



Número: **0808010-08.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **2º Juizado Especial Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **05/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA (AUTOR)		PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30369 118	05/05/2020 01:10	Petição Inicial	Petição Inicial
30369 120	05/05/2020 01:10	Petição - DPVAT	Outros Documentos
30369 121	05/05/2020 01:10	DOC 1 - Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
30369 122	05/05/2020 01:10	DOC 2 - Fisioterapia	Documento de Comprovação
30369 123	05/05/2020 01:10	DOC 3 - RADIOGRAFIA	Documento de Comprovação
30369 124	05/05/2020 01:10	Documentos	Procuração
30369 125	05/05/2020 01:10	Protuário Hospitalar-otimizado_1	Informações Prestadas
30369 126	05/05/2020 01:10	Protuário Hospitalar-otimizado_2	Informações Prestadas
30369 128	05/05/2020 01:10	Protuário Hospitalar-otimizado_3	Informações Prestadas
30369 129	05/05/2020 01:10	Protuário Hospitalar-otimizado_4	Informações Prestadas
30369 130	05/05/2020 01:10	Protuário Hospitalar-otimizado_5	Informações Prestadas
33135 544	12/08/2020 11:40	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
33162 636	12/08/2020 21:50	Carta	Carta

Anexo!





EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE
DIREITO DO __ JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA
GRANDE.

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA,
brasileira, solteira, operadora de telemarketing, RG:
4.384.062 SSP-PB, CPF: 135.887.404-22, residente e
domiciliado na Rua Cecy Ramos Belo, N° 285, Bairro
Bodocongó, CEP 58430-275, Campina Grande-pb, vem por meio
de seu advogado **PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM, OAB/PB
26.701,** conforme procuração anexa, com escritório
profissional localizado na Av. Dom Pedro II, 987 - sala
307, Centro, João Pessoa, CEP 58013-420 e endereço
eletrônico: pablorhuanadv@gmail.com, vem respeitosamente,
perante vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANCA

Em face de **SEGURADORA LÍDER
DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.,** pessoa jurídica de
Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua
Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares,



Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

• **DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA**

A autora declara, sob as penas da lei que, que não está em condições de pagar as custas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família, haja vista momento de crise vivido, nos termos do artigo 4º da Lei nº 1.060/50, conforme declaração que instruirá esta petição.

I. DOS FATOS

A parte autora no dia 15/07/2018 por volta das 18:00 horas transitava na garupa da moto tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO 1) sofreu acidente de trânsito após ter a preferencial bloqueada por outro veículo ciclomotor.

Do evento restou a demandante acentuadas lesões corporais, na qual foi diagnosticada com uma fratura do úmero proximal esquerdo, de acordo com o prontuário 1693307, assinado pelo médico Dr. Evelon Meira CRM-PB 9900.

Da lesão ocasionada a demandante passou por sessões de fisioterapia (DOC. ANEXO 2) no qual totalizou 20 sessões, toda via a mesma restou com sequelas na qual a impossibilita de erguer o braço acima do ombro, haja vista a própria possuir agora uma placa de úmero proximal, limitando o movimento completo do braço, conforme radiografia em anexo (DOC. ANEXO 3).

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima



expostos, restou a requerente acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar o braço ou praticar algum exercício físico e trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

Por esses fatos a autora requereu administrativamente a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A**, o reembolso por Despesas médicas e suplementares (DAMS) e indenização por invalidez parcial haja vista a diminuição de mobilidade do membro afetado da vítima, toda via a seguradora mencionada vem dificultando a cerca de 8 meses a concessão frequentemente requerendo documentos que já foram enviados por diversas vezes.

É importante frisar que em documento apresentado e juntado aos autos (DOC. ANEXO 2), o Fisioterapeuta DR. ALISSON ALMEIDA SILVA CREFITO 117454-F emite parecer sobre as limitações físicas da autora, mencionando claramente o caráter permanente destas, bem como, sendo incisivo no tocante a constatação da dificuldade de abdução do ombro, perda da força e trofismo no braço cirurgiado da requerente, mesmo após a realização de 20 sessões de fisioterapia.

II. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

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



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

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

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

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

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

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



prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

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

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

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

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

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

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

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

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



APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado. 4. Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto. 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).

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

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



4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível Nº 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016) (grifou-se).

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

Súmula 474: "**A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.**"

Tendo em vista que a requerente necessitou de 20 sessões de fisioterapia e ainda sim restou uma limitação física no movimento do braço, na mobilidade e na perca da força na mão e do braço, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento da indenização por invalidez parcial, montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica e faz jus também ao reembolso por despesas médicas suplementares (20 sessões de fisioterapia).

III. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade



jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição inicial, previstos no artigo 319 do código de processo civil, **requer:**

1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, os benefícios da assistência judiciária gratuita;
2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;
3. Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já manifesta que NÃO possui interesse na realização de audiência de conciliação;
4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:
 - 4.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da indenização correspondente ao seguro DPVAT - Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de R\$ 6.750,00 (seis mil setecentos e cinquenta reais), ou seja, 50% do valor integral, tendo em vista as sequelas advindas do sinistro;
 - 4.2. Que se declare devida a parte autora o pagamento referente às 20 (vinte) sessões de fisioterapia



realizadas pela requerente a título de reembolso por despesas médicas suplementares, no valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) tendo em vista o valor médio de R\$ 100,00 (cem reais) por sessão;

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

- Dá se a causa o valor de **R\$ 8.750,00** (oito mil setecentos e cinquenta reais)

Termos em que
Pede deferimento.

Campina Grande. 01 de maio de 2020.

PABLO RHUAN DO N. ANGELIM

OAB/PB 26.701

PABLO ANGELIM
ADVOCACIA & ASSESSORIA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 13908.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13908.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:30 horas do dia 05 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Bruna Luísa da Silva Sousa**, CPF nº 135.887.404-22, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Atendente de Call Center, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 05/09/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Cecy Belo, Nº 285, bairro Bodocongó, tendo como ponto de referência Não Informado, na cidade de Campina Grande/PB, telefone (s) para contato (83) 98776-8542.

Dados do(s) Fatos:


Local: Av. Dinamerica Alves Correia, Cruzamento Com a Rua do Sol., Campina Grande/PB, bairro Santa Rosa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/07/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante no dia 15/07/2018 por volta das 18:00 horas quando transitava na garupa de moto tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI ano/mod. 2016/2017, de cor preta de placa: QFQ1186/PB CHASSI: 9C2KC2200HR503363 pertencente ao Sra. TAYWSKA DANNIELY COSTA DA SILVA portadora CPF: 098.482.944-06 e conduzida pelo Sr. Luciano Rodrigues da Silva Júnior. Que segundo a mesma vinha na garupa da referida moto quando trafegava pela Av. Dinamerica, Santa Rosa, Campina Grande-PB, quando foi surpreendida por uma motocicleta (não identificada/que evadiu-se do local) que saiu de uma estradinha de barro e atravessou indevidamente o cruzamento da Av. Dinamerica com a Rua do Sol vindo a chocar-se com a moto em que a declarante vinha na garupa. Que devido ao fato a declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrida pelo seu pai ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, onde foi diagnosticada, FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO, de acordo com o Prontuário de nº 1693307, assinado pela médica Dr. Evelon Meira CRM-PB 9900.

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

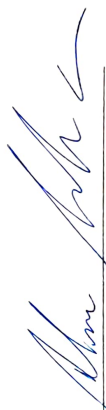
João Pessoa/PB, 05 de dezembro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


BRUNA LUISA DA SILVA SOUSA
Noticiante

FISIOESTÉTICA - Clínica de Fisioterapia e Estética Ltda.
Rua Nilo Peçanha, 636 – Prata
Campina grande – PB
CNPJ: 00.520.289/0001-70

Declaro para os seguintes fins que BRUNA LUZIA DA SILVA SOUZA ,
cpf:135.887.404-22, esteve em reabilitação da cirurgia de fratura de úmero proximal
esquerdo no período de 07 de agosto de 2018 a 25 de setembro de 2018 realizando o total
de 20 sessões. A mesma houve uma boa evolução mas permanecera sequelas. Limitação ao
realizar abdução de ombro e perda de força e trofismo no braço cirurgiado. Estando a
mesma sobre minha responsabilidade profissional para tal firma presente.



Alisson Almeida Silva.
CREFITO 117454-F

Campina Grande, 25 de Setembro de 2018.









PABLO ANGELIM
ADVOCACIA & ASSESSORIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA, brasileiro, solteira, operadora de telemarketing, RG: 4.384.062 SSP-PB, CPF: 135.887.404-22, residente e domiciliado na Rua Cecy Ramos Belo, N° 285, Bairro Bodocongó, CEP 58430-275, CAMPINA GRANDE-PB.

OUTORGADO: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB n° 26.701, com escritório profissional na Av. Dom Pedro II, 685, sala 307, Centro.

PODERES: Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

Bruna Lusía da Silva Sousa
ocorrido na data em 15 / 07 / 2018.

CAMPINA GRANDE - PB, 18 de NOVEMBRO de 2019.


Bruna Lusía da Silva Sousa
OUTORGANTE



Solicitação

Prescrevo fisioterapia motora para a paciente
Bauma Leusa Sousa, submetida ao tratamento
cirúrgico de fratura de úmero proximal
esquerdo.

25/07/18


Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9927





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

007630

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.487.555.233.1

Número do Benefício: 624.152.552.6

Espécie: 31

Ao(A) Sr.(a): BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS BELO 285 , BODOCONGO

CEP: 58.430.275 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido.

Motivo: Constatação da incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 08/10/2018, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 11/10/2018

Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme § 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Dessa decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet, no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

ENDEREÇO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N

- SANTA ROSA

CEP: 58416.680

MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

M:22

Impresso pela Dataprev

Digitalizado com CamScanner



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT. 1.487.555.233.1

Número do Benefício: 624.152.552.6

Espécie: 31

Ao Sr(a): BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS BELO 285 , BODOCONGO

CEP: 58.430.275 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Requerimento de Auxílio - Doença.

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991 e arts. 71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 06/05/1999.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Auxílio-Doença, efetuado em 30/07/2018, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito ao benefício, em razão de o exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O Auxílio - Doença foi concedido até 11/10/2018, Data da Cessação do Benefício - DCB.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o (a) Senhor(a) poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Solicitação de Prorrogação, no prazo de 15(quinze) dias antes da cessação do benefício 11/10/2018, observado o disposto no art. 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o (a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30(trinta) dias contados a partir de 11/10/2018, observado o disposto no art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048/99.

A Solicitação de Prorrogação e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio da internet pelo endereço eletrônico meu.inss.gov.br, da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e /ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10(dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art.103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em auxílio doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

ENDEREÇO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, 5/N - SANTA ROSA

CEP: 58416.680

MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

M:16

Impresso pela Dataprev

FORM ATU34X

Digitalizado com CamScanner



HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

SERVIÇOS REAL ZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



15/07/2018

HTCG-Painel Administrativo



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONTUÁRIO Nº: 1693291 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 53432-809 Data: 15/07/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: BRUNA LUSIA SOUSA

CEP: 58400002

Nascimento: 05/09/1998

Endereço: ESI RAMOS BELO

Sexo: F

Telefone: 988671829

Cidade: Campina Grande

Idade: 019

País: BODOCONGO

Nome da Mãe: AURICELIA MARIA DA SILVA SOUZA

RG: 4384062

ID: 285

Responsável:

CPF: 13588740422

Profissão: ATENDENTE

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atendimento: 15/07/2018

CNS: 898000764333048

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:41:27

CONVÊNIO: SUS

Médico:

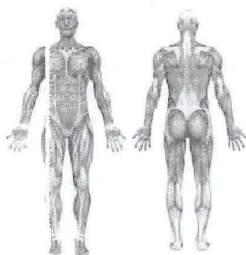
CRM:

Especialidade:

OBS. FICHAS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Queimadura
33. Rinoorrágia
34. Sinais de Isquemia
- 35.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Fr. úmero (proximal)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Acidente de moto às 18h40min, c/ trauma local no ombro D.
Mx. cl. fr. úmero prox. (E).

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Foto reagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HC RÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Dr. Winy Paiva
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 14.017

3/projetohtcg/impregurgencia.php?contar=1693291

1/2



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:33
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093336100000029178201
Número do documento: 20050501093336100000029178201

Num. 30369125 - Pág. 2





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Priscila Lúcia da Silva Sousa		
End:	Rua Cesário Ramos Belo nº 285	Bairro:	Bodequim
Data de Nascimento:	05-09-90	Documento de Identificação:	123456789-123
Queixa:	te aperto	Data do Atend.:	15/07/18
		Hora:	18:41
		Documento:	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

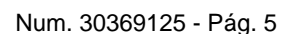
Priscila Moura da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB 2284

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Louisa Sousa Registro: _____ Leito: 10104 Setor Atual: Ortopedia 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

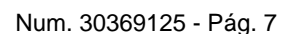
(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Bezia Sousa Registro: Leito: 204 Setor Atual: ATI

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMF TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>M30</u> Data da punção <u>19/07/18</u> .	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>deambula</u>	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>19/07/18 em 17:20h pele sem queimaduras no momento. As cuidados da equipe</u>	
<u>Karola R. L. Porto Queir</u>	
<u>COREN-PB 166371-EN</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>19/07/18</u> HORA: <u>17:20</u> h	
<u>Karola R. L. Porto Queiroz</u>	
<u>COREN-PB 166371-ENF</u>	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Louisa Sousa Registro: Leito: 30-4 Setor Atual: otop 1.
2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

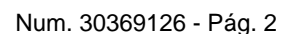
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA
☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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


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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna kusia Registro: Leito: 10-4 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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


[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Bruna Kauzia* Registro: Leito: *10.4* Setor Atual: *09701*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

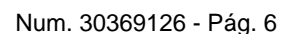
() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Lusia Registro: Leito: 10-4 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): BRUNA LUZIA SOUSA Protocolo: 0000414489 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 16-07-2018 11:23 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: ENF 10 - L. 04

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'30''

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:22]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'30'' min

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:22]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM 5409

Emissão : 16/07/2018 11:31 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D5C4-2EB9-3EE4-63AE-7F74-5C2A-6A27-1942



Sr(a): BRUNA LUZIA SOUSA Protocolo: 0000414489 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 16-07-2018 11:23 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: ENF 10 - L.04

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:19]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.42 milhões/mm ³	3,9 à 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	10,9 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	33,0 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	75 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	25 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.400 /mm ³	4.500 à 12.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	252
Segmentados.....	78,0	6.552
Eosinófilos.....	1,0	84
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	15,0	1.260
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	252
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	193.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

[Assinatura]

Carlos Felipe Souza de Miranda Bettão
 Biomédico
 CRM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 84D0-549C-8163-B331-EBDE-979B-8FE7-4544



Emissão : 16/07/2018 11:31 - Página 1 de 2





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncopse
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Atípica
Relacionada a: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

Medicamentos em uso () Não

() Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

F _____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.:

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico



Bone luma, PROT. 1693307
24/07/18

10.4

POI FX Alameda proximal E

1) Ducto de orelhas RPA

2) SCL 100 ml IV 248

3) GASTRICA 240 mg IV 24/06

4) Ceftriaxona 600 mg IV 6/68 28 24/06

5) Tildacil 30 mg + AD IV 12/12, 28 24/06

6) Diphene 1g + AD IV 6/68 28 24/06

7) PAINOL 100 mg + 100 ml SF 24/06 28 24/06

8) 8188 (Dado)

9) Omeprazol 40 mg + dextrose IV 24/06

10) SSIV + CCGG

1

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

25. Alta hospitalar

1

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

FO: Lente

Exame neurológico, prescudo

Ca: alta + retorne + osteo

1

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

POI na intercomit

CD: VPM + pt de controle

1

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

DATA = 24-07-18

HORA = 13:00

PA = 100x60

Paciente consciente

orientado P.O.S -

operatório a

norma de

após suturas

de urgência



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

9594

Hospital: de Emergência e Trauma de P. Sousa Código: _____
Procedimento: Trat. fr. com fixação de Uress proximal Cód. Procedimento: _____
Paciente: Bruna Glória Sousa
Data da Cirurgia: 24/07/18 Nº prontuário: 4693291 Convênio: _____
Cirurgião: D. Andrey Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa de Uress proximal de 03 Furos			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 3(5) mm	Nº	20	29	70				
	Qtd.	01	01	01				
	Cód.							
Parafuso Cortical 4.0 mm	Nº	38	92					
	Qtd.	03	02					
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico


PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS
Condições de Pagamento: _____
Faturar N.F para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



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

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


Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Bruna Luscia Sousa.	Idade:	19 a.
Convênio:	Sus.	Data:	24.07.18
Procedimento:	Htº Cirurg. C/ Fix. de Ombro "E"		
Cirurgião:	Dº Andrey	Auxiliar:	Anestesista: Dº Rafael
Início:	09:15.	Término:	12:00
		Anestesia	Bloquero

[illegible][illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



1. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$ $\frac{1}{4} \times \frac{1}{4} = \frac{1}{16}$ $\frac{1}{16} \times \frac{1}{16} = \frac{1}{256}$ $\frac{1}{256} \times \frac{1}{256} = \frac{1}{65536}$ $\frac{1}{65536} \times \frac{1}{65536} = \frac{1}{4294967296}$

40

limanroo — 40

Inter enova / a dub — co

$\frac{\text{Imaginary part}}{\text{Imaginary part}} = \frac{10}{10}$
 $\frac{\text{Imaginary part}}{\text{Imaginary part}} = \frac{12}{12}$

45

五

10

000000

40

20

groot museum — 60

09 — 20x72

22 10

72005

beginning of the year 2020

(a) Carbala melaurea —

7

7 50

0.2 = 1 product

3.0.6

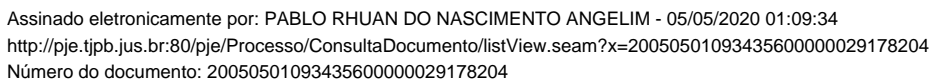
(ମେସିନ)

consumers of



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Bruna Bianca Sousa Dns 05/09/1998						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
	leite	convênio	19 anos	1693294			
CIRURGIA	abertura e fixação do tornozelo esquerdo		CIRURGIÃO	Dr. Bonfey + Dr. Alvinen + Dr. Cavalcanti			
ANESTESIA	bloqueio de flexo + pedaleira		ANESTESIA	Dr. Rafael			
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM				
norma	24.07.18	09:25	12.00hs				
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO		
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix			
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix			
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix			
01	Dimore amp. Demmenid	Compressa Pequena		Catgut Simples			
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix			
02	Efrane ml - duto 1/1 vaso 2cm	Dreno		Catgut Simples Sertix			
	Fenegam amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix			
01	Fentanil ml - somp	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso			
01	Inova ml - neo 4 vaso 2cm	Dreno Pezzer nº		Ethibond			
01	Ketalar ml - bux 51 vaso 2cm	Equipo de Macrogotas		Ethibond			
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond			
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix			
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix			
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutapak			
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak			
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fria diaca			
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml		Mononylon 2.0°			
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon			
	Tracrimum amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix			
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix			
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11 <td></td> <td>Prolene Serfix <td colspan="3"></td> </td>		Prolene Serfix <td colspan="3"></td>			
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15 <td></td> <td>Prolene Serfix <td colspan="3"></td> </td>		Prolene Serfix <td colspan="3"></td>			
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serfix <td colspan="3"></td>			
	Flaxidól amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serfix <td colspan="3"></td>			
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	Ethibond nº 5.0		
	Geramicina amp.	Luvas 8.5					
	Glicose amp.	Oxigênio l/m					
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix					
	Haemacel ml.	PVPI Degomante ml					
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.					
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico					
	Lasix amp.	Saco coletor					
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml					
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml					
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml					
	Revivan amp.	Sonda					
	Stuptanon amp.	Sonda folley					
02	Cefalexina 1g - celexina 750mg	Sonda Nasogátrica					
		Sonda Uretral nº					
		Sterydrem ml					
		Torneirinha					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml					
02	Agulha desc. 25 x 7 40x12	Gelcon 18					
	Agulha desc. 28 x 28	Latese					
	Agulha desc. 3 x 4,5						
01	Agulha p/ raque nº 26						
	Álcool de Enfermagem						
01	Álcool Iodado ml						
	Ataduras de Crepon 15cm						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						
				EQUIPAMENTOS			
				(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar		
				() Serra	(X) Eletrocautério		
				() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo		
				(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor		
				() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico		
CIRCULANTE RESPONSÁVEL							





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

Nome do Paciente <i>Bruna Leusa</i>		Nº Prontuário <i>1693307</i>	
Data da Operação <i>24/07/18</i>	Enf.		Leito
Operador <i>Dr. Andreus</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Hukman (MR3)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Everson (MR3)</i>	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura úmero proximal E</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>Ø</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1) ~~Paciente com fratura de omoplata~~

2) Assepsia e antissepsia, colocação de camos estêreis

3) Incisão com cur. delto-gutural (E) + drenagem por plasma + hemostático

4) Redução com fio de FX + compressas Com placa elástica pl. e torniquete proximal 3F + pontos curativos, não encurta

5) Lavado de FO com SF + redução da hemorragia

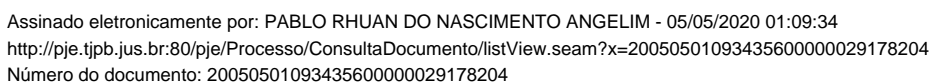
6) Sutura por plasma

7) Curativos

Dr. Everton Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9900

Mod 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



23/07/2018

Profructuário: 16.933.07

1-Dita livre

2-Dipirone 1g VO 2x dca SN

3 - five meters

4-SBY 2 CCGG
S-Pore to Nucleus

Good W.

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

fixarívius provincial E

Forite 10-4.

Base, steel, & nickel

CS: VPR

Dr. Eiler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

~~Jucilene dos Santos Silva~~
~~COREN-PB 958.700-TE~~

DATA = 23-07-18

HO RA = 08:30

$$P_A = 100 \times 70$$

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE

DATA-2307-18

HORA: 20:00

110 x 70



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
22/03/18	08:00	-	-	-	120/80		<p>PT com sono, 1 evoluindo para em 8 dias grau 2,5 sem sinais de desidratação nem sinais de desidratação nem sinais de desidratação</p>	
22/03/18	20:00	-	-	-	120/80		<p>PT com sono, 1 evoluindo para em 8 dias grau 2,5 sem sinais de desidratação nem sinais de desidratação nem sinais de desidratação</p>	

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fronteira 93304

Paciente	Bruna luisa
----------	-------------

Alojamento

Leito

Prontuário: 1693307

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/07/2018	<p>1- Dieta livre.</p> <p>2- Fisioterapia motora.</p> <p>3- Omeprazol 40mg + Diluente IV /Jejum <i>cb</i></p> <p>4- Dipirona 1g 06/06H + AD IV 06/06H <i>12 06 2x cb</i> <i>Resumo</i></p> <p>5- CCGG + SSVV</p> <p>6- Tilatil 20mg + AD IV 12/12H S/N</p>		<p><i>VPM, estável, sem dor</i></p> <p><i>CD: VPM</i> <i>Aguarda cirurgia</i></p> <p><i>Dr. Euerlan Mota</i> <i>MR Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM-PB 9555</i></p>

MOD. 035



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



ORTOP 1
LEITO 10-4

BRUNA LUSIA

21/07/18
Pne 171 1603307

- 1 DIETA LIVRE
- 2 DIPIRONA 1g VO SE DOR
- 3 FISIO MOTORA
- 4 SSVV + CCGG

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

FX UMEROS PROXIMAL E

LEITO 10-4

#ORTOPEDIA# DIH: ____

BFC, anest. 11 diluente

<OLVPA
Agenda cirurgia

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

21/07/18 09:50
PA = 110x70 P = 93

Bate consentido e orientado
e queixas a respeito da
saúde e cuidados da
enfermagem.

21/07/18 21:40

PA = 120x80 P = 96
Bate segue as
da enfermagem.

Verificar
COREN-PB 2011





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



BRUNA LUISA
PRONT. 1693307

20-07-18

ORTOP 1
LEITO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

- 1 DIETA LIVRE ~~PARA HAS~~
- 2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H
- 3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM
- 4 FISIO MOTORA ✓
- 5 SSVV + CCGG ✓
- 6 TILATIL 20MG + AD IV 12\12H **SIN**

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

#ORTOPEDIA# DIH: ____

BGG, estel, sem interconsulta
CD: V P 4

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Jucilene dos Santos Silva
CRM-PB 9907-700-ATA = 20-07
HORA = 08:55
P.A. = 100x70
Jucilene dos Santos Silva
CRM-PB 9907-700-ATA = 20-07
HORA = 20:00
P.A. = 110x70





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:

DN:

PRONT. Nº:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO:

ALTA:

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

19/07 08:00

2. Resultado dos principais exames

PA= 120x80

3. Evolução e complicações

Segu aguardando
cirurgia mas quiza
dar, medicada c.p.h

4. Terapêutica realizada

21:00
PA= 100x80

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

Campina Grande, ____ de ____ de ____

Responsável pelo resumo



Phantasia: 569329 J

59107158

4-0-7

3-Distalium

2-Diphenylg, VO, 6/6H (Cair parent) ~~18~~ ~~18~~

3-5216

4 - DXX α ' γ γ + ω γ γ γ JFA + SFJS η γ γ , EV, J2/J2H ~~2~~
5 - SSVV + CCCG

CS-Vm
✓ Recursion

For good, or riding

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9307

Dr. Eulio Fabricio A. Cruz
MR. ORGEBIM - TRANMIOGSA
C.R.M.-P.B. 9907





RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:	DN:	PRONT. N°:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO:	ALTA:	

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)	
2. Resultado dos principais exames	
3. Evolução e complicações	
4. Terapêutica realizada	
5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)	
6. Orientações médicas para pacientes / egresso	

7. Condições de alta	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> Óbito
	<input type="checkbox"/> Transferido para:		

Campina Grande, ____ de ____ de ____	Responsável pelo resumo
--------------------------------------	-------------------------

MOD. 024

BRUNA LUSIA

PROUT. 1693291

18.07.18

ok on

Jo-H

Com paciente

BSC, atual, e indicações

cy: unu

1

2

Dr. Eiler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9007

4) glic

5) Dextro-15 + 5F 15-2

IV 12.11.18

12

24

1

Dr. Eiler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9007

P.N. 100x60

18/07/18

08:00 hrs

Lara Natheilly Q. A. Crispim
GOREN-PB 1282534-TE

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



URUP I
LEITO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

Paciente: Bruno Lopes Lourenço.
nº 10712018. Renf: 1603291.

- 1 DIETA LIVRE ~~PARAFARMAS~~ etc
- 2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H 24 06
- 3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM ATT
- 4 FISIOTERAPIA ATT
- 5 SSVV + CCGG ATT
- 6 TILATIL 20MG + AD IV 12/12H 24
- 2 - Saleo volingado. ATT
- 8 - Dexametasona 0,154 + SF 15ml
IV 12/12H (24)

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MEDICO
CRM-PB 9907

DATA = 17-07-18
HORA = 20:06
P.A. = 100 x 69

Jucileide dos Santos Silva
COREN-PB 998.700-TE

#ORTOPEDIA# DIH: ____

BBB, 24x24 x 24x24
CON PM

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MEDICO
CRM-PB 9907

17.07.2018

14h + 36°C 120 x 80

Paciente mantido febre medicada
evoluí sem sintomas no momento
medicada conforme prescrição
a ser dada quando necessário
surgeiro

Katia Siqueira
COREN-PB 998.700-TE





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



Bruno Lima
Pront. 1693291

ORTOP
LEITO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

1 DIETA LIVRE ~~PARANAS~~

2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM

4 FISIO MOTORA

5 SSVV + CCGG

6 TILATIL 20MG + AD IV 12/12H

7 gelo

8 Desmoterone JFA + SF 15ml IV 12/12h (leito)

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

DATA - 16-07-18

HORA - 09:00

P.A = 110 x 70

Paciente consciente
orientada medicada
e segue aos
cuidados de enfermagem

DATA - 16-07-18

HORA - 19:00

P.A = 100 x 70

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 998.700-TE

#ORTOPEDIA# DIH: ____

BEG, atencional, sem intercorrências

CD: VPM

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 998.700-TE



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
							<p>12/04</p> <p>1) Dieta Hum</p> <p>2) Fe/cp 2x100mg às 13</p> <p>3) Diurese 1x100mg às 08:00</p> <p>4) Desemparado 1x100mg às 08:00</p> <p>5) Diurese 1x100mg às 08:00</p> <p>6) Desemparado 1x100mg às 08:00</p> <p>7) Diurese 1x100mg às 08:00</p> <p>8) Desemparado 1x100mg às 08:00</p> <p>9) Diurese 1x100mg às 08:00</p> <p>10) Desemparado 1x100mg às 08:00</p>	

Diagnóstico

Or top. I

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Print: 1693307

for inner max. @

Paciente	Bruna Luiza Souto	Alojamento	10	Leito	4	Convênio	
----------	-------------------	------------	----	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/07	(1) Ditoa Lume. (2) Jolco Salento N318 (3) Dipione 1g + m37 ev 6/6h (4) Pexantona 10g + 15ml SP ev 12/12h (5) Dilitil 20mg + ABN ev 12/12h (6) Ompronal 40mg + alufato ev a fim (7) Estanol Dablu. (8) SSVV + CCG.	ck 24/06 24 24 06 KAKA ATT	# Admissões Transfe v. fura de Cesta de moto e/turnos em outros pontos de + deficiente em outros Rq ci fo omos pop. e, Demat Negt Alugios. Cd. Interns pl cirurgia. Solicito ps. op. Imobiliz. m.

MOD. 035





**Poder Judiciário da Paraíba
2º Juizado Especial Cível
Comarca de Campina Grande**

Av. Vice Prefeito Antônio Carvalho de Sousa , s/n, Liberdade, Campina Grande-PB, CEP: 58410-050

Número do Processo: 0808010-08.2020.8.15.0001

AUTOR: BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA:

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

**ATO ORDINATÓRIO –
AUDIÊNCIA VIDEOCONFERÊNCIA**

Nos termos das Resoluções CNJ nº 105/2010 e 313/2020 que disciplinam a documentação dos depoimentos por meio do sistema audiovisual e realização de interrogatório e inquirição de testemunhas por videoconferência, com respaldo no art. 405, §§ 1º e 2º, do Código de Processo Penal, e artigos 236, § 3º, 385, § 3º, 453, § 1º e 461, § 2º do Código de Processo Civil, intimo a(s) parte(s) interessada através de seu (suas) Advogado(a)(s) constituído (a)(s), para participar Tipo: Conciliação, Instrução e Julgamento Sala: VIDEOCONFERÊNCIA - Data: 22/09/2020 Hora: 08:40 , nos presentes autos, devendo o advogado constituído encaminhar para a parte autora/promovida o link da reunião/audiência virtual agendada.

A audiência virtual será realizada pelo aplicativo Zoom us. Baixe gratuitamente o aplicativo em seu computador ou celular e acesse, no horário da audiência, pelo seguinte link:

2 JEC CIVEL está convidando você para uma reunião Zoom agendada.

Tópico: 0808010-08.2020.8.15.0001
Hora: 22 set 2020 08:40 AM Recife

Entrar na reunião Zoom



<https://us04web.zoom.us/j/71990976042?pwd=b3M4OHBRW03cGcrL0F5T3h2aDlLZz09>

ID da reunião: 719 9097 6042
Senha de acesso: 6 Q g N J 8

Campina Grande-PB, 12 de agosto de 2020

De ordem, ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]





Poder Judiciário da Paraíba
2º Juizado Especial Cível
Comarca de Campina Grande

Processo nº 0808010-08.2020.8.15.0001

DESTINATÁRIO(A): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
R SENADOR DANTAS, 74, 15 andar, - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

Tipo: Conciliação, Instrução e Julgamento Sala: VIDEOCONFERÊNCIA - Data: 22/09/2020 Hora: 08:40

REMETENTE:

UNIDADE JUDICIÁRIA: 2º JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE

RUA: AV. VICE PREFEITO ANTÔNIO CARVALHO DE SOUSA, S/N

BAIRRO: LIBERDADE

CIDADE: CAMPINA GRANDE-PB

CEP: 58410-050

PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

Processo nº 0808010-08.2020.8.15.0001

AUTOR: BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

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



CARTA DE CITACÃO E INTIMAÇÃO - VIDEOCONFERÊNCIA

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 2º Juizado Especial Cível de Campina Grande, fica Vossa Senhoria devidamente **CITADO(A)** por todos os atos do processo acima mencionado, e nos termos das Resoluções CNJ nº 105/2010 e 313/2020 que disciplinam a documentação dos depoimentos por meio do sistema audiovisual e realização de interrogatório e inquirição de testemunhas por videoconferência, com respaldo no art. 405, §§ 1º e 2º, do Código de Processo Penal, e artigos 236, § 3º, 385, § 3º, 453, § 1º e 461, § 2º do Código de Processo Civil, intimo a(s) parte(s) interessada através de seu (sua)s Advogado(a)s constituído (a)s, para participar Tipo: Conciliação, Instrução e Julgamento Sala: VIDEOCONFERÊNCIA - Data: 22/09/2020 Hora: 08:40 nos presentes autos, devendo o advogado constituído encaminhar para a parte autora/promovida o link da reunião/audiência virtual agendada, **ficando advertido(a), desde já, que não comparecimento importará REVELIA, reputando-se verdadeiras as alegações do(a) autor(a) e, em JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE**, consoante art. 20, da Lei nº 9.099/95 e 355 do Código de Processo Civil, podendo na oportunidade apresentar resposta, oral ou escrita, e produzir provas documentais ou testemunhais, nos termos ao art. 455 do Código de Processo Civil.

A audiência virtual será realizada pelo aplicativo Zoom us. Baixe gratuitamente o aplicativo em seu computador ou celular e acesse, no horário da audiência, pelo seguinte link:
https://us04web.zoom.us/j/71990976042?pwd=b3M4OHBROW03cGcrL0F5T3h2aDILZz09

ID da reunião: 719 9097 6042
Senha de acesso: 6QgNJ8

Campina Grande-PB, 12 de agosto de 2020

De ordem, ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ E DOCUMENTOS DO PROCESSO ACIMA MENCIONADO ACESSE O LINK:
<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20050501093049400000029178194
Petição - DPVAT	Outros Documentos	20050501093177900000029178196
DOC 1 - Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação	20050501093203100000029178197
DOC 2 - Fisioterapia	Documento de Comprovação	20050501093229600000029178198
DOC 3 - RADIOGRAFIA	Documento de Comprovação	20050501093277300000029178199
Documentos	Procuração	20050501093305200000029178200
Protuário Hospitalar-otimizado_1	Informações Prestadas	20050501093336100000029178201
Protuário Hospitalar-otimizado_2	Informações Prestadas	20050501093381900000029178202
Protuário Hospitalar-otimizado_3	Informações Prestadas	20050501093435600000029178204
Protuário Hospitalar-otimizado_4	Informações Prestadas	20050501093471500000029178205
Protuário Hospitalar-otimizado_5	Informações Prestadas	20050501093520800000029178206
Ato Ordinatório	Ato Ordinatório	20081211402946600000031718894
Mandado	Mandado	20081211402946600000031718894

