



Número: **0803585-61.2020.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **23/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO (AUTOR)		YURE PEREIRA GOMES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48971739	23/09/2021 10:21	<a href="#">Petição</a>	Petição
48971741	23/09/2021 10:21	<a href="#">2740993_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
48971742	23/09/2021 10:21	<a href="#">2740993_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198006

Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15831460





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

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198006

Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004982

Conta: 0000020506-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

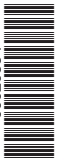
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01107/01108 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020554







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha uma opção de cobertura:



DIÁRIA (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou Aô:

3 - CPF do segurado

105.891.404-93

4 - Nome completo da vítima:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 648/2013

5 - Nome completo:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

6 - CPF:

105.891.404-93

7 - Profissão:

AVIADOR

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO PAULO LACERDA

9 - Número:

514

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MONTE CASTELO

12 - Cidade:

PATOS/PB

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58707-710

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECURSO INFORMAR



SEM RENDA

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 A R\$2.500,00

R\$2.501,00 A R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (conforme para os bancos abaixo. Anotar uma opção)

☐ Bradesco (200)

☐ Itaú (363)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Pessoa ou banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4932

CONTA: 000201501

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

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

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



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposição na Lei 6.154/74.

Declaro que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ONICIS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Segundo casamento

☐ Viúvo

24 - Data da óbito da vítima:

25 - Caso de Fatores com a vítima:

26 - Última doença companheira(s):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar Vítimas:

☐ Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou sucessores (ou herdeiros)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar Vítimas:

☐ Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Nome legítimo de quem assina a petição (a seguir)

013 733 724 86

35 - CPF legítimo de quem assina a petição (a seguir)

36 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir)

37 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir)

38 - 1ª Nome: João Evangelista dos Santos

CPF: 028.925.724-18

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome: Jurezinda Rosa Santana

CPF: 930.327.724-72

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: PATOS/PB 28 DE MARÇO DE 2020

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS 003 1003/2019





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 026352.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 026352.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 01:09 min do dia 28/05/2020, na Delegacia Online, **ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO**, nacionalidade Brasileiro(a), nascido(a) em 23/11/1973, idade 46, filho(a) de MARIA JOSE DE ARAUJO, CPF 105.891.404-93, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Paulo Licarião, complemento - lado par, bairro Monte Castelo, na cidade de Patos/PB. CEP: 58707110, telefone(s) 83998802050, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 28/02/2020 17:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA JOAQUIM AMARO, MONTE CASTELO, Patos/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que o notificante, na data 28.02.2020, por volta das 17:00 horas, conduzia o veículo de marca modelo Honda/Nxr 150 bros, ano 2012, placa OFH 3444/PB, cor preta, CHASSI 9C2KD0550CR603616, RENAVAM 00498932435, licenciado no nome de Rafael Elizeu da Silva, na Rua Joaquim Amaro, Bairro monte Castelo, quando se chocou com outro veículo automotor moto, do qual, lhe ocasionou fratura exposta e outros ferimentos, que foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Carneiro (Hospital Regional de Patos), onde foi submetido a cirurgia.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

B52FD52176B8ACAE2D47265CB8D88113

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Este Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@sedes.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@sedes.pb.gov.br).



Nº 026352.01.2020.0.00.704

1/1

Scanned with CamScanner





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha uma opção de cobertura:



DIÁRIA (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou Aô:

3 - CPF do segurado

105.891.404-93

4 - Nome completo da vítima:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 648/2013

5 - Nome completo:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

6 - CPF:

105.891.404-93

7 - Profissão:

AVIADOR

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO PAULO LACERDA

9 - Número:

514

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MONTE CASTELO

12 - Cidade:

PATOS/PB

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58707-710

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECURSO INFORMAR



SEM RENDA

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 A R\$2.500,00

R\$2.501,00 A R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (conforme para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (200)

☐ Itaú (363)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Pessoa ou banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4932

CONTA: 000201501

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

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

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



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposição na Lei nº 6.154/74.

Declaro que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ONICIS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE



23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data da óbito da vítima:

25 - Caso de Fatores com a vítima:

26 - Última doença companheira(s):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(s), informe o nome completo:

28 - Última doença:

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informe:

☐ Sim

☐ Não

30 - Última doença:

☐ Sim

☐ Não

31 - Última doença:

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informe:

☐ Sim

☐ Não

33 - Última doença:

☐ Sim

☐ Não

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



34 - Nome legítimo de quem assina a petição (a regra)

013 733 724 86

35 - CPF legítimo de quem assina a petição (a regra)

Lúcia Brito Costa Fagundes

36 - Assinatura de quem assina a petição (a regra)

37 - 1ª Nome: João Evangelista dos Santos

CPF: 028.925.724-18

Assinatura do testemunha

38 - 2ª Nome: Jurezinda Rosa Santana

CPF: 930.327.724-72

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: PATOS/PB 28 DE MARÇO DE 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.003.1003/2019

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04982


CONTA: 000000020506-3

---

---

Nr. da Autenticação FEFE357DAA99C351



 <b>CAGEPA</b> COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE PATOS Rua Feliciano Cirne, 220 - Jardim João Pessoa - PB CEP 58.015-670 - CNPJ 08.123.834/0001-87		Nº de Matrícula: 29016436 Referência: 20200001 Data: 2020		
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO - 1º Bimestre				
MARIA APARECIDA B DE LIMA - 2 RUA FRANCISCO PAULO DE CARVALHO, S/N - MONTE CASTELO PATOS PB 58707-110				
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias		Responsável
075.010.230.0022.000	000	Residencial	Comercial	
		1	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y15NS21426	06/01/2016	EXTERNO	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	FATOR DE CORREÇÃO	
838	857	19	37	
18/04/2020				
HIST. CONS./ANOR. LITE. QUALID. ÁGUA/DETO. DO PORT. 05/2017 M3				
FEV/2020	20	PERDA 10% E ECL. ANAL. TS.	CONFORMES	
JAN/2020	27	TURBIDEZ	0	0
DEZ/2019	17	CLORO	0	0
NOV/2019	26	COL. TERMO	0	0
OUT/2019	20	CON	0	0
SET/2019	16	COL. TOTAL	0	0
MEDIA(M)	21	DADO: RESERVA: A: 100/20,00		
DATA DE DEBÍTO: 17/05/2020				
DATA DE PAGAMENTO: 18/05/2020				
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE		10 M3	37,91	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,59 POR M3		9 M3	41,31	
ESGOTO				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
ATE 10 M3 - R\$ 30,23 POR UNIDADE		10 M3	302,30	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3		9 M3	35,19	
ACRESCIMOS MES(F5) ANT. 12/2019			4,65	
Juros de Mora 11/2019			5,40	
FATURAS EM ATRASO				
REF 202001		247,25		
REF 202002		162,97		
VALOR ADICIONADO DE TRIBUTOS: R\$ 15,04 PIS e COFINS 11,12 246,12				
VENCIMENTO:		Total a Pagar:		
29/03/2020				R\$ 157,49



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2021 10:21:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092310213675900000046477265>

Número do documento: 21092310213675900000046477265



WALDEY LEITE LEANDRO

RUA JAGAS MOURA COSTA, S/N - 58700430 - CEP 58700430  
BELO HORIZONTE  
PATOS (AG: 118)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL/RESIDENCIAL

Roteiro: 009 - 0118 - 285 - 4800

Nº do Medidor: 00000575646

MATRÍCULA: 1264583-2019-10-1

DOM. ENT:

LIGAÇÃO: MONOFASICO

DOM. BANC:

CNPJ/CPF/RANI: 059.007.684-14



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Dr. 220 Km 25 - Centro Recreio - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 09.055.183 / 006140 - Ind. Est. 16 015.623-0

Note Fiscal/Gerência de Energia Elétrica  
Nº: 032.812.046

Atendimento ao Cliente ENERGISA  
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta

0800 083 0196 ligação gratuita

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Emissão: 17/10/2019

Identificador para Débito Automático: 0001264583-4

CONTA REFERENTE A

APRESENTAÇÃO

DATA PREVISTA DA  
PRÓXIMA LEITURA

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

Outubro/2019

22/10/2019

14/11/2019

5/1264583-4

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa e Tributos	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (0,83%)	COFINS (R\$) (3,85%)
0601	Consumo em kWh	603,000	0,545400	0,798510	481,50	481,50	27	130,00	481,50	4,03	18,59
0601	Adic. D. Amarela				7,07	7,07	27	1,91	7,07	0,06	0,27
0601	Adic. B. Vermelha				16,45	16,45	27	4,44	16,45	0,14	0,63
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA				36,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2019				0,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2019				10,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0601	REST. BAND. AMAR. RESIDENCIAL 06/201				-0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI, Código da Classificação do Item

Total: 552,04 505,02 136,35 505,02 4,23 19,49

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DISTRIBUIÇÃO	131,88	23,86
COMPRA DE ENERGIA	173,65	31,43
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	19,59	3,55
ENCARGOS ELÉTRICOS	19,83	3,59
IMPOSTOS E PRETOS E ENCARGOS	307,59	57,57
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	552,54	100,00

je Usa Sist. Dist. (Ref 08/2019): R\$ 138,47

VENCIMENTO

29/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 552,04

Reservado ao Fisco

a5e5.3cbf.5531.1a19.8fd3.1631.12a6.5652

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2021 10:21:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092310213675900000046477265>

Número do documento: 21092310213675900000046477265

Num. 48971741 - Pág. 9



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu YURE PEREIRA GOMES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.024 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404 / 93

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404 / 93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA JABAS MOURA</u>	Número: <u>511</u>	Complemento:
Bairro: <u>SELO HORIZONTE</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:	CEP: <u>58709-430</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 9.9880-2050</u>

Local e Data: PATOS/PB 28 DE MAIO DE 2020

Yure Pereira Gomes  
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

Scanned with CamScanner







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu YURE REBEIRA GOMES

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.024, 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404, 93

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404, 93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA JARBAS MOURA</u>	Número: <u>52</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>GOIO HORIZONTE</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58200-430</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9.9880-2050</u>

Local e Data: PATOS/PB 28 DE MAIO DE 2020

Yure Pereira Gomes  
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

Scanned with CamScanner





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192**



**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 458-44**

**IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

Data: 27/09/2021	Documento nº: 0031	Paciente / Usuário: Roberto da Silva de Almeida	Idade: 46	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local de Ocorrência: Rua...		Endereço: ...	Médico Regulador: ...	
Agilo no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PAF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STERANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro:				
GTA: <input type="checkbox"/> Solicitado por telefone <input type="checkbox"/> Recursos atendimento <input type="checkbox"/> Solicitado pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

**TIPO DE AGRAVO:**

<input checked="" type="checkbox"/> AGENTE DE TRÁFICO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CUMIDO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABERTU/SOBRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.S.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F (P.A.F)	
<input type="checkbox"/> GRÁVIDA-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

**ANTECEDENTES:**

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> EROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERVENÇÃO DE ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> INOCUMENTES
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

**DESTINO DO PACIENTE:**

SERVIÇO MÉDICO: CHU RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: [Assinatura]

**MOTIVO DE TRANSPORTE:**

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA EMERGENCIAL  
☐ OUTRO:

**TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:**

LOCAL: [Assinatura] RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: [Assinatura]

**EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):**

**DADOS VITAIS:**

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: 140 x 100 FC: 70 FR: 20 TEMP: 36,5 °C - GLICEMIA: md/dl - E. Com a: SpO2a/O2 95 % SpO2c/O2

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Ineficaz ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desnutrição Prejudicada  
☐ Déficit Cardíaco Diminuído ☐ Desestruturação Ineficaz dos VVAA ☐ Disfunção Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Insegurança da  
Pele Prejudicada ☐ Insegurança Tissue Prejudicada ☐ Medo ☐ Ineficácia a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz  
☐ Perfusão Tissue Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissue Cardopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissue Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissue Renal  
Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficiente ☐ Volume  
Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Inconsciência Intelectual  
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

**INTERVENÇÕES**

Monitorar sinais vitais e nível de consciência  
Administrar medicação prescrita

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:**

10:00 - Paciente está em estado de alerta e com sinais vitais estáveis  
10:30 - Paciente está em estado de alerta e com sinais vitais estáveis  
11:00 - Paciente está em estado de alerta e com sinais vitais estáveis  
11:30 - Paciente está em estado de alerta e com sinais vitais estáveis



**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

**EXAME NEUROLÓGICO:**

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐

**EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:**

**DIAGNÓSTICOS:**

**PROCEDIMENTOS:**

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO  
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL  
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):**

1. 100mg de Insulina 100mg de Glucose 100mg de 100mg

**EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)**

**ENCAMINHAMENTO:**

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

**POSIÇÃO DE TRANSPORTE:**

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

**RECUSA:**

NOME: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:**

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): Suelio Moreira Torres COREN: 710 710 MAT: \_\_\_\_\_

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

CONEXITO: \_\_\_\_\_

Scanned with CamScanner





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS - UF PB		
CLASSIF. RISCO	LARANJA		
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m COR PARDO GÊNERO M
NASCIMENTO	AMPARO		
PROFISSÃO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	NºSN	BAIRRO MONTE CASTELO
ENDEREÇO	PATOS	U-F PB	CEP 58704000
CIDADE	(83)9969-1120	CPF	CELULAR 83996911207
TELEFONE	700404916244142		REG. NASC.
CNS	R.G. 4.153.900		
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁ		
F.A.A.	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLER
DATA	28/02/2020 Horário: 17:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	02 -URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVENIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	Luba Cristina Costa Foga		
PESO=	PA=	X	TEMP=
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
Acidente de trânsito			
Acidente de trânsito			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)			
SOLICITAÇÃO DE PARECER			
H. min			
DIAGNÓSTICO			
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)			
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS			
OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO			
MÉDICO/CRM/CNS			

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TCM


030260061





 <b>COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL</b> <small>DEB SANADRY LOPES</small>		 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>		<small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small>		
Nome do Paciente: <i>Resumo bom a grupo</i>				Nº Prontuário:		
Data da Cirurgia: <i>28/02/20</i>		Enf.:		Leito:		
Cirurgião: <i>A. José Soares</i>		1º Auxiliar: <i>A. Gomes</i>		2º Auxiliar:		
3º Auxiliar:		Instrumentador:		Anestesista:		
Tipo de Anestesia:		Diagnóstico Pré-Operatório: <i>fratura exposta do antebraço</i>				
Tipo de Cirurgia: <i>fixação externa</i>						
Diagnóstico Pós-Operatório: <i>o mesmo</i>						
Relatório Imediato do Patologista:						
Exame Radiológico no ato:						
Acidente Durante a Cirurgia:						



#### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pint com substância antisséptica</li> <li>2) Posicionamento + colocação do torniquete</li> <li>3) Anestesia f.o + lavagem extensa do ferimento</li> <li>4) Redução da fratura + fixação externa com fixadores</li> <li>5) Sutura + curativo</li> </ol>	 João H. Suassuna Laureano Ortopedia e Traumatologia CRIMP 1417
--	---

#### RELATÓRIO DE CIRURGIA





PACIENTE: <u>ROSELIANO FARIAS DE VASCONCELOS</u>					 <b>COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL</b> <small>1317 2013001-00000000</small>  <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>
QT:	LEITO:	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>46</u>	REGISTRO: <u>2153</u>	
CIRURGIÃO: <u>DR. GILBERTO SILVA</u>		CIRURGIÃO: <u>DR. GILBERTO SILVA</u>			
ANESTESIA: <u>RAQUÍDIA</u>		ANESTESISTA: <u>DR. GILBERTO SILVA</u>			
INSTRUMENTADORA:		DATA: <u>28/02/20</u>	INÍCIO: <u>18:45</u>	FIM: <u>19:40</u>	



### NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	+	Scalp <u>3,59%</u>
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>MS 24</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain <u>aproximado</u>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	✓	Esparadrapo
	Etodimidate	✓	Xilocaína Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
1	Dimorf <u>0,2</u>		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal <u>clonazepam</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Piasil <u>ondansetron</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	<u>nylon 6-0</u>







PACIENTE: <i>Rosildo Tavares de Araújo</i>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL RUA LUIZ VIANA, 1000 - JARDIM CAMBUIA  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.: <i>11</i>	LEITO: <i>01</i>	CONVÊNIO: <i>305</i>	IDADE: <i>46</i>	REGISTRO: <i>4053</i>	
CIRURGIÃO: <i>Dr. Fábio Spé</i>			CIRURGIÃO: <i>Dr. Fábio Spé</i>		
ANESTESIA: <i>Raque</i>			ANESTESISTA: <i>Dr. Nogueira</i>		
INSTRUMENTADORA: <i>-</i>		DATA: <i>06.03.20</i>	INÍCIO: <i>09:15</i>	FIM: <i>-</i>	

#### NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	/	Equipo p/ soro-e-sangue
	TX. Capnógrafo	/	Sealp <i>20.91</i>
	TX. Bomba de Infusão	<i>01</i>	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	/	Lâmina de Bisturi <i>10.24</i>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	/	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	/	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	/	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	<i>01</i>	Eletrodos desc.
/	Neocain <i>PESADA</i>	/	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelcin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
/	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	/	Agulha Descartável
X	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
/	Cefalotina 1g <i>2g</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
/	Dixtal <i>Descont. Farnam</i>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
/	Plasil <i>ondas farnam</i>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
/	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
/	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
/	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<i>Uylen 2-0</i>



## TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduí Carneiro.

Nome do Paciente: Rosinaldo Tavares de Araújo RG: 4.453.900

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- ☒ 1. Foi informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
- ☒ 2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
- ☒ 3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
- ☒ 4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
- ☒ 5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- ☒ 6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
- ☒ 7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Patos, 28 de Fevereiro de 2020

Helio Cirilino Costa Froga  
Assinatura do Paciente ou Responsável

### TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Patos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do Médico





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
**ASSISTÊNCIA TRANS-OPERATÓRIA**

Recebido no Centro Cirúrgico Rômulo Faustino Araújo Sala 03

Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Outro

Antecedentes Pessoais:  
☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Doença Mental ☐ AVE ☐ Epilepsia  
☐ Tabagista ☐ Convulsão ☐ Doença Pulmonar ☐ Doença Renal ☒ Doença Cardíaca  
 Alergia sem Tempo de jejum

ATO CIRÚRGICO  
 Data da cirurgia 06/03/20 Hora 09 h 15 Cirurgia Realizada proct. distal e  
 Anestesia PM + Rápido Cirurgião Dr. Fausto  
 Auxiliar Tipo de anestesia Rápido  
☒ Antibiótico

SUPORTE E PROTEÇÃO  
 Glicemia mg/dl RX: ☒ Sim ☐ Não Hb g/dl Ht %  
 Exames alterados: ☐ Sim ☒ Não Especificar  
 Cirurgias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar  
 Anestésias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar  
 Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não Especificar

RESPOSTA CARDIOVASCULAR  
 Pa 130 x 90 mmHg P 89 bat/min R SP02 96% irpm/min T 36 °C

INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? ☐ SIM ☒ NÃO  
 Especificar

INFUSÃO/SOLUÇÕES  
☒ S. Fisiológico 500 ml ☐ S. Glicosado ml ☐ R. Lactato ml  
☐ Plasma ml ☐ C. Hemácias ml ☐ Manitol ml  
☐ Outros ml

SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO  
☐ Anatomia Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Banco de Sangue ☐ ECG  
☐ Outros

Início da Cirurgia 09 15 Final da Cirurgia

DESTINO  
☐ URPA ☒ Clínica Cirúrgica ☐ UTI ☐ Maternidade ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Patos 06/03/20

MORTUÁRIA  
SUELIO MOREIRA TORRES  
Enfermeiro(a) ou Técnico(a) de Enfermagem





## SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

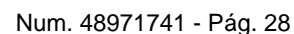



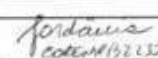

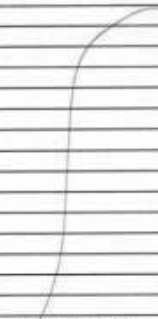


INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>Paciente em CEP, Sono = apneia            monitorado. Capnômetro.            Dica sobre monitoração            eliminatória usada presentes            (ml).            Sem queixas. Medicados.            Realizado curativo em unidade            segue aos cuidados da equipe.</p>	<p>Paciente mantém            curativo e gel, em            monitorado (cardíaco, fi-            ziológico em HIE, não em            pulso frágil). Segue            aos cuidados da equipe.</p>
<p>Assinatura e carimbo de Enfermeiro</p>	<p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>
<p>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO</p>	<p>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO</p>
<p>Paciente consciente,            acordado, verbal normal            limpo, hidratado, eutrofo            eutímico, hidratado, com            urina no HIE. Limpo            de resíduos. O paciente            feito medicado CPM.            e segue aos cuidados</p>	<p>Paciente orientado, com            curativo. Hídrico, no            HIE. Eutímico, eutrofo            eutímico, hidratado,            moderado, eutímico,            com intenção presente            e com higiene do curativo.            O qual curativo conduta            realizada eutímico,            55V, com higiene pro-            teção e segue aos cui-            dados.</p>
<p>Assinatura e carimbo do Técnico</p>	<p>Assinatura e carimbo do Técnico</p>

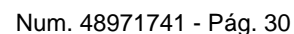


Assinatura e Carimbo do T



INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>paciente A.B.P. com estado de despertar e grau de consciência moderado, não responde ao estímulo verbal e não responde ao estímulo de dor. Agradecido aos cuidados de enfermagem.</p>	<p>paciente em repouso com fixação extensa em membro superior direito. sem sinais de vida. membros inferiores com movimentos reflexos.</p>
<p> Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>	<p> Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>
<p><b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO</b></p> <p>Paciente estável, realizado curativo em ferida em M.E. apresentando sangramento leve, realizado curativo com pomada anti- dolor, cicm, oxicort 500g, segue sob cuidados da equipe.</p>	<p><b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO</b></p> <p>Paciente segue sem alterações, segue sob cuidados.</p>
<p> Maricélia Guimarães Lima COREN-PB 351898TE Assinatura e carimbo do Técnico</p>	<p> Maricélia Guimarães Lima COREN-PB 351898TE Assinatura e carimbo do Técnico</p>



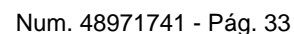


INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>Paciente sem queixas no momento segue sob cuidados da equipe de plantão 35-016</p>	<p>P. Condiciona melhor em este por sua ligação pelo Condiciona a segunda os familiares recebem informação da situação clínica de prontidão de internação e de acompanhamento da equipe de cuidados da equipe!</p>
<p>Assinatura e carimbo de Enfermeiro</p>	<p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>
<p>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO</p>	<p>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO</p>
<p>04-03-20 - paciente expulso de casa, encaminhado para atendimento em pronto-socorro, onde foi atendido e encaminhado para observação em enfermaria. Paciente está bem, sem queixas, aguardando avaliação médica. Equipe de enfermagem.</p>	<p>Paciente encaminhado para observação em enfermaria, onde foi atendido e encaminhado para observação em enfermaria. Paciente está bem, sem queixas, aguardando avaliação médica. Equipe de enfermagem.</p>
<p>Assinatura e carimbo do Técnico</p>	<p>Assinatura e carimbo do Técnico</p>



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Num. 48971741 - Pág. 32





Paciente: Rogério da Silva Diagnóstico:   
Setor/Enfermaria: 21 Leito: 01 Data: 03.03.20 07:00

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANGUARY CARNEIRO GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. 21.00  
2. 100.00 - 100.00 a 10h  
3. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
4. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
5. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
6. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
7. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
8. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
9. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
10. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
11. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
12. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
13. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
14. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
15. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
16. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
17. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
18. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
19. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
20. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
21. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
22. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
23. Diagnóstico 11.11.10 a 10h

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

1. 21.00  
2. 100.00 - 100.00 a 10h  
3. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
4. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
5. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
6. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
7. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
8. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
9. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
10. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
11. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
12. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
13. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
14. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
15. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
16. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
17. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
18. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
19. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
20. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
21. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
22. Diagnóstico 11.11.10 a 10h  
23. Diagnóstico 11.11.10 a 10h

SINAIS VITAIS

06:00 h 12:00 h 18:00 h 24:00 h

Tax: 35.4°C	P: 70	SpO2: 90	Tax: 36.1°C	P: 70	SpO2: 90	Tax: 36.1°C	P: 70	SpO2: 90	Tax: 35.9°C	P: 70	SpO2: 90
R: 100	R: 100	R: 100	R: 100	R: 100	R: 100	R: 100	R: 100	R: 100	R: 100	R: 100	R: 100
PA: 100 x 80	PA: 100 x 80	PA: 100 x 80	PA: 100 x 80	PA: 100 x 80	PA: 100 x 80	PA: 100 x 80	PA: 100 x 80	PA: 100 x 80	PA: 100 x 80	PA: 100 x 80	PA: 100 x 80
HGT: 115	HGT: 115	HGT: 115	HGT: 115	HGT: 115	HGT: 115	HGT: 115	HGT: 115	HGT: 115	HGT: 115	HGT: 115	HGT: 115
Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0

Visita Médica: Data: / / h

Dr. Rogério da Silva  
CRM: 11.11.10

Dr. Rogério da Silva  
CRM: 11.11.10





Secretaria de Saúde do Est.  
Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduíhy Carni  
patos - Para

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Paciente: Rosinaldo *foram* Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Setor/Enfermaria: 41 Leito: 03 Data da Adm: 1/1/\_\_\_\_\_  
DATA: 21/01/2000 : h

1.	DIETA ORAL	PLDM	HORÁRIOS	INTERCORRÊNCIAS DAS 24H
2.	SF 0.9% 1000ML EV		12 18	
3.	DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV		12 18	
4.	TILATIL 10MG 12/12 HS EV	12/12	12 18	
5.	TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS		12 18	
6.	CAPTAPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG		12 18	
7.	LIQUE MINE 5000 U/ 0.25ML (SC) 12/12 HS	12 18	12 18	
8.	CEFALOTINA 1G +AD EM 08/06 HS		12 18	
9.	NAUSEADRON 8/8 HS EV (S/N)		12 18	
10.	CEFAZOLINA 1 G + AD 8/8 HS		12 18	
11.	CURATIVO		12 18	
12.	SSW+CCGG		12 18	
13.	Gentamicina 240g + SF 0.9% 200	12 18	12 18	
14.	ALG. 666h q probado mltimo.		12 18	
15.	Medicaco com familiar.		12 18	
16.			12 18	
17.			12 18	
18.			12 18	
19.			12 18	
20.			12 18	

[illegible]

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS - UF PB		
CLASSIF. RISCO	ORIGEM		
	LARANJA		
	VIA PÚBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m COR PARDO GÊNERO M
NASCIMENTO	AMPARO		
PROFISSÃO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	NPSN	BAIRRO MONTE CASTELO
ENDEREÇO	PATOS	U-F PB	CEP 58704000
CIDADE	(83)9969-1128	CPF	CELULAR 83996911287
TELEFONE	700404916244142		REG. NASC.
CNS	R.G. 4.153.900		
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁ		
F.A.A.	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLER
DATA	28/02/2020 Horário: 17:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	02 -URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVENIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	Lilbo Cristina Costa Foga		
PESO=	PA=	X	TEMP=
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
Acidente de trânsito			
Acidente de trânsito			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)			
SOLICITAÇÃO DE PARECER			
H. min			
DIAGNÓSTICO			
Sole 17 Acidente			
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)			
Outubro			
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS			
OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO			
MEDICO/CRM/CNS			

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TCM

030060061



### ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 28/02/2020 Hora: 17h28 Genero: He 46 anos  
Nome/Nome Social: Rosinaldo Tavares de Araujo  
Origem: Via Publica Regulado? ☒ Sim ☐ Não  
Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas: Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não  
Motivo do atendimento: 007  
Cliente: Patar  
Transporte: AMU  
Alergia? ☒ Não ☐ Sim  
Uso de medicação? ☐ Não ☒ Sim  
Doença preta? ☐ Não ☒ Sim Cardio patia  
Temp: °C Pulso: bpm Resp: lpm SpO2: % PA: mmHg HGT: mg/dl  
Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Semi dor Dor leve Dor moderada Dor severa Dor muito severa Dor insuportável  
Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☒ Laranja  
Especialidade Médica: Cirurgião  
Acompanhante: ☐ 15/ Acomp. (Setor Crítico) ☐ 15/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)  
☐ 15/ Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☒ 15/ Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora


 NORTH 2007-07-26  
 PB 403.150 - ENF  
 E. J. Carmona



( ) 01-ELETIVO ( ) 02-URGÊNCIA ( ) 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
( ) 04-ACIDENTE NO TRAFETO PARA O TRABALHO ( ) 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

1- | 2- | 3- |

( ) TRANSFERÊNCIA

## PARECERES

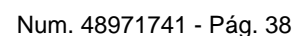
DATA	HORA
------	------

\* On to Aug 28/02/20 18:20

Ans: Festus exports tires from (C)

Co: Calcium P: Phosphorus

João H. Sussana Laureano  
Ortopedia e Traumatologia  
011 7417



Da Clínica Ortop Enfermaria II  
A Clínica univ. Cons Loto 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Vitória Leles - Mot x Mot 10 ± 02 Anos  
Dor no dor + distensão de Retm. Hx. Cons

6

Data 03/05/20

Yelo H. Siqueira Lourenço  
Otorrinolaringologista  
CRM 1417

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

urgência ortop.

paciente vítima de acidente de moto referendo  
da tórax (hemitorax esquerdo), piora a inspiração  
RX: BEG, AAA, curvatura, osteofitos ECG: IS

HP. NOTURNO

CD: Soluto Radiografia de tórax PRA  
prf. Paciente após exame.

15 17:30 RX TÓRAX SEM  
de tórax e fratura de costela  
de tórax e fratura de costela

Data 01/03/20

Elton M. P. Farias  
CRM 1417



DIAGNÓSTICO:

CID-10:

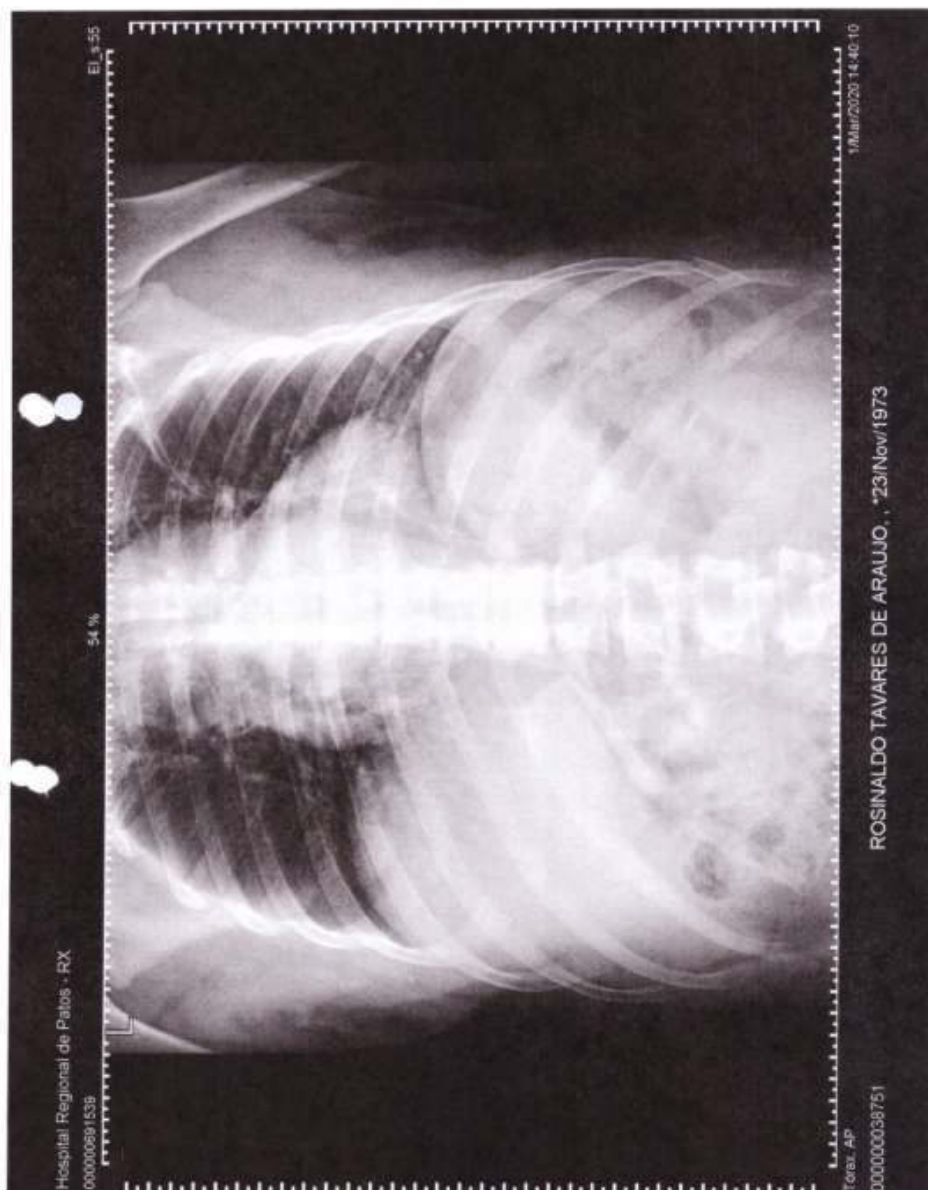
F50.3 813 2061 2000 6

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

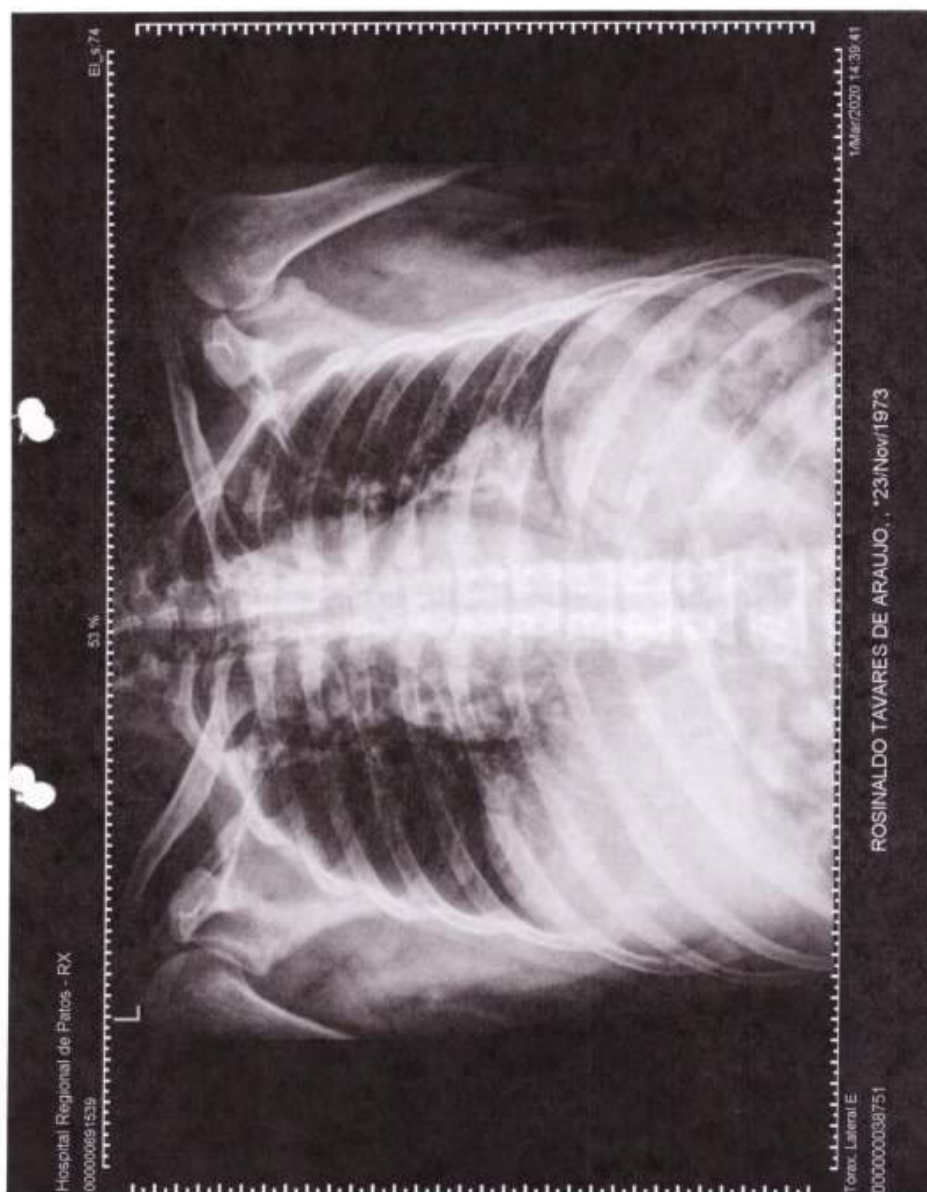
fixação externa + Póster

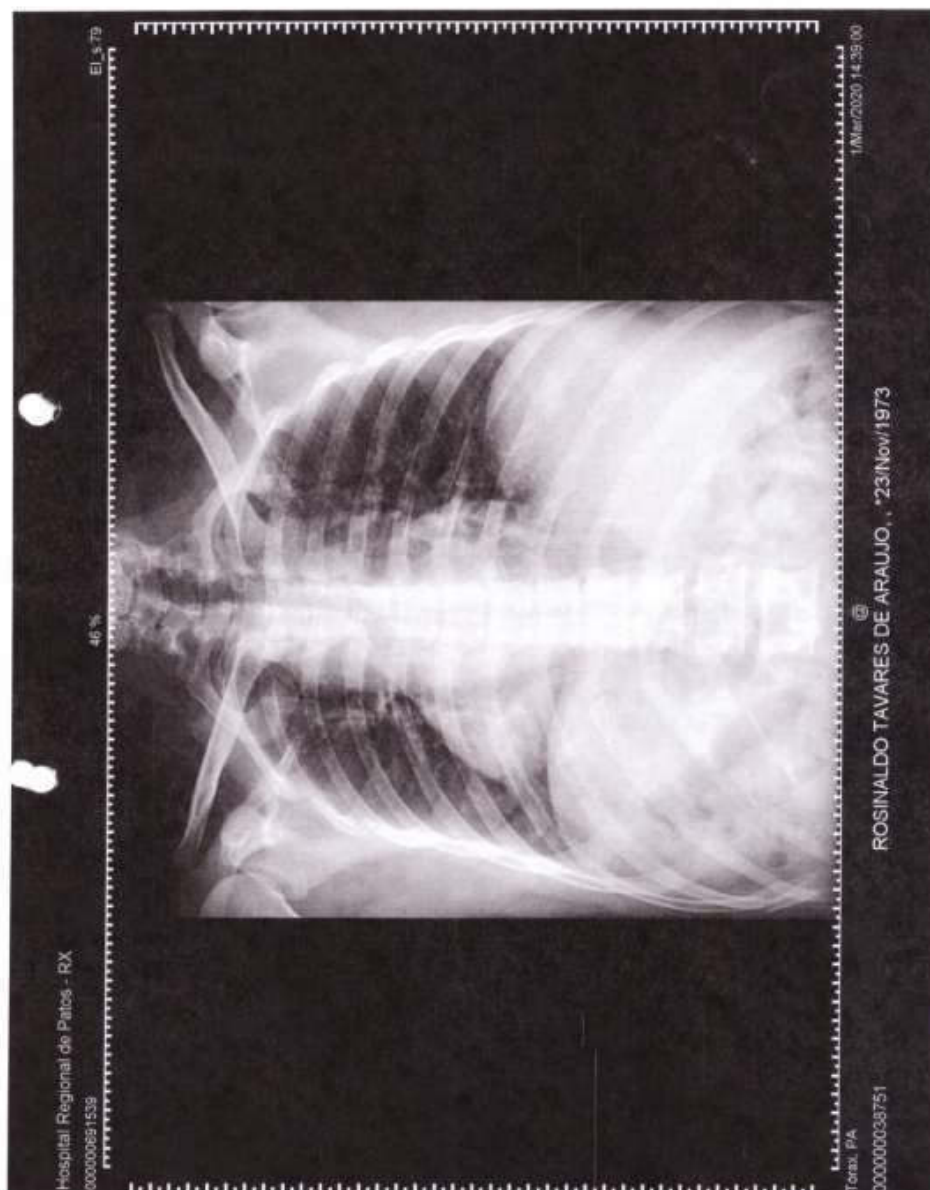


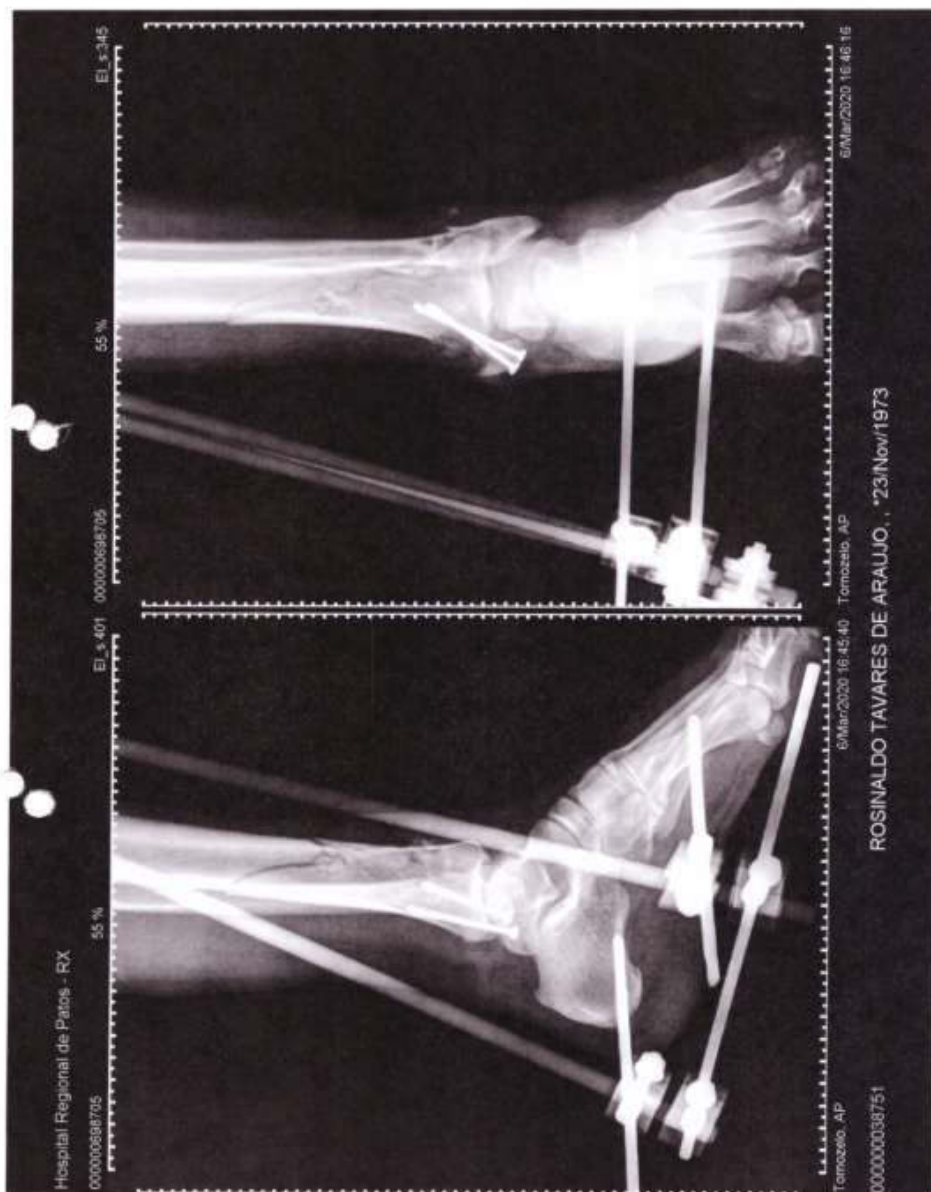






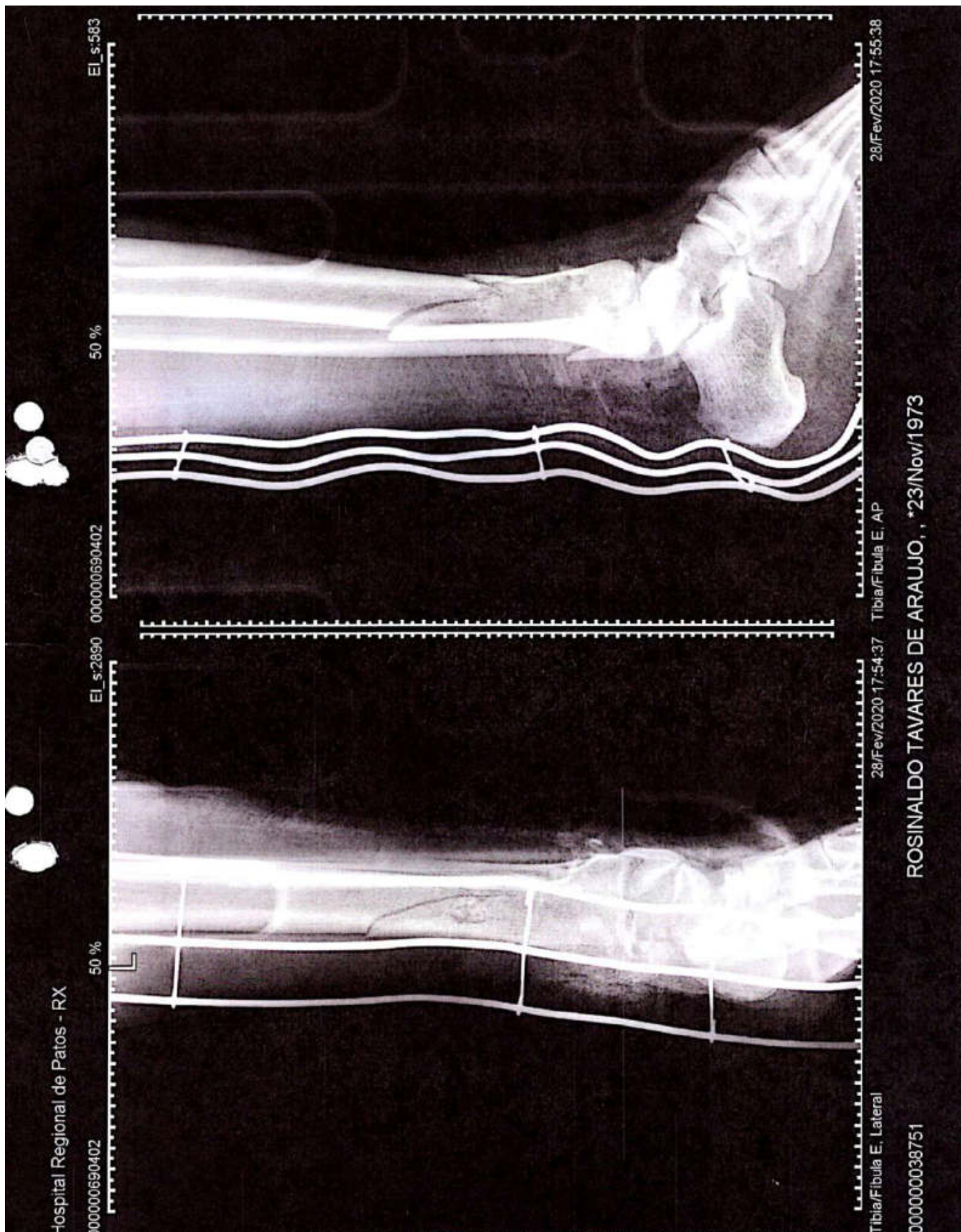








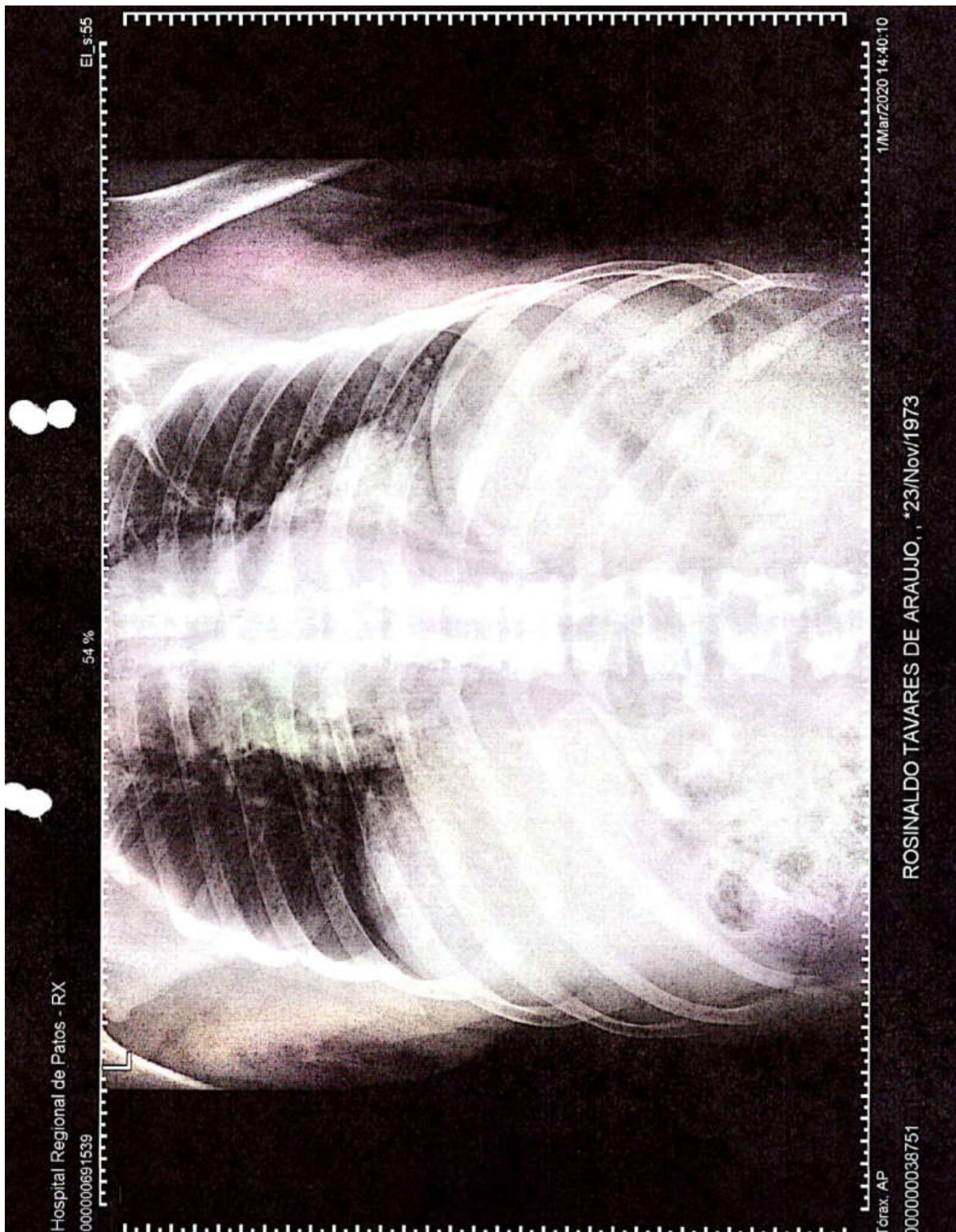




Digitalizado com (



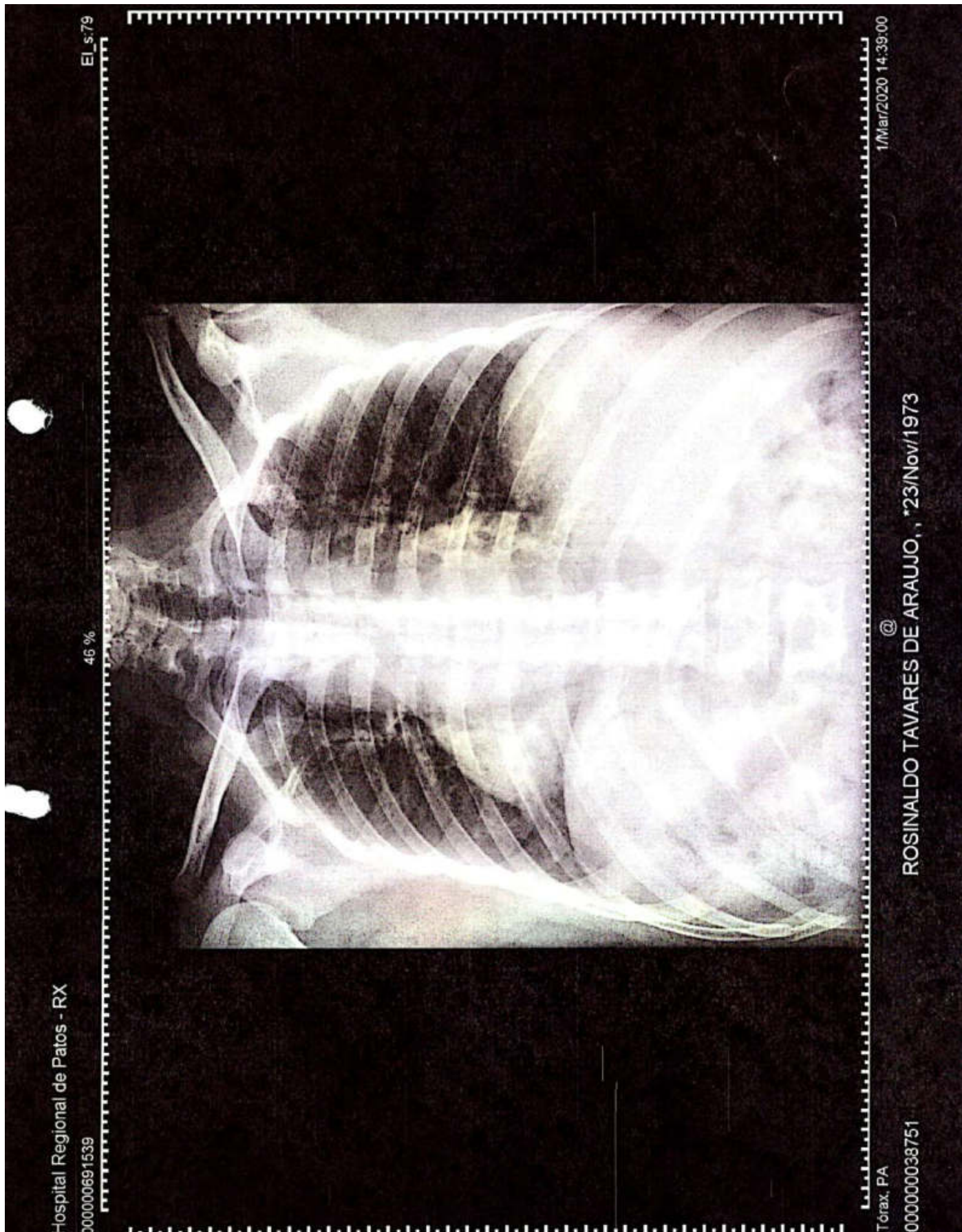




Digitalizado com (







Hospital Regional de Patos - RX

000000691539

45 %

El\_s:79

Tórax, PA

000000038751

1/Mar/2020 14:39:00

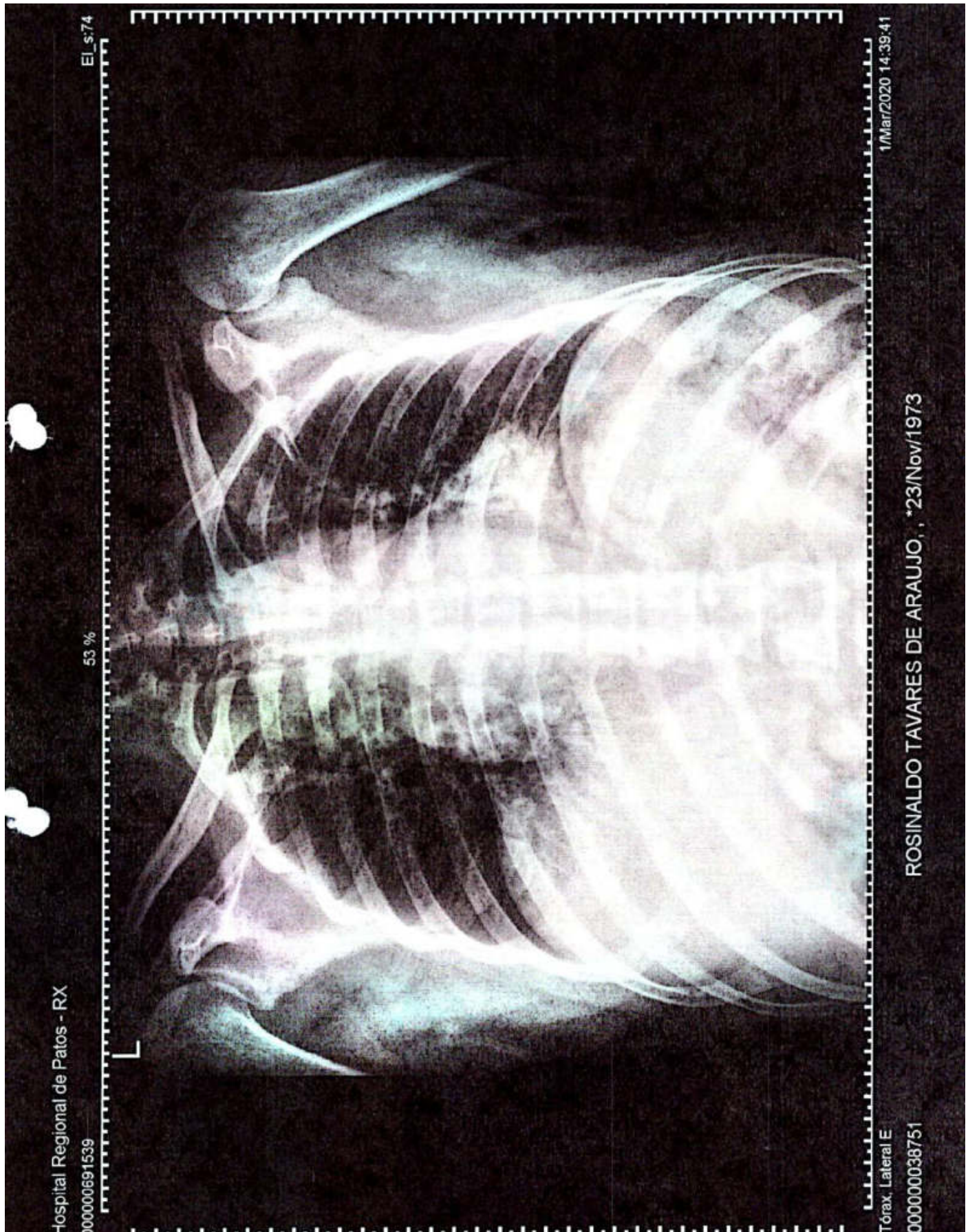
@

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, \*23/Nov/1973

Digitalizado com (







Hospital Regional de Patos - RX

000000691539

53 %

El\_s:74

Tórax, Lateral E

000000038751

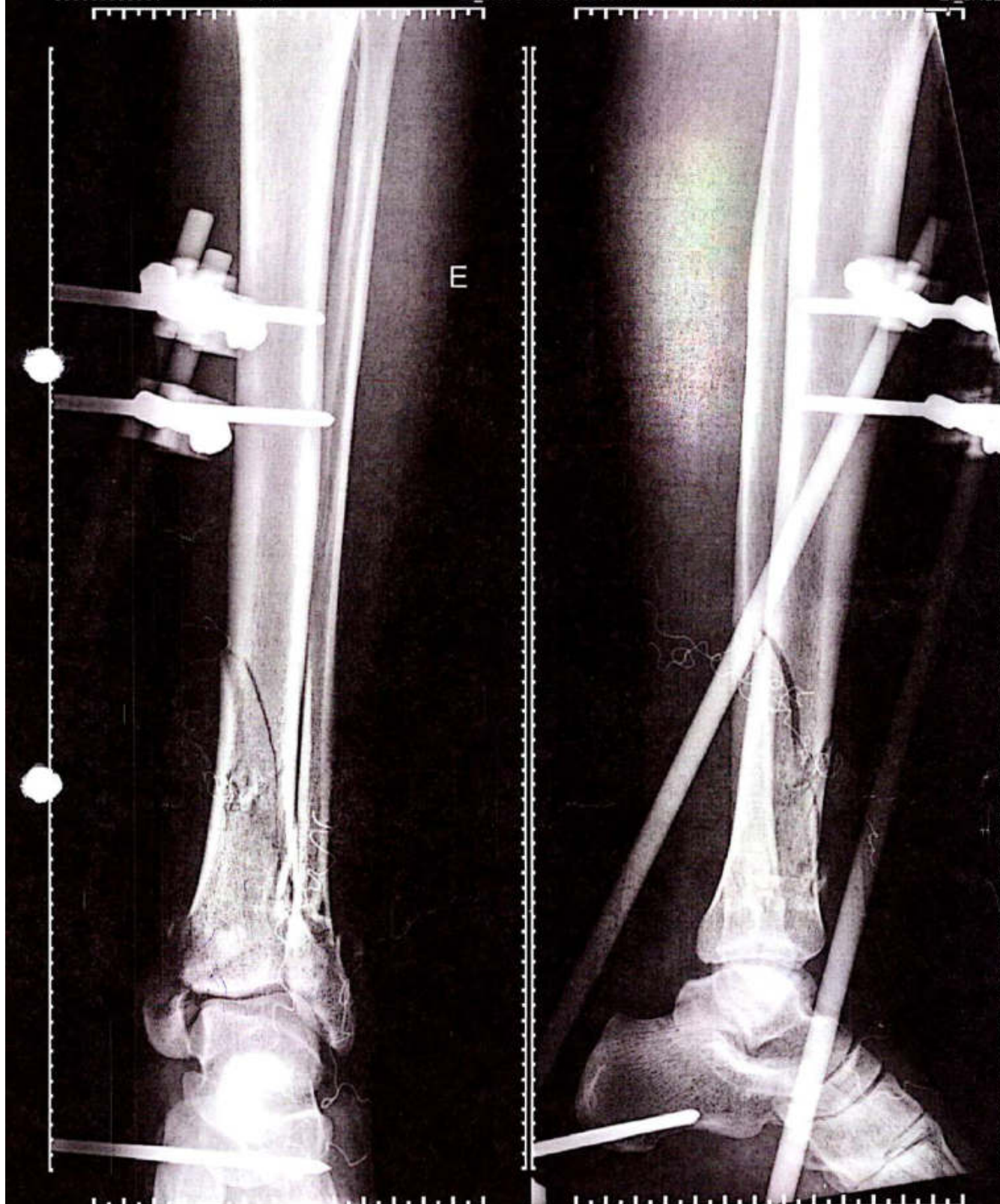
ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, \*23/Nov/1973

1/Mar/2020 14:39:41

Digitalizado com (







Tibia/Fibula E, Lateral

29/Fev/2020 10:39:16

Tibia/Fibula E, AP

29/Fev/2020 10:40:05

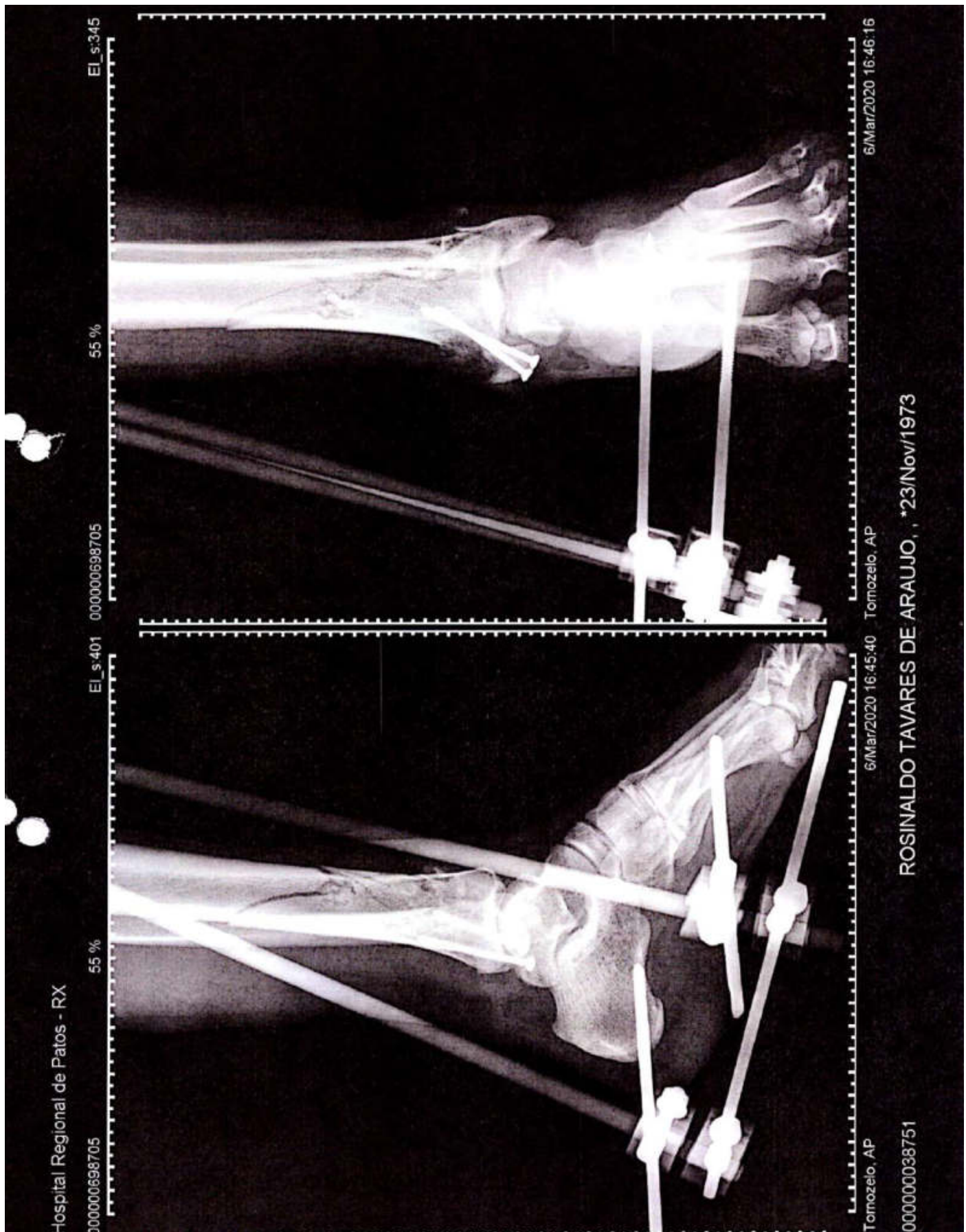
000000038751

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, \*23/Nov/1973

Digitalizado com (







Digitalizado com (



Data 28/02/2020 Hora 17h 28m Gênero He 46anos  
 Nome/Social Rosimário Tavares de Araújo Via Pública  
 Origem\* 007  
 Queixa principal/História atual da doença/início dos sintomas 007  
 Motivo do atendimento\* pator  
 Cliente amv  
 Transporte pator  
 Alergia? ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não  
 Uso de medicação? ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não  
 Doença previa? ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não  
 Temp. °C 36.5 Pulso bpm 72 Resp. 18 SpO<sub>2</sub> 98 % PA 120/80 mmHg HGT 160 mg/dl  
 Dor: 0 Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor insuportável  
 ( ) Sem dor ( ) Dor leve ( ) Dor moderada ( ) Dor severa ( ) Dor muito severa ( ) Dor insuportável  
 Classificação de Risco: ( ) Vermelho ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul ( ) Laranja  
 Especialidade Médica Urgência  
 Acompanhante: ( ) S/ Acompanh. (Setor Crítico) ( ) S/ Acompanh. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado) ( ) Acompanh. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ( ) Acompanh. p/ paciente com cond. clínica limitadora

Digitalizado com (



28/01/2018

DATA	HORA
PARECERES	

Digitalizado com (





PESO=	PA=	X	mmHg	TEMP=
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)				
Histerectomia				
Exame físico				
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)				
Solicitação de parecer				
H mín				
DIAGNÓSTICO				
Sol. 1x de urgência				
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)				
Outubro				
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS				

Digitalizado com (



MÉDICO/CRM

MOTIVO

DADOS DA SAÍDA

Data

Hora

Min

( ) Alta Curado ( ) Alta Melhorado ( ) Alta a Pedido ( ) Evasão ( ) Obito

DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES (Raios X, laboratoriais)

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

ANAMNESE (História da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

RESPONSÁVEL LUBIA CRISTINA COSTA FRAG ASS. Resp./Paciente

C.N.S.	700404916244142	IDENTIDADE	4.153.900
C.P.F.	105.891.404-93	REG. NAC.	
NASCIMENTO	23/11/1973	COR	PARDO
EST. CIVIL	UNIÃO ESTÁ	PROFISSÃO	AMPARO

Digitalizado com (



	Acidente Durante a Cirurgia:
	Exame Radiológico no ato:
	Relatório Imediato do Patologista:
	Diagnóstico Pós-Operatório:

*Suelio*

Digitalizado com (





Recebido no Centro Cirúrgico Reservado Recursos de Manuseio Sala Aberto

Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Outro

Antecedentes Pessoais:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Doença Mental ☐ A.V.E. ☐ Etilista

☐ Tabagista ☐ Convulsão ☐ Doença Pulmonar ☒ Doença Renal ☐ Doença Cardíaca

Alergia Urtic

Ato Cirúrgico

Data da cirurgia 28/02/20 Hora 18h 45 Cirurgia Realizada MD em defeito exposto da

Anestesia Da Halothan Cirurgia Da cistite Tipo de anestesia Racina

☐ Antibiótico

Segurança e Proteção

Glicemia mg/dl RX: ☒ Sim ☐ Não Hb g/dl Ht %

Exames alterados: ☐ Sim ☐ Não Especificar

Cirurgias anteriores: ☐ Sim ☐ Não Especificar

Anestésias anteriores: ☐ Sim ☐ Não Especificar

Tricotomia: ☐ Sim ☐ Não Especificar

Resposta Cardiovascular

Pa 120/80 mmHg P 81 bat/min R 98% irpm/min T 36.2 °C

Intercorrência no ato anestésico ou cirúrgico? ☐ SIM ☐ NÃO

Especificar

Infusão/Soluções

1000 ml ☐ S. Fisiológico 1000 ml ☐ S. Glicosado ml ☐ R. Lactato ml ☐ C. Hemácias ml ☐ Manitol ml ☐ Outros ml

Serviços Requiridos no Trans Operatório

☐ Anatomia Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Banco de Sangue ☐ ECG

☐ Outros

Início da Cirurgia 18:45 Final da Cirurgia

DESTINO

☒ URPA ☒ Clínica Cirúrgica ☐ UTI ☐ Maternidade ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM



QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soró e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp 859x
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi m24
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletródos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavilon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Alcool 70%
	Publitravina 0,5%		

PACIENTE: ROBERTO TAVARES DE MACHADO		DT.: 28/02/20		FIM: 18:45		DATA: 28/02/20	
CIRURGIÃO: DR. MARCO SUAREZ		ANESTESISTA: DR. CRISTIAN MONTEIRO		INÍCIO: 18:45		FIM: 19:40	
CIRURGIÃO: DR. MARCO SUAREZ		ANESTESISTA: DR. CRISTIAN MONTEIRO		INÍCIO: 18:45		FIM: 19:40	
CONVÊNIO: SUS		IDADE: 46		REGISTRO: 2253			

Digitalizado com (





	Pavulon	
	Dorminid	
	Fetanil 0,05 mg	
	Xilestesin a 5%	
	Inoval	
	Xilocaina a 2%	
	Etodimide	
	Ketalar	
	Pubicovaina 0,5%	
	Dimorf	
	Lanexat 0,5 ml	
	Narcan	
	Forane	
	Sufenta	
	Diazepan	
	Agua destilada 10 ml	
	Prostigmine	
	Atropina	
	Adrenalina	
	Efortil	

Digitalizado com (







TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA  
Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e

Assinatura do Paciente ou Responsável

Patos, 28 de Fevereiro de 2020

Suelio Moreira Torres

1. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.
2. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
3. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e as formas dos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos e benefício e alternativa.
5. Situações imprevisíveis, estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações graves, inclusive risco de morte.

Nome: ROBERTO YANAR Idade: 1/6 Sexo: ( ) Feminino (x) Masculino

Peso: 16 kg Altura: 1,20 m Cor: M

Data Nascimento: 1/06/2016 Pressão Arterial Pulso: 120/80 Respiração: 18

Temperatura: 36,5 Tipo Sanguíneo: O+ Hemáticas: 12,5 Hemoglobina: 12,5

Hematócrito: 38 Glicemia: 100 Uréia: 10 Outros:

Urina:

Aparelho Respiratório: Asma:  Bronquite:

Aparelho Circulatório:  Eletrocardiograma:

Aparelho Digestivo:  Dentes:  Pecoco:  Ap. Urinário:

Estado Mental: Ataxicos:  Corticoides:  Alergia:  Hipotensores:

Diagnóstico Pré Operatório: Estado Físico:  Risco:

Anestesia Anteriores:

Medicação Pré-Anestésica:  Aplicada às:  Efeito:

Simbolos e Anotações		Líquido		Agentes Anestésicos	
20	40	60	80	100	120
PV ARTERIAL, PULSO RESPIRAC					
VZ - ANESTESIA OPERACAO					
Líquido					
Agentes Anestésicos					

Posição: Supino Agentes: Propofol + N2O Técnica: Propofol Cirurgião: Dr. Roberto Observações:

Operação: Propofol Anestesia: Propofol Câmbio: Propofol

para o leito sim não

Com cânula

Outros

Náuseas

Vômitos

Obstr. CO2 Excit.

Reflexos na SO

DESPERTAR

Não, porque?

Anestesia Satisf. Sim Não

MANUTENÇÃO

Outros

Náuseas

Vômitos

Laringo Espasmo

Lenta

Satisf. Excit. Tosse

INDUÇÃO

Digitalizado com (



ATO CIRÚRGICO

Data da cirurgia 06 / 03 / 20 Hora 09 h 15 Cirurgia Realizada em sala de cirurgia  
Anestesia de manutenção Cirurgião Dr. Fausto  
Auxiliar Tipo de anestesia Raqui

SEGURANÇA E PROTEÇÃO

Glicemia mg/dl RX: ( ) Sim ( ) Não Hb g/dl Ht %  
Exames alterados: ( ) Sim ( ) Não Especificar  
Cirurgias anteriores: ( ) Sim ( ) Não Especificar  
Anestésias anteriores: ( ) Sim ( ) Não Especificar  
Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não Especificar

RESPOSTA CARDIOVASCULAR

Pa 130 x 90 mmHg P 89 bat/min R 50 x 20 60 60 irpm/min T 36 °C  
INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? ( ) SIM ( ) NÃO  
Especificar

INFUSÃO/SOLUÇÕES

( ) S. Fisiológico 500 ml ( ) S. Glicosado ml ( ) R. Lactato ml  
( ) Plasma ml ( ) C. Hemácias ml ( ) Manitol ml  
( ) Outros ml

SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO

( ) Anatomia Patológica ( ) Laboratório ( ) Radiologia ( ) Banco de Sangue ( ) ECG  
( ) Outros

Início da Cirurgia 09:15 Final da Cirurgia

DESTINO

( ) URPA ( ) Clínica Cirúrgica ( ) UTI ( ) Maternidade ( ) Alta ( ) Óbito ( ) Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM



1. Paciente em decesso desde não cirurgia
2. Assessoria e avaliação
3. Exame físico e exames de laboratório
4. Visão de acesso ao abdômen superior
5. Realizada cirurgia e observada melhora clínica com dois
pacientes evoluíram (os) para alta sem mais medicação)
6. Evolução da criança com 15 dias
7. Evolução
8. Curativa
OSJ. MANUTENDO EXAME TRANSVAGINAL
POSTO PEDIATRIA NA URGÊNCIA

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

70222215 650 JCB
Diagnóstico Pós-Operatório:
NDM
Relatório Imediato do Patologista:
NDS
Exame Radiológico no ato:
NDS
Acidente Durante a Cirurgia:
NDS

Digitalizado com (









<p>Assinatura e carimbo de Enfermeiro</p> <p>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO</p> <p>             Paciente evoluí em ECG, correntes, onychada, Deam-              tudo com Auxílio Ter-              eumático Sagittin, dentro              afeição de 55V, fadiga,              diureticos no momento,              a 3a dia em HAS SJC.              sono e repouso passiva-              do. Hidratado. Hx glaucoma.              do. Sem dor no momento.              Sufrência somatiforme,              em oligia SJC.           </p>	<p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p> <p>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO</p> <p>             28-02-20 paci. com contusão              por antepulso sua queixa de              dor e enroscado da respiração.           </p>
--	---



Jordaneis  
COREN/PA 322336

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

**ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO**

Paciente segue sem alterações  
segue as curas

Digitalizado com (



<i>Rayssa de Fátima Moraes</i> COREN/PB 539621	<i>Ana Renata S. Rodrigues</i> Enfermeira COREN/PB - 539621
Assinatura e carimbo de Enfermeiro	Assinatura e carimbo do Enfermeiro
<b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO</b>	<b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO</b>
<i>Paciente em tratamento.</i>	<i>Paciente em tratamento.</i>

Digitalizado com (



<p><i>Michelle Wanderley Guedes</i>  COREN-PB 171215 - ENF  Assinatura e carimbo de Enfermeiro</p>	<p><i>Shirely Rosendo Gomes</i>  ENFERMEIRO  CRE 197616-BAF  Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>
<b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO</b>	<b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO</b>
<p>Paciente evoluindo em EGR  permanente, orientado, bio-  comodado por cadeiras  de rodas, tem curativo  surgitico na fixação  externa e protoplasta.  Eliminação fisiológica  aumentar. Ex. G. eixo de dor</p>	<p>Paciente evoluindo  EGR refere dor  nas costas, realiza  do os medicamentos  epm e SSIV  HGT 118 mg/dl</p>

Digitalizado com (



[illegible]

Digitalizado com (





Rhamony Mychelle Medeiros Nunes  
Enfermeira  
COREN-PB 547941

Assinatura e carimbo de Enfermeiro

**ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO**

Paciente evolui em ECA  
paciente orientada sem

Digitalizado com (



Antonino Barbosa  
Enfermeiro  
COREN/PE 122775

Ana Renata S. Rodrigues  
Enfermeira  
COREN/PA - 539621

Assinatura e carimbo de Enfermeiro

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO

Paciente evoluiu bem, com  
queixas de dor nos dentes,  
medicados conforme pres-  
crição médica.

sem queixas.

Josefa Adriana V. da Silva  
Enfermeira  
COREN/PA 539621

Digitalizado com (





5.	Glucose 1517 mg e 610h	12 58 24 06	ur vau
6.			
7.			
8.	Leucograma 12401 + 20000 500.471 e 140h	12	
9.			
10.	Diagnóstico 1517 mg e 610h	12 58 24 06	
11.			
12.	Leucograma 1501 + 10000 500.471 e 810h	14 22 06	
13.			
14.	HOT 610h	12 58 24 06	
15.			
16.	Trinulva regular conforme labor		
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 7519

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 7519

Visita Médica: Data: / / - : h

#### SINAIS VITAIS

06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax: 35.4°C	Tax: 36.1°C	Tax: 36.1°C	Tax: 35.9°C
R: 100 x 20	R: 120 x 80	R: 120 x 70	R: 120 x 80
PA: 100 x 80	PA: 120 x 80	PA: 120 x 70	PA: 120 x 80
HGT: 90	HGT: 115	HGT: 118	HGT: 118
Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml

Digitizado com (



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: Rosirnelo Jorvan

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Sector/Enfermaria: 41

Data da Adm: 03

DATA: 21 / 3 / 20 - :    h

Secretaria de Saúde do Estado  
Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduyh Carneiro  
Patos - Paraíba

HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIAS DAS 24H	
1.	DIETA ORAL <u>PIOM</u>		
2.	SF 0,9% 1000ML EV		
3.	DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV		
4.	TILATIL 10MG 12/12 HS EV <u>1x/12h</u>		
5.	TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS		
6.	CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA > 170/100MMHG		
7.	LIQUEMINE 5000 UI/0.25ML (SC) 12/12 HS		
8.	CEFALOTINA 1G +AD EM 06/06 HS		
9.	NAUSEDRCN 8/8 HS EV (S/N)		
10.	CEFAZOLINA 1 G + AD 8/8 HS		
11.	CURATIVO		
12.	SSV+CCGG		
13.	<u>Gentamicina 240 + SF 0,9% 200 @ 1x10d</u>		
14.	<u>AKG.T. 66h q probalco imlino.</u>		
15.	<u>Medicaco com familiar.</u>		
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

SINAIS VITAIS			
06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax: <u>55</u> °C	Tax: <u>36,8</u> °C	Tax: <u>36</u> °C	Tax: <u>36</u> °C
R: <u>100</u> irpm	R: <u>100</u> irpm	R: <u>100</u> irpm	R: <u>100</u> irpm
SpO <sub>2</sub> : <u>98</u> %	SpO <sub>2</sub> : <u>98</u> %	SpO <sub>2</sub> : <u>98</u> %	SpO <sub>2</sub> : <u>98</u> %
PA: <u>100</u> mmHg	PA: <u>100</u> mmHg	PA: <u>100</u> mmHg	PA: <u>100</u> mmHg
HGT: <u>121</u> mg/DI	HGT: <u>121</u> mg/DI	HGT: <u>121</u> mg/DI	HGT: <u>121</u> mg/DI
Diuresa: <u>  </u> ml	Diuresa: <u>  </u> ml	Diuresa: <u>  </u> ml	Diuresa: <u>  </u> ml





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Secretaria de Saúde do Estado  
Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduí Carneiro  
Patos - Paraíba

Diagnóstico:

Paciente: Rosário Torres Leito: 01 Data da Adm: 1 / 1 / 1

Sector/Enfermaria: 11 Leito: 01 Data da Adm: 1 / 1 / 1

DATA: 01/03/20 - 7:00 h

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIAS DAS 24H

1.	DIETA ORAL P/DN	ciente	15	24	06	Port R26 S (Quor Linhas)
2.	SF 0,9% 1000ML EV		12	24	06	no ponto 6
3.	DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV		12	24	06	Co: VPM
4.	TILATIL 20MG 12/12 HS EV		14	22	06	Substância com Co
5.	TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS					
6.	CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG		12	24	06	
7.	LIQUEMINE 5000 U/ 0.25ML (SC) 12/12 HS		12	24	06	
8.	CEFALOTINA 1G +AD EM 06/06 HS					
9.	NAUSEDRON 8/8 HS EV (S/N)		14	22	06	
10.	GEFAZOLINA 1G +AD 8/8 HS Gêrb muno 80	ciente				
11.	CURATIVO	ciente				
12.	SSW+CCGG	ciente				
13.	Ver Mênstrs Domicilia					
14.						
15.						
16.						
17.						
18.	João H. Sussano Laureano					
19.	Ortopedia e Traumatologia					
20.	CarPB 7417					

SINAIS VITAIS

06:00 h			12:00 h			18:00 h			24:00 h		
Tax:	°C	P:	Tax:	°C	P:	Tax:	°C	P:	Tax:	°C	P:
R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :
PA:	x	mmHg	PA:	x	mmHg	PA:	x	mmHg	PA:	x	mmHg
HGT:	mg/DI	mg/DI	HGT:	mg/DI	mg/DI	HGT:	mg/DI	mg/DI	HGT:	mg/DI	mg/DI
Diurese:	ml	ml	Diurese:	ml	ml	Diurese:	ml	ml	Diurese:	ml	ml

Maricélia Guimarães Lima  
COREN-PB 351898TE

Maricélia Guimarães Lima  
COREN-PB 351898TE

Maricélia Guimarães Lima  
COREN-PB 351898TE

Secretaria de Saúde do Estado,  
Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Carneiro  
Patos – Paraíba

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Dociente: Lozano Tabares

Leito: \_\_\_\_\_ Data da Adm: \_\_\_\_\_

Leito:

1

DATA: 29, 02, 20 - 7:00h

## HORÁRIOS

**INTERCORRÊNCIAS DAS 24H**

		Quantidade	Valor
1.	DIETA ORAL	1x 24	06
2.	SF 0,9% 1000ML EV	1x 18	24
3.	DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV	1x 24	06
4.	TILATIL 20MG 12/12 HS EV	1x 24	06
5.	TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS	5 INJ	
6.	CAPTAPRIL 25MG VO SOS PA > 170/100MMHG	1x 24	
7.	LIQUEMINE 5000 U/ 0.25ML (SC) 12/12 HS	1x 18	24
8.	CEFALOTINA 1G +AD EM 06/06 HS	1x 18	24
9.	NAUSEDRON 8/8 HS EV (SIN)	SIN	
10.	CEFAZOLINA 1G + AD 8/8 HS Gentamicina 80mg	1x 24	06
11.	CURATIVO	11	
12.	SSVV+CCGG		
13.			
14.			
15.	João H. Suassuna Laureano Osteodonta e Traumatologia		
16.	CRAMPAS 1117		
17.			
18.			
19.			
20.			

SINAIS VITAIS															
06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	bpm	P:	Tax:	°C	bpm	P:	Tax:	°C	bpm	P:	Tax:	°C	bpm	P:
R:	irpm	%	SpO <sub>2</sub> :	R:	irpm	%	SpO <sub>2</sub> :	R:	irpm	%	SpO <sub>2</sub> :	R:	irpm	%	SpO <sub>2</sub> :
PA:	x	mmHg		PA:	x	mmHg		PA:	x	mmHg		PA:	x	mmHg	
HGT:		mg/Dl		HGT:		mg/Dl		HGT:		mg/Dl		HGT:		mg/Dl	
Diurese:		ml		Diurese:		ml		Diurese:		ml		Diurese:		ml	
Tax: 36				Tax: 36				Tax: 36				Tax: 36,8			
R:				R:				R:				R:			
PA: 110 x 80				PA: 110 x 80				PA: 100 x 80				PA: 110 x 80			
HGT:				HGT:				HGT:				HGT:			
Diurese:				Diurese:				Diurese:				Diurese:			

Marcelo Queiroz da Silva  
Téc. de Engenharia

Silvina Gomes de França  
COPPEL PB 1200.5A-TE

Silvana Gomes de França

Digitized by Google



3. SFR 1000 ~ e	(IV) 24H	W	✓	
4. SFR 91.500 ~ e				cas. VPM
5.				
6. Cefotaxima 5g + 20 (IV) 06/06H		24	06	
7.				
8. Cefotaxima 2g + 20 (IV) 08/08H		No	bloco	19/06H
9.				
10. Difeno 5g + 10 (IV) 06/06H		24	06	
11.				
12. Nitro 40mg + 20 (IV) 01X01H		24	06	
13.				
14. Fenon 100 ~ e	(IV) 08/08H			
15. SFR 91.100 ~ e		24	06	
16.				
17. Plavix 10mg + 20 (IV) 08/08H (5H)				
18.				
19. Cefotax 25g (IV) se 10/10x100 mmHg				
20.				
21. VER Medicinas comilum				
22.				
23. SFR 1000 ~ e	(IV) 24H			

Visita Médica: Data: / / - : h

#### SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	%	R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	%	R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	%	R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	%
PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg
HGT:	mg/Dl	mg/Dl	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	mg/Dl	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	mg/Dl	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	mg/Dl	mg/Dl
Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml

Digitalizado com (







Da Clínica Ortop Enfermaria 11  
A Clínica Unidade 600 Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Vitima Colisão Moto x Moto 16.7.02 às  
19h30 por + Difusão de Ressonância

Data 01/03/20

João H. Sacramento Lourenço  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 7417

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Cirurgia Genl.

Paciente Vitima de acidente de moto referindo  
dois traços (Hemitorax Esquerdo) por a insuflação.  
EH: BEG, AAA, comente, orientado, ECG 15.

H. NUTRICIÃO

CD: Solicito Radiografia de Tórax P.A e  
perfil. Realizar após exame.

15 17:30 RX TÓRAX SEM  
de hemio e fratura do tórax  
e alguns traços costais

Data 01/03/20

Ermano Moreira Farias  
CRM 10542

Digitalizado com (



DIAGNÓSTICO:

CID-10:

Presb 313 outro tipo (E)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Fixação externa + Pósterior

Digitalizado com (





## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

Rosimara L. de Jesus

portador(a) da Identidade RG \_\_\_\_\_,

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de  
hoje, às 18 h 19 portador(a) da patologia CID-10

S82.3

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades  
laborativas por um período de (150) dias, a  
partir desta data.

Patos 28/02/20

**João H. Suassuna Laureano**  
Ortopedia e Traumatologia

**CRM-PB 7417**

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,

autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_,

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-  
tenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Herculano Nóbrega, s/n - Belo Horizonte 58704-000 Patos PB  
Fone 83 3423.2741

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-239





Não Alfabetizado(a)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.153.900

DATA DE EMISSÃO 21/03/2013

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

PELO(A) JOSÉ TAVARES DE FRANÇA

MARIA JOSÉ DE ARAUJO

NATURALIDADE CACIMBA DE AREIA-PB

DATA DE NASCIMENTO 23/11/1973

DOC ORIGEM

NASC. N. 932 FLS. 233V LIV. A-01

CARTÓRIO C. DE AREIA-PB

CPF 105.891.404-93

2225 Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 114 DE 29.03.93





TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

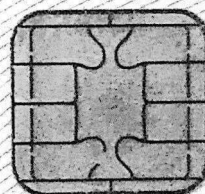
12185229

USO OBRIGATÓRIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

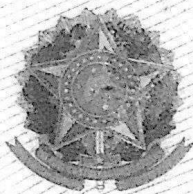
Yure Pereira Gomes



OBSERVAÇÕES



Scanned with  
CamScanner



# ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

YURE PEREIRA GOMES

FILIAÇÃO

ARLINDO JOSE GOMES TEMOTEO  
MARIA DO SOCORRO PEREIRA GOMES

NATURALIDADE

PATOS-PB

RG

3260218 - SSP/PB

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

NÃO

DATA DE NASCIMENTO

03/11/1987

CPF

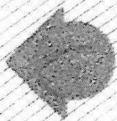
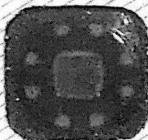
086.417.024-66

VIA EXPEDIDO EM

*Vital Bezerra Lopes* 01 12/11/2014  
VITAL BEZERRA LOPES  
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO:

20152



Scanned with  
CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 014630639558	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PRT 20190400005462-7	
1	0049893243-5	00/00000000	2019
RAFAEL ELIZEU DA SILVA			
13074551402		OFH3444/PB	
NOVO	PR	9C2KD0550CR603616	
HONDA/NXR150 BROS ES		2012 2012	
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA	
IPVA PAGO EM 00/00/0000		1º	
2º		3º	
SEGURO P A G O		21/03/2019	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
NÃO VÂNDIO PARA TRANSFERÊNCIA			
PATOS - PB		01/04/2019	
422 93		422 51	

SEGURADOR OBRIGADO DE DANOS		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
PB Nº 014630639558		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			
2019		01/04/2019	
13074551402		OFH3444/PB	
HONDA/NXR150 BROS ES		2012 2012	
2012	9	9C2KD0550CR603616	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PAG (R\$)	DEBATE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	OF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SURTIÇO (R\$)	
*****	SEGURO	P A G O	
PAGAMENTO		DATA DE QUATRO	
PAGAMENTO		21/03/2019	
SEGURADOR A LÍDER - DPVAT			
42251-15/0239-70190401			

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-239





*Lubia Cristina Costa Fraga.*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.985.077 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 18/10/2011

NOME LUBIA CRISTINA COSTA FRAGA

FILIAÇÃO LAILTON ALVES FRAGA  
FRANCISCA PERGENTINO DA COSTA

NATURALIDADE PATOS-PB DATA DE NASCIMENTO 23/06/1986

DOC ORIGEM  
NASC.N.29282 FLS.291V LIV.A-25  
CARTORIO PATOS-PB  
CPF 013.733.724-86


Idoso Pessoa - PB

  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





 <b>CAGEPA</b> COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARANÁ Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 56.015-570 - CNPJ: 08.123.804/0001-87		Nº DE INSCRIÇÃO E LIGADURA INSCRIÇÃO <b>29016436</b> REFERÊNCIA 10/07/2019		
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS				
MARIA APARECIDA B DE LIMA RUA FRANCISCO PAULO LICAREAO, S/N - MONTE CASTELO PATOS PB 58707-110				
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias		Responsável
075.010.230.0022.000	000	Residencial 1	Comercial 0	Industrial 0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y15N521420	06/01/2016	EXTERNO	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   Nº DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA 838   857   19   32   16/04/2020				
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ABETO 20 PORT. 05/2017 M3				
FEV/2020		20	PARÂMETROS EXIG.	ANÁLIS. CONFORMES
JAN/2020		27	TURBIDEZ	0 0 0
DEZ/2019		17	COLO	0 0 0
NOV/2019		26	COL. TERMO	0 0 0
OUT/2019		20	COR	0 0 0
SET/2019		16	COL. TOTAIS	0 0 0
MÉDIA(M)		21	DADO - REFERENTES A: JAN/2020	
DATA DA IMPRESSÃO: 17/07/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 14:32:08				
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE 10 M3 37,91 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3 9 M3 44,01				
ESGOTO RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) ATE 10 M3 - R\$ 30,53 POR UNIDADE 10 M3 30,53 11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3 9 M3 35,19				
ACRÉSCIMO(S) MES(ES) ANT. 11/2019			4,65	
JUROS DE MORA 11/2019			5,40	
FATURAS EM ATRASO REF 202001 247,25 REF 202002 162,97				
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 45,04 PIS E COFINS: R\$ 12,74/12				
VENCIMENTO:		29/03/2020	Total a Pagar: R\$ 157,49	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2021 10:21:37

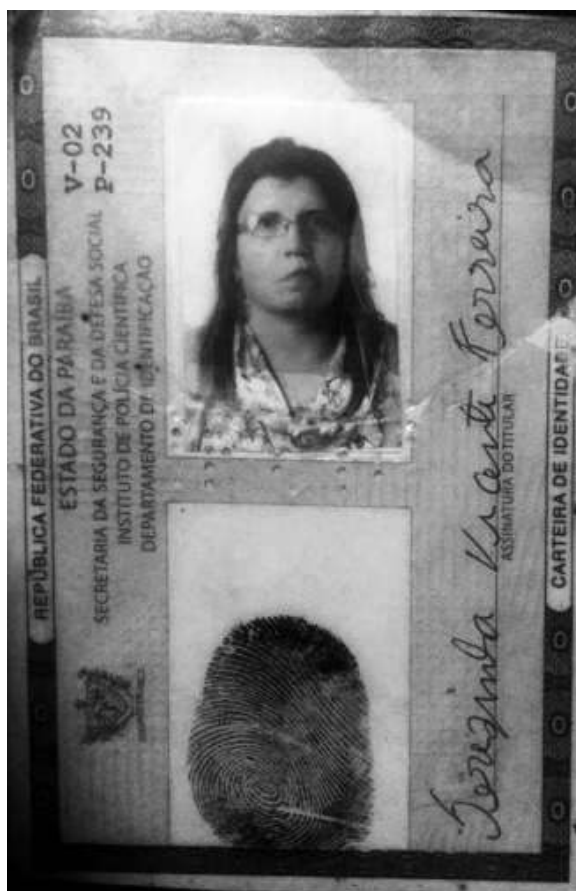
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092310213675900000046477265>

Número do documento: 21092310213675900000046477265









**TEREZINHA VICENTE FERREIRA**  
RUA MANOEL PEDRO, 181 - FUNCOS - MONTE CASTELO  
PATOS/PB CEP: 58700000 (AO: 118)

**energisa**  
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br-200, km 25 - Creta Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-890  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.829-0

Ligação MONOFÁSICO  
Cis/Sec RES MTC B1/RESIDENCIAL - BARRA TIENDA  
Rotário 18-118-480-2041 Referência: ALA/2019  
Medidor 00008757050 Emissão: 29/04/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024.226.324  
Cód. para Deb. Automático: 00017689480

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	29/04/2019	29/05/2019	930.387.394-72 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora) **5/1768948-0**

Declaração de Quitação Anual de Débitos  
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitantes dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em [saude.gov.br/vacinabrasil](http://saude.gov.br/vacinabrasil)

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
28/03/18	6362	28/04/19	8520	1	158	32

**Demonstrativo**

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq	ICMS(R\$)	Base Calc	Pot(R\$)	Colins
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Pia/Colins(R\$)		(1,0645%)	(4,9955)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,287890	8,63	8,63	27	2,93	8,63	0,09
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,483540	34,54	34,54	27	9,32	34,54	0,37
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	58,000	0,740300	42,93	42,93	27	11,59	42,93	0,46
0610	Subsídio			43,87	43,87	27	11,55	43,87	0,48
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>									
0904	JUROS DE MORA 03/2019			0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 03/2019			1,56	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-29,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 102,45 129,97 35,09 129,97 1,40 6,48

Tarifa e Tributos: Até 30kWh 0,192860 Até 100kWh 0,330280 Até 220kWh 0,485420

Média últimos meses (kWh) 181

**VENCIMENTO**  
**07/05/2019**

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 102,48**

Multa de Consumo (kWh)





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200198006 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/02/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P5/8/11\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200198006 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/02/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P5/8/11\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: UNIÃO ESTÁVEL  
Profissão: AVIADOR RG: 4.153.900 CPF: 105.891.404-93  
Endereço: RUA FRANCISCO PAULO LICARIÃO, 5N, MONTE CASTELO  
CEP: 58707-110 Cidade/UF: PATOS/PB

### OUTORGADO:

Nome: YURE BENEITA GOMES  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO  
Profissão: ADVOGADO RG: 3260218 CPF: 086.417.024-66  
Endereço: RUA JACQUES MOURA, 5N  
CEP: 58700-430 Cidade/UF: PATOS/PB

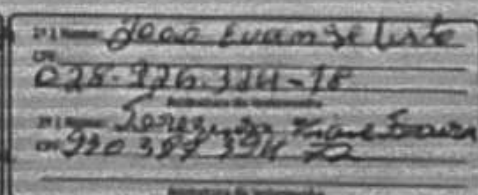
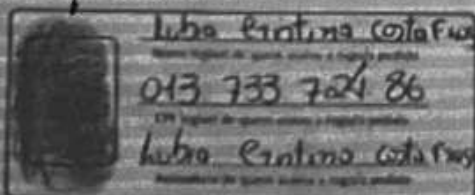
### DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para ingressar com pedido, interpor recursos administrativos e legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar em nome do Outorgante quaisquer formulários obrigatórios exigidos pelas Seguradoras, desde que os dados do beneficiário sejam única e exclusivamente do Outorgante, fazer acordos, desistir, receber informações, solicitar agendamento ou reagendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias médicas, contestar pareceres e solicitações de documentos, solicitar reanálise do pedido, especialmente junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A ou junto a qualquer outra Seguradora, tudo com o fim especial de requerer a indenização devida do Seguro DPVAT e/ou de Seguro de Vida do Outorgante, nas modalidades de cobertura por Morte e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, bem como ainda Seguros de Vida, Seguros de Responsabilidade Civil Facultativa e quaisquer outras coberturas contratadas, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, do qual figura como vítima de acidente ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO ocorrido em 28/02/2020 e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 105.891.404-93.

Local e Data, PATOS/PB 28/MAIO/2020

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153806/20

Número do Sinistro: 3200198006

Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

CPF: 105.891.404-93

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

YURE PEREIRA GOMES : 086.417.024-66

Declaração Circular SUSEP 445/12

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/06/2020

Nome: YURE PEREIRA GOMES

CPF: 086.417.024-66

YURE PEREIRA GOMES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2020

Nome: MARCOS AURELIO VIDAL

CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153806/20  
**Vítima:** ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO  
**CPF:** 105.891.404-93  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
**Data do acidente:** 28/02/2020  
**Titular do CPF:** ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### YURE PEREIRA GOMES : 086.417.024-66

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO : 105.891.404-93

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/06/2020  
Nome: YURE PEREIRA GOMES  
CPF: 086.417.024-66

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

YURE PEREIRA GOMES

MARCOS AURELIO VIDAL







**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE PATOS/PB**

Processo n.º 08035856120208150251

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

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

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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

PATOS, 21 de setembro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

