha de Tratamento e Evolução

+ ARISTIDES QUIROZ NELO
ORTOPEDIA TRA JMATOLOGIA
CIRURGIA UMBRO E COTOVELO
CRM 581





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

MOD. 035



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

Num. 20071223 Pág. 3





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

Diagnóstico

~~EXBASIS~~ Fx Pilis Tibial LEITO 10-03

LEITO 10-~~0~~³

MOD. 035



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

Num. 20071223 Pág. 4





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

Diagnóstico

PILÃO-TIBIAL

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

PO - OK

Paciente	FLAVIO DANIEL NOBERTO	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 10-3
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
29/4	1 - DIETA LIVRE				
	2 - JELCO SALINIZADO				
	4 - DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H				
	5 - TRAMAL 100mg + 5F0,9% 100ml EV 8/8h S/N				
	6 - NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN				
	7 - OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM				
	8 - XARELTO 10MG 1 CP VO 1XDIA				
	9 - SSVV+CCGG				
	10 - Se desmagnetizar as próteses.				
11					
12	Verificação de ferida				
13	dia 29/4/2020				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

MOD. 035







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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	FLAVIO DANIEL NOBERTO, 33	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 10-3
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
30/04	1 DIETA LIVRE	13:00		13° DIH	#ORTOPEDIA
	2 JELCO SALINIZADO	13:00			
	4 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H	13:00			
	5 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	13:00			
	6 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N	13:00			
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD-EV 8/8h SN	13:00			
	8 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM	13:00			
	9 XARELTO 10MG 1 CP VO 1X/DIA	13:00			
	10 CURATIVO 1X/DIA	13:00			
	11 SSV+CCGG	13:00			
	12 Só deambulariz (moleira).	13:00			
	13	13:00			
	14	Yury da Câmera Ortopedia e Traumatologia			
	15	CRMPB 10907			
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				

MOD. 035



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

Num. 29971223 - Pág. 8





Diagnóstico

PILÃO TIBIAL (FIX EXT)

Paciente	FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO	ALTA ORTOPÉDICA	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 10-3
Data	Prescrição Médica		Horário			Evolução Médica
01/05	1 DIETA LIVRE					
	2 JELCO SALINIZADO					
	4 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	18/18	20/20			75° DIH #ORTOPEDIA
	5 TRAMAL 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h 5N					BEG, estabil.
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h 5N					sem queixas
	7 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM	18				co: V&M
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO 1XDIA	18				
	9 SSVV+CCGG					
10	Dermobul 4 mlets					
11	Vary de Pernambuco					
12	Ortopedia e Traumatologia					
13	Cirurgia de Uro					
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

MOD. 035







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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	FLAVIO DANIEL NOBERTO	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 10-3
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
02/10/15	1 DIETA LIVRE				
	2 JELCO SALINIZADO				
	4 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	12 18 24 06		15º DIH	#ORTOPEDIA
	5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8h S/N				
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN				
	7 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM	10am			
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO 1XDIÁ	18			
	9 SSVVA+CCGG				
	10 Curativos 1x dia.				
	11 Ceftriaxone Sy + Amoxi nifl. 1000mg	12 18			
	12				
	13				
	14				
	15				
03/10/15	Até Hospitalar e orientações gerais da enfermagem bacteriológica. pt novas intervenções cirúrgicas. ATB + Ácido pt crst.				
	21				
	22				

MOD. 035



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

Núm. 29971223 - Pág. 12

Data	Hora	T	P	R	PA	Diarrese	Observações Enfermagem	Assis
02/10/2015	08:30							
02/10/2015	23:00							
03/10/2015	00:00							
03/10/2015	06:00							
03/10/2015	12:00							
03/10/2015	18:00							
03/10/2015	23:00							
04/10/2015	00:00							
04/10/2015	06:00							
04/10/2015	12:00							
04/10/2015	18:00							
04/10/2015	23:00							
05/10/2015	00:00							
05/10/2015	06:00							
05/10/2015	12:00							
05/10/2015	18:00							
05/10/2015	23:00							
06/10/2015	00:00							
06/10/2015	06:00							
06/10/2015	12:00							
06/10/2015	18:00							
06/10/2015	23:00							
07/10/2015	00:00							
07/10/2015	06:00							
07/10/2015	12:00							
07/10/2015	18:00							
07/10/2015	23:00							
08/10/2015	00:00							
08/10/2015	06:00							
08/10/2015	12:00							
08/10/2015	18:00							
08/10/2015	23:00							
09/10/2015	00:00							
09/10/2015	06:00							
09/10/2015	12:00							
09/10/2015	18:00							
09/10/2015	23:00							
10/10/2015	00:00							
10/10/2015	06:00							
10/10/2015	12:00							
10/10/2015	18:00							
10/10/2015	23:00							
11/10/2015	00:00							
11/10/2015	06:00							
11/10/2015	12:00							
11/10/2015	18:00							
11/10/2015	23:00							
12/10/2015	00:00							
12/10/2015	06:00							
12/10/2015	12:00							
12/10/2015	18:00							
12/10/2015	23:00							
13/10/2015	00:00							
13/10/2015	06:00							
13/10/2015	12:00							
13/10/2015	18:00							
13/10/2015	23:00							
14/10/2015	00:00							
14/10/2015	06:00							
14/10/2015	12:00							
14/10/2015	18:00							
14/10/2015	23:00							
15/10/2015	00:00							
15/10/2015	06:00							
15/10/2015	12:00							
15/10/2015	18:00							
15/10/2015	23:00							
16/10/2015	00:00							
16/10/2015	06:00							
16/10/2015	12:00							
16/10/2015	18:00							
16/10/2015	23:00							
17/10/2015	00:00							
17/10/2015	06:00							
17/10/2015	12:00							
17/10/2015	18:00							
17/10/2015	23:00							
18/10/2015	00:00							
18/10/2015	06:00							
18/10/2015	12:00							
18/10/2015	18:00							
18/10/2015	23:00							
19/10/2015	00:00							
19/10/2015	06:00							
19/10/2015	12:00							
19/10/2015	18:00							
19/10/2015	23:00							
20/10/2015	00:00							
20/10/2015	06:00							
20/10/2015	12:00							
20/10/2015	18:00							
20/10/2015	23:00							
21/10/2015	00:00							
21/10/2015	06:00							
21/10/2015	12:00							
21/10/2015	18:00							
21/10/2015	23:00							
22/10/2015	00:00							
22/10/2015	06:00							
22/10/2015	12:00							
22/10/2015	18:00							
22/10/2015	23:00							
23/10/2015	00:00							
23/10/2015	06:00							
23/10/2015	12:00							
23/10/2015	18:00							
23/10/2015	23:00							
24/10/2015	00:00							
24/10/2015	06:00							
24/10/2015	12:00							
24/10/2015	18:00							
24/10/2015	23:00							
25/10/2015	00:00							
25/10/2015	06:00							
25/10/2015	12:00							
25/10/2015	18:00							
25/10/2015	23:00							
26/10/2015	00:00							
26/10/2015	06:00							
26/10/2015	12:00							
26/10/2015	18:00							
26/10/2015	23:00							
27/10/2015	00:00							
27/10/2015	06:00							
27/10/2015	12:00							
27/10/2015	18:00							
27/10/2015	23:00							
28/10/2015	00:00							
28/10/2015	06:00							
28/10/2015	12:00							
28/10/2015	18:00							
28/10/2015	23:00							
29/10/2015	00:00							
29/10/2015	06:00							
29/10/2015	12:00							
29/10/2015	18:00							
29/10/2015	23:00							
30/10/2015	00:00							
30/10/2015	06:00							
30/10/2015	12:00							
30/10/2015	18:00							
30/10/2015	23:00							
31/10/2015	00:00							
31/10/2015	06:00							
31/10/2015	12:00							
31/10/2015	18:00							
31/10/2015	23:00							
01/11/2015	00:00							
01/11/2015	06:00							
01/11/2015	12:00							
01/11/2015	18:00							
01/11/2015	23:00							
02/11/2015	00:00							
02/11/2015	06:00							
02/11/2015	12:00							
02/11/2015	18:00							
02/11/2015	23:00							
03/11/2015	00:00							
03/11/2015	06:00							
03/11/2015	12:00							
03/11/2015	18:00							
03/11/2015	23:00							
04/11/2015	00:00							
04/11/2015	06:00							
04/11/2015	12:00							
04/11/2015	18:00							
04/11/2015	23:00							
05/11/2015	00:00							
05/11/2015	06:00							
05/11/2015	12:00							
05/11/2015	18:00							
05/11/2015	23:00							
06/11/2015	00:00							
06/11/2015	06:00							
06/11/2015	12:00							
06/11/2015	18:00							
06/11/2015	23:00							
07/11/2015	00:00							
07/11/2015	06:00							
07/11/2015	12:00							
07/11/2015	18:00							
07/11/2015	23:00							
08/11/2015	00:00							
08/11/2015	06:00							
08/11/2015	12:00							
08/11/2015	18:00							
08/11/2015	23:00							
09/11/2015	00:00							
09/11/2015	06:00							
09/11/2015	12:00							
09/11/2015	18:00							
09/11/2015	23:00							
10/11/2015	00:00							
10/11/2015	06:00							
10/11/2015	12:00							
10/11/2015	18:00							
10/11/2015	23:00							
11/11/2015	00:00							
11/11/2015	06:00							
11/11/2015	12:00							
11/11/2015	18:00							
11/11/2015	23:00							
12/11/2015	00:00							
12/11/2015	06:00							
12/11/2015	12:00							
12/11/2015	18:00							
12/11/2015	23:00							
13/11/2015	00:00							
13/11/2015	06:00							
13/11/2015	12:00							
13/11/2015	18:00							
13/11/2015	2							





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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

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

TEMPO DE SANGRAMENTO 1'30''

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

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

Valores de Referência:

De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO 7'30'' min

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

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

Valores de Referência:

De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRBM 5409

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



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

Num. 29971223 - Pág. 14



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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

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

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.12 milhões/mm³	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 /mm³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	300
Segmentados.....	65,0	4.875 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0	75 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfocitos		
Típicos.....	27,0	2.025 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	225 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	403.000 mm³	140.000 a 400.000 mm ³

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

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Bionáutico
CRBM 5409

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

Newlab Laboratório



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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

Num. 29971223 - Pág. 15



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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

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

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

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

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.700 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
(%)	(/mm ³)	
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	291
Segmentados.....	77,0	7.469
Eosinófilos.....	1,0	97
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	18,0	1.746
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	1,0	97
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	495.000 mm ³	2.0 à 10 % - até 1.000 / 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



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

Num. 29971224 - Pág. 1



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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

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

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

HEMOGRAMA

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

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritróцитos.....	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 38,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos.....	9.100 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrofílos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	364	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Segmentados.....	73,0	6.643	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Eosinófilos.....	2,0	182	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Basófilos.....	0	0	
Linfocitos			
Típicos.....	20,0	1.820	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monocitos.....	1,0	91	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	190.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cássia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

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

Newlab



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade



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

Num. 29971224 - Pág. 2



**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** 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] Valores de Referência:
Material: sangue De 1 a 3 minutos
Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO..... 6'00'' min
[DATA DA COLETA: 18/04/2017 12:05] Valores de Referênc
Material: Sangue De 5 a 11 minutos
Método: Lee-White


Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

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



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

Num. 29971224 - Pág. 3



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

Ficha de Acolhimento

SAMU

Nome:	Flávio Daniel Roberto	
End:	Av. Manoel Araújo de Alencar Célos	
Data de Nascimento:	24.02.1984	Documento de Identificação:
Queixa:	At. metro	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não
Data do Atend.:	17.04.17	Hora: 19:10 Documento:

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





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

Num. 29971224 - Pág. 5



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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

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

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

orlo

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

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

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.400 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	128
Segmentados.....	59,0	3.776
Eosinófilos.....	3,0	192
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Tipicos.....	31,0	1.984
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	5,0	320
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	183.000 mm ³	2.0 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³ 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³ 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³ 140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Marcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4684

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

Newlab



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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

Num. 29971224 - Pág. 6



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): FLAVIO ARAUJO DA CRUZ 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

Recém-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração
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 WENNER

Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4684

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



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

Num. 29971224 - Pág. 7



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): FLAVIO ARAUJO DA CRUZ Protocolo: 0000332563 RG: AMARFLA 03
Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MEDICA Data: 25-04-2017 12:36 Origem: ÁREA 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 90 mmol/L

Maior que 115 mmol/L

EXAME RELACIONADO: Iônograma, Gasometria, Na, K.

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

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

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:

1.0 mmol/l a 1.3 mmol/l

SÓDIO..... 145 mmol/l

Resultados anteriores: 22/04/17: 150 |

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

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:

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

Crianças.....: 134 a 148 mmol/l

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

POTASSIO..... 3.8 mmol/l

Resultados anteriores: 22/04/17: 3.7 |

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

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:

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

Crianças.....: 3.4 a 5.0 mmol/l

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

maior que 6.5 mmol/l

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

maior que 8.0 mmol/l

Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4684

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



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

Num. 29971224 - Pág. 8



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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

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

MOD 125







SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOOME:	Flávio Daniel Nobreto				
IDADE:	33	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
			DATA DE NASCIMENTO: / /		
SETOR:	Anamal / LEITO: 6				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Rx plôto filid				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (RESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <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"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. RONENTAL (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"/>		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:	notologia	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:	procedimento, in urina	
<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: notologia	
<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: notologia
<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

Enonelle Nobre S. de Freitas (CRN 499954)

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL *Enonelle Nobre S. de Freitas*

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

MOD 125







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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

MDP 126







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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

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

MOD 125







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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOOME:	Flávio Daniel				
IDADE:	33g	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às 09 : 30. h
SETOR:	04 LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RONENTEALINHA: (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: M16 prejudicado				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: F16 rompido				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: Patologias em 11e Restrito no leito				
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<i>Janaína Vasconcelos Porto</i> ENFERMEIRA CORPO: PB 425 507	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA				
	FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			08/20	<i>Jp</i>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.				<i>Jp</i>	
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.				<i>Jp</i>	
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.				<i>Jp</i>	
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).				<i>Jp</i>	
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.				<i>Jp</i>	
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.				<i>Jp</i>	
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				<i>Jp</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR Hiperemia).			M17N <i>Jp</i>	<i>Jp</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			Sempre <i>Jp</i>	<i>Jp</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE				<i>Jp</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA UPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			Sempre <i>Jp</i>	<i>Jp</i>	

MOD 125







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



out

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

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

MOD 125







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

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)



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



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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM							
NOME:	<i>Flávia Daniel matins</i>						
IDADE:	33	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / : :		
SETOR:	LEITO: <i>(10)</i>						
DIAGNÓSTICO MÉDICO:							
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:				
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>			
DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>					
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>			
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>				
ST. GAS. RÓINTERINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>			
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM							
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>Foz nro de medicamentos</i>						
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>Pele rompida</i>						
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:						
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR: <i>relato verbal</i>					
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:				
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA						CD/FR:	
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA						CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA							
FR: FATOR RELACIONADO							
<i>Alex Gonçalves matins Caren 512403</i>							
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL							
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO		ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.	10 22				<i>Assinatura da Sib... TECN. ENFERMAG... COMUN. 09 30 71</i>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.							
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.							
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.							
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RÚDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).							
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.							
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45º.							
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.							
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR Hiperemia).	M, T ✓						
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	Sem Pre						
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE							
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA FOI JPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	continuo						

MOD 125



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

Pastas

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

Grupos

- Novo grupo

ABSURDO - Pendencias

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

Prezado Kennedy, bom dia.

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

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

Sds,

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

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

Boa tarde!

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

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

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

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

É com indignação que vos envio este email!

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

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

atenciosamente,

Kennedy Lima



PAGAMENTO DE PROCESSO



controle@**Singulardpvat.com.br**

Ter, 07/08/2018 10:01

Você ▾

↶ ↷ → ...

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

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

Situação: Movimentação de Processo

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

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



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

Processo de DPVAT - Andamento



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

Ter, 07/08/2018 10:01

Você ▾



Prezado parceiro: DR KENNEDY LIMA - PB

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

Situação: Status do processo alterado

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

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



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

Pastas

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

Processo de DPVAT - Andamento

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

Prezado parceiro: DR KENNEDY LIMA - PB

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

Situação: PROCESSO REABERTO - ENVIADO PARA SEGURADORA LIDER:

FLAVIO DANIEL NORBERTO		24986	3180343707	027297318	

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



SINISTRO 3180343707 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FLAVIO DANIEL NORBERTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

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

BENEFICIÁRIO FLAVIO DANIEL NORBERTO

CPF/CNPJ: 05694918436

Posição em 17-04-2020 14:34:48

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

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

Histórico das correspondências enviadas

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



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte
- Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

- Como Pagar
- Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

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

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

SINISTRO 3180343707 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FLAVIO DANIEL NORBERTO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial João Pessoa-PB (Contingência)
BENEFICIÁRIO FLAVIO DANIEL NORBERTO
CPF/CNPJ: 05694918436

Posição em 17-04-2020 14:34:48

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

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

Histórico das correspondências enviadas

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



Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



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

Num. 29971225 - Pág. 6

SINISTRO 3180343707 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FLAVIO DANIEL NORBERTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi

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

BENEFICIÁRIO FLAVIO DANIEL NORBERTO

CPF/CNPJ: 05694918436

Posição em 17-04-2020 14:34:48

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

R\$00.000,00



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. 7

MULADA EM 1000
A TERRITÓRIO NACIONAL

1009236169

Placa Plastificada

1009236169

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

NOME: FLÁVIO DANIEL NORBERTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. BANCO: 3146786 SSP PB

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

MATRIZ: FRANCISCO DANIEL NORBERTO MARIA DE FÁTIMA NORBERTO

SEXO: MASCULINO
VALIDADE: 03/12/2018
1ª HABILITAÇÃO: 08/04/2014

OBSERVAÇÕES:
G ; M ;

Flávio Daniel Norberto

LEGITIMIDADE DO PORTADOR:

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO: 15/04/2015

[Assinatura]

80563055018
PB030527406

DEFERI: PB (PIRANHAS)





Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722084449900000028821033>
Número do documento: 20041722084449900000028821033

Num. 29971233 - Pág. 2

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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00205.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 17/04/2017

Hora: 18:09:00

Forma da Comunicação: Verbal

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

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Flávio Daniel Norberto

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria de Fátima Norberto e Francisco Daniel Norberto

Idade: 33

Data de Nascimento: 24/02/1984

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Santa Luzia

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Servidor Público Municipal

Documentos(s) de Identificação: CPF nº null

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

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

Telefone: (83) 98843-6281

TESTEMUNHA

Nome: Ravel da Silva Maia

Conhecido por: Não informado

Filiação: Marinalva da Silva Maia e Raimundo da Silva Maia

Idade: 33

Data de Nascimento: 10/05/1984

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Frentista

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

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

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98896-8582



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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

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

TESTEMUNHA

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



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/BIZ 125 EX, Ano/Modelo 2012/2012, cor cinza, Placa MOW-2862-PB, Chassi de Nº 9C2JC4830CR010736, licenciada em nome de Ravel da Silva maia, quando trafegava na rua Francisco Lopes de Almeida, bairro Santa Cruz, momento em que um animal atravessou correndo a via, tendo colidido contra o citado animal, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura do Pilão Tibial na perna esquerda, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 07 de julho de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

FLAVIO DANIEL NORBERTO

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Policia





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



DECLARAÇÃO

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

Campina Grande, 06 de Julho de 2017.

Loyane Figueiredo Cavalcanti
COORD. ENFERMAGEM SAMU 192
COREN 287291

[Signature]
Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa

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



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722084711100000028821034>
Número do documento: 20041722084711100000028821034

Num. 29971234 - Pág. 1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB				Nº 013027417486
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO				FRT 20170000047262
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO	
1	0045199621-6	00/0000000	2017	
NOME				
RAVEL DA SILVA MAIA				
OPF / CNPJ	PLACA			
05188886499	MOM2862/PB			
PLACA ANT / UF	CHASSI			
NOVO PB	9C2JC4830CR010736			
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTONETA/NAO APLIC		ALCO/GASOL		
MARA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/BIZ 125 EX		2012	2012	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE		
2 B/124 /CI	PARTIC	CINZA		
I P V A	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS		
	00/00/0000	1 ^a		
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS		
*****	0	2 ^a		
3 ^a				
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
*****	SEGURO	PAGO	21/02/2017	
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA DE DOMÍNIO				
0				
CAMPINA GRANDE PB		21/02/2017		
33375		33880		
EXPEDIDOR				

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

PB Nº 013027417486 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA	OPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	05188886499	MOM2862/PB	2017	21/02/2017
RENAVAM	MARCA / MODELO			
004519962	HONDA/BIZ 125 EX			
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI		
2012	9	9C2JC4830CR010736		
PRÉMIO TARIFÁRIO				
*****	DETRAN (R\$)	*****	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	SEGURADOR (R\$)	*****	SEGURADOR (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)				
*****	IOF (R\$)	SEGURO	PAGO	21/02/2017
S	PAGAMENTO			
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT				
CNPJ 09.248.603/0001-04				
33880-0923366-20170221				

RO/2018



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 Belém, 100
Bairro SANTA CRUZ, na cidade CAMPINA GRANDE, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade e que na data
do acidente ocorrido encontrava-se com a vítima Flávio Daniel Norberto,
cujo o condutor era Flávio Daniel Norberto

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

CARTÓRIO
CAMPINA GRANDE - PB

Ravel da Silva Maia
Assinatura do Declarante

Flávio Daniel Norberto
Assinatura do Condutor

Reconhecer firma por AUTÊNCIA

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

7º TABELIONATO DE NOTAS
Dra. Valterluciana Almeida De Moraes
Ofício de Notas - Serviços Notarial
Rua Major Manoel Juvenal do Ó, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB
7caroriodenota@gmail.com
 Tabelião - Valterluciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de Ravel da Silva Maia
como Autêntica Semelhante
Dou fé, Campina Grande, 19/11/2018
Tabeliã (Valterluciana Almeida de Moraes)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ravel da Silva Maia

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

Residente e domiciliado _____

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

VEÍCULO	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

Flávio Daniel Norberto

Assinatura do Condutor

RECONHECER POR AUTENTICIDADE

8º Ofício de Notas - Serviço Notarial
Serviço Notarial
8º Cartório Rua Marquês do Herval, 83 - Centro - Campina Grande - PB - Cep 58400-067
Fone: (83) 3341.6065 - E-mail: cartorio8cg@bolmail.com
Tabelião - Pedro Oliveira de Lucena

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de Ravel da Silva Maia feita(s) em 17/04/2014
como: Autêntica Semelhante
Dou fé, Campina Grande, 17/04/2014
Tabelião/Escrivane/Auxiliar



SELO DIGITAL: JFFY2497-FR31

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





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

056.949.184-36

Nome completo da vítima

FLAVIO DANIEL NORBERTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FLAVIO DANIEL NORBERTO	CPF titular da conta 056.949.184-36	Profissão FUNCIONÁRIO PÚBLICO
Enderço RUA AMAURI ARAUJO DE JASCONCELOS	Número S/N	Complemento BLOQ APTO 103
Bairro TRÊS IRMÃS	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB
Email —	CEP 58.424-715	Telefone (DDD) 83 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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) AGÊNCIA NRO. OP. 013 0041 D/V CONTA NRO. 00320703 D/V (Informar dígito se existir)		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

PARAÍBA

Flávio Daniel Norberto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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

Receituário Simples

Fábio Daniel

Indoligador
Tipo Bate
at SCD

MOD. 001

Dr. Ademir Costa Wanderley
CRM-PB. 2353
ORTOPEDIA-TRAMATOLÓGIA
MEDICO TRABALHO
PAC. 3122-2315

5,6/20

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	DESCRICAO	QTD.	UN.	VL UNIT	RS	ST	VL ITEM	RS
1 1390 90211010 BOTA IMOBILIZADORA ALTA -ORTOCENTER		1	UN	X 180,00	N1	180,00		
desconto item 1								-10,00
TOTAL R\$							170,00	
Cartao POS							170,00	
PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADAO								
TORPEDO PREMIADO:								
160415730 14062017 012491 17000								
Trib Aprox RS: Fed 7,14 Est 30,60 F.: IBPT H4T2P7								
Operador: 253 JORRA								
MD-5:ED1AEFFB8AB4AC14FF03359859080D030								
Sistema Comercial Geracao 5								
AB2BAA A14A4D 30EB4D EC34AE 3CBE2A 35C322	APARELHOS ORTOPEDICOS LTD							
EPSON TM-T81 FBII	RUA LINO GOMES DA SILVA,218 SAO JOSE							
ECF-IF VERSAO:01,10,00 ECF:001	(83)3322-2099 C.GRANDE-PB							
14/06/2017 15:40:12	I-35							
FAB:EP040910000000014375	BR							
IE :	0222885							
IM :								

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

CUPOM FISCAL

ITEM CODIGO	DESCRICAO	QTD.	UN.	VL UNIT	RS	ST	VL ITEM	RS
1 1390 90211010 BOTA IMOBILIZADORA ALTA -ORTOCENTER		1	UN	X 180,00	N1	180,00		
desconto item 1								-10,00
TOTAL R\$							170,00	
Cartao POS							170,00	
PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADAO								
TORPEDO PREMIADO:								
160415730 14062017 012491 17000								
Trib Aprox RS: Fed 7,14 Est 30,60 F.: IBPT H4T2P7								
Operador: 253 JORRA								
MD-5:ED1AEFFB8AB4AC14FF03359859080D030								
Sistema Comercial Geracao 5								
AB2BAA A14A4D 30EB4D EC34AE 3CBE2A 35C322	APARELHOS ORTOPEDICOS LTD							
EPSON TM-T81 FBII	RUA LINO GOMES DA SILVA,218 SAO JOSE							
ECF-IF VERSAO:01,10,00 ECF:001	(83)3322-2099 C.GRANDE-PB							
14/06/2017 15:40:12	I-35							
FAB:EP040910000000014375	BR							
IE :	0222885							
IM :								



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

Receituário Simples

Flávio Daniel Nobre

Ap uso oral

① Iboxaparina 60 mg — od 6x
Tomar se sp 3/3h
durante 5 dias.

② Xanitol 10 mg — od 6x
Tomar se comprimido
por dia, durante
10 dias.

MOD. 801

03/05/12

Médico

HP



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

Eletônica

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD	IUN	VL.	UN	VL.	TOTAL
0789106007030	XARELTO 10ML CX 10 COMP	1	IUNDX94,63				94,63
07897411610941	LOXONIN 60MG 15CP	1	IUNx26,89	26,89			
07896230306286	ALCOOL 70% 30ML AGU JUNDX5,24	1		5,38			21,51
0789108612040	COMP GAZE ESTERIL REEPMARIA IOUND JUNDX1,06	1			1,06		1,06
	TOTAL DE ITENS						4
	R\$						
	PAGAR R\$				106,14		
	de Crédito					106,14	

EMISSÃO NORMAL

52486 Série:11

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

e pelo chave de Acesso em

/www.tjpb.jus.br/atf/seg/SEGf_AcessarFuncao.jsp?ctFuncao=FIS_1410

2517 0508 9585 4800 1544 CJO 1800 0524 8612 0241 8806

Protocolo de Autorização: 325170092985084

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

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO



MDS: C4657508CA18C2D901F2DB8E1A19888E

PY0000043203

PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADÃ

TORPEDO PREMIADO:

30121899 000000 10614

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

onte: IBPT H4T2P7

VOCE ECONOMIZOU: R\$ 29,04

Balco: 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 Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Paciente: Flávio Daniel Noberto
Endereço:
Prescrição: R# Uso oral
Ciprofloxacin 500 mg — 20 caps.
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: ____ / ____ / ____

MOD 083



GOMES DE PAULA E MEDEIROS LTDA ME
 CNPJ:23839349000117 IE:162659970
 AV JUSCELINO KUBITSCHKEK, 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\$	VL TR R\$	[ITEM R\$]
001	0000000009871	CIPROFLOKACINO	500 MG C/14-GE			
		2,0000	CX X	20,00	40,00	
002	0000000012834	ASSEPTCARE PV SPRAY	100 ML-NE			
		1,0000	FR X	11,50	11,50	
						-1,50
						10,00
003	0000000000971	SORO FISIOLOGICO	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 PROCD HIPOALERGICA	LEMGR			
		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 19:58:11 - 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

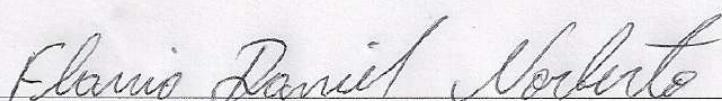
PROCURAÇÃO

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 hipossuficiencia economica, em conformidade com a norma do artigo 105 de CPC/2015, bem como, ainda, substabelecer com ou sem reserva de poderes, acompanhando o processo em todos os termos até final sentença, podendo finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Campina Grande-PB, 17 de abril de 2020



FLAVIO DANIEL NOBERTO

Outorgante





Poder Judiciário da Paraíba

1ª Vara Cível de Campina Grande

0807462-80.2020.8.15.0001

AUTOR: FLAVIO DANIEL NORBERTO

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

CERTIDÃO

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

The screenshot shows a web browser window with the URL <https://pje.tjpb.jus.br/pje/ng2/dev.seam#/painel-usuario-interno>. The page title is "Tribunal de Justiça da Paraíba". On the left, there is a sidebar with icons for home, search, and user profile, labeled "Poder Judiciário". The main content area has a table titled "Processo" with the following data:

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

O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande-PB, 22 de abril de 2020

IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS



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

Num. 30054814 - Pág. 1

Técnica Judiciário



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

Num. 30054814 - Pág. 2



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

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

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Processo nº 0807462-80.2020.8.15.0001

Vistos, etc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Depositado o laudo em juízo:

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



periciais.

Intimações e demais diligências necessárias.

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

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito



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

Num. 30072878 - Pág. 2



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

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

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

MANDADO DE INTIMAÇÃO DE ADVOGADO

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

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

Campina Grande-PB, 23 de abril de 2020

**IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS
Técnico Judiciário**



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

Num. 30107159 - Pág. 1

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

Processo n. **0807462-80.2020.8.15.0001**

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

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

Nestes termos,
Pede deferimento.

Campina Grande (PB), data e assinatura eletrônicos.



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.seguradoraslider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13191706



SINISTRO 3180343707 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FLAVIO DANIEL NORBERTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

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

BENEFICIÁRIO FLAVIO DANIEL NORBERTO

CPF/CNPJ: 05694918436

Posição em 17-04-2020 14:34:48

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

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

Histórico das correspondências enviadas

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



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

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.

[Nova Consulta](#)

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

