



20/04/2021

Número: **0807290-41.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **15/04/2020**

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	
ALAN PEREIRA BARBOSA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42028767	20/04/2021 14:32	Petição	Petição
42028771	20/04/2021 14:32	2750478_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
42028776	20/04/2021 14:32	2750478_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036342

Vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALAN PEREIRA BARBOSA

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 15407614

Pag. 01523/01524 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036342

Vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALAN PEREIRA BARBOSA

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 dos punhos

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: **ALAN PEREIRA BARBOSA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **00000544404-2**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01573/01574 - carta_15R - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

003042320704.088.144-62

ALAN PEREIRA BARBOSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

RIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 27/2020, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 9 de janeiro de 2020, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, às 08:30 horas, compareceu o Sr. Alan Pereira Barbosa, portador da cédula de identidade nº 4 137.652 Seds/PB, CPF nº 704.088.144-62, brasileira, natural de Boqueirão/PB, solteiro, com 21 anos de idade, filho de José Sérgio Pereira e de Joelma Barbosa Pereira, Cobrador, residente à (no) Sítio Pedra D'água, Área Rural de Caturite - PB, o qual notificou que, No término da tarde do dia 27 de julho do ano de 2019, por volta das 17:30 horas, se conduzia na motocicleta marca Honda/ CG 150 FAN ESI, cor vermelha, placa NQE 1047/PB e chassi nº 9C2KC1670BR544680, cadastrada em nome de José Flávio da Silva, saindo do trabalho, sentido a sua residência supracitada e, ao chegar próximo ao Mercadinho da Srta. Cícera ali existente, ao tentar livrar um veículo que encontrava-se parado no meio da pista, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde foi submetido aos procedimentos cirúrgicos, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 9 de janeiro de 2020.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Alan Pereira



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 003042320704.088.144-62 CPF da vítima: 704.088.144-62 Nome completo da vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: ALAN PEREIRA BARBOSA CPF: 704.088.144-62
Profissão: RECUSO Endereço: SIT. PEDRA D'ÁGUA Número: S/N Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CATURITE/PB Estado: PB CEP: 58455000
E-mail: Tel. (DDD): (83) 9805.6654

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

REDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 544404 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 22/01/2020
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
ÁRID ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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:	03/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALAN PEREIRA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000544404-2

Nr. da Autenticação 74A08234A106AE44



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via do boleto

Regras para sempre pagar corretamente na rede elétrica de energia elétrica

Nº 036.648.382



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.163 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.023-0

DADOS DO CLIENTE

JOELMA BARBOSA PEREIRA
SIT PEDRA D'AGUA S/N
CATURITE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/89581-3

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

04/01/2020

CONSUMO

84

VENCIMENTO

10/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 33,52

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 10439.608174 6 81300000003352				
Pagador: JOELMA BARBOSA PEREIRA CNPJ/CPF: 055.219.294-52				
SIT PEDRA D'AGUA S/N - AREA RURAL - CATURITE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010439608	000089581202001	10/01/2020	R\$ 33,52	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/04/2021 14:32:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042014321364600000040000764>

Número do documento: 21042014321364600000040000764

06/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 06/08/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 151850

DATA DA CIRURGIA: 06/08/2019

Número do Atendimento: 1953576 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 10 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA

Data da Internação: 27/07/2019

Atendimento: 1953576

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE ESCAFÓIDE ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: *0 memo*

Cirurgia: FIXACAO PERCUTANEA

Data da Cirurgia: 06/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLÁVIO

Anestesista: ANTONIO RAFAEL SODRE CAMPOS DE ALMEIDA

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Atto: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
4. PASSAGEM DE FIO GUIA SOB ESCOPIA;
5. OSTEOSÍNTESE PERCUTÂNEA COM PARAFUSO DE HERBET SOB ESCOPIA;
6. CURATIVO + TALA LUVA.

Data 06/08/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

[Handwritten signature]


Euler Fabricio Alves Cruz



27/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data da Internação: 27/07/2019 Hora: 19:16:32

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCIPIENTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE ALAN PEREIRA BARBOSA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1953576	
7 - CARTÃO DO SUS 704807023194142		8 - DATA DE NASCIMENTO 10/04/1998	
9 - SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOELMA BARBOSA PEREIRA		11 - TELEFONE DE CONTATO 83 997290587	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO PEDRA D'ÁGUA, 0, ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Caturité		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250435	15 - UF PB
		16 - CEP 58455000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doença crônica</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Neoplasia de Glândula Tireoide</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Metastases</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Metastases</i>			
21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA 27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNE () CPF 9800162362856	
29 - Nº DO DOCUMENTO (CNE/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 9800162362856		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/07/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM-PB 045.3	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 36 - () ACIDENTE OUTRO 37 - Nº DO EXPLANTE 38 - SÉRIE 39 - CNPJ DA EMPRESA 40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - CÉDULA 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR 45 - DOCUMENTO () CNE () CPF 46 - Nº DO DOCUMENTO (CNE/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

10.1.1.148/projetohtcg/imprimirinternamento.php?contar=1853576

1/1



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Alan Pereira Barbosa</u>		NN: <u>10/04/98</u>		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		<u>SUS</u>	<u>21a</u>	<u>1953527</u>	
CIRURGIA <u>Amigdalotomia e fixação de</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Gismarques + Dr. Euler</u>		
ANESTESIA <u>Eq. de relax. Profundo</u>			ANESTESIA <u>Dr. Rafael</u>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
<u>Flávia</u>		<u>06/08/19</u>	<u>13:35</u>	<u>14:40</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	<u>01</u>	Calel. p/ Oxy.		Calgut cromado Serlix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Serlix
	Diazepam amp.	<u>05</u>	Compressa Grande		Calgut cromado Serlix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Calgut Simples Serlix
	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Serlix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Serlix
	Fenlanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml	<u>01</u>	Equipo de Macrogol		Ethibond
	Mercurina	<u>01</u>	Equipo de Macrogol		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix
	Proligimine amp.	<u>015</u>	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido lfm	<u>015</u>	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Queflich ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	<u>01</u>	Mononylon
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix
	Oxalona amp.	<u>01</u>	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serlix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serlix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serlix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	<u>01</u>	Oxigênio lfm		
	Glucon de Cálcio amp.		Polidix		
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SGROS
	Kanaklon amp.	<u>015</u>	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	<u>01</u>	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hiperotérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cetalaolona 1g		Sonda Nasogátrica		
			Sonda Uretral nº		
			Sterydrem ml		
			Tomeirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Lalese		
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque nº	<u>05</u>			
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Aladuras de Crepon locum				
	Aladuras de Gesseda				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
			EQUIPAMENTOS		
			() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar	
			() Serra	() Eletrocautério	
			() Desfibrilador	() Oxímetro	
			() Foco Frontal	() Cardiomonitor	
			() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico	
			CIRCULANTE RESPONSÁVEL		
			<u>Renan 250730</u>		



**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0044

Hospital: Hospital de ... Código: _____Procedimento: Cirurgia de ... Cód. Procedimento: _____Paciente: ...Data da Cirurgia: 20/08/2021 Nº prontuário: 5953524 Convênio: _____Cirurgião: ... Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso Cortical - Titânio - 2.0			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	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.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

DR. EULIO FABRÍCIO A. CRUZ
CRM-PR 50547
R. ORTODONTIA, TRAUMATOLOGIA

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/04/2021 14:32:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042014321364600000040000764>

Número do documento: 21042014321364600000040000764

Num. 42028771 - Pág. 12



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Alan Pereira Barbosa

PRONTUÁRIO: 632

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

EXAME SOLICITADO: Rx Braço e Antebraço @ pp/rp.
Rx Mão @ pp/obloguo

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 27/07/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:



04/08/19 - 08hs - PA: 130x80

Paciente em EGR, consciente e orientado, com jejum
salinizado, sem queixas de dor no momento.
Segue aos cuidados de enfermagem.

Kelly Fernanda N. Mota
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PA 599.638

04/08/19 20h PA: 130x80 mmHg

Paciente estável, sem queixas até o
momento - M.C.P. 01

Valeria



datasai=2019-08-04&contar=1953576&IDC=34127

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/08/2019

Horas: 11:09:40

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

MÉDICA

DADOS DO PACIENTE

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DIH - 8

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 04/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 00
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

ATA: 04/08/2019 HORA: 11:09:34

ORTOPEDIA FT DE ESCAFOIDE E Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

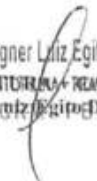
COM TALA GESSADA

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo

ASSINATURA: 
Wagner Luiz Egito De Araujo



ATÓRIO- ALAS



AVC <input type="checkbox"/>		JEJU <input checked="" type="checkbox"/>	06/08
NA <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA		
ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENCES		
MOGRAFIA	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA		
<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
APLICA			
COREN:			

4700 – Malvinas
58.432-809
spitalregionalcg@hotmail.com
01-60

Regata Thais de O. Guimarães
COREN-PB 150.463-ENF
July



06/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-06&contar=1953576&IDC=34801

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/08/2019

Horas: 15:44:58

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

OK **PRESCRIÇÃO MÉDICA****DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DIH - 10

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 06/08/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h SE DOR	24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, S/N	24
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 06/08/2019 HORA: 15:44:16

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RX DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz
Dr. Euler Fabricio A. Cruz
CRM-PA 8297

D - 05 - 08 - 19
H - 08:00
P.A - 120x80

Paciente consciente
orientado em relação
de data e hora,
circunscrito e seguro
nas condições da
exatidão.

Juciene dos Santos Silva
COREN-PR 558740-TE

D - 05 - 08 - 19
H - 20:00
P.A - 120x80

Juciene dos Santos Silva
COREN-PR 558740-TE



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alan Pereira Barbosa Registró: 0 Leito: 2 Setor Atual: UTIP 1

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:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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 () Cifelo.



pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()
 Drogas vasoativas: () Quais?
 Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção 16/08
 Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
 Alimentação: ☒ 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: ☒ Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
 Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;
 Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: ☒ Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:
 Coloração da pele: ☒ 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 ☒ Parcialmente dependente. Observações:
 Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória.
 Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 16/08/19 HORA: 10:00
 Mariana Thais de O. Guimarães
 SOFREN-PB 150463-ENF

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





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM						
NOME: ALAN PEREIRA Barbosa						
IDADE: 31 anos	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 às : h				
SETOR: AMARELA		LEITO: 20				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:						
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:				
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:				
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:				
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:				
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>			
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>			
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PAREIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (IETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>			
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> NÁUSEA					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO				CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:	
<input type="checkbox"/>					CD/FR:	
<input type="checkbox"/>					CD/FR:	
<input type="checkbox"/>					CD/FR:	
					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
					FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL						
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA			
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.						
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.						
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.						
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).						
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.						
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.						
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.						
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).						
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.						
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.						

MOD 125



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nam Antônia Registró: Leito: 1012 Setor Atual: Q1115.1

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:

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:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (X) 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 () Chelo.





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		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		1
TOTAL DE PONTOS:		8

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Alan Pereira Barbosa		Idade:	24	
Convênio:			Data:	06/08/19	
Procedimento:	Tto cirurgico e fixação de E				
Cirurgião:	M. Camarero	Auxiliar:	M. Eulen	Anestesista:	M. Rafael
Início:	13:30	Término:	14:40	Anestesia:	Proprio

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

NO. 163



05/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-05&contar=1953576&IDC=34480

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/08/2019

Horas: 11:36:15

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DIH - 9

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 05/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	24
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h SE DOR	24
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, S/N	24
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	24

EVOLUÇÃO

DATA: 05/08/2019 HORA: 11:36:07

ORTOPEDIA FT DE ESCAFOIDE E Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

COM TALA GESSADA

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ASSINATURA / CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo
CRM 8926



07/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-07&contar=1953576&IDC=35100



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/08/2019

Horas: 12:40:12

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DHI - 11

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 07/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h SE DOR	
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, S/N	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 07/08/2019 HORA: 12:39:27

ORTOPEDIA FT DE ESCAFOIDE E Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD: ALTA HOSPITALAR: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H, DIPIRONA 1G VO 8/8H CASO DOR

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA / FCM 24101.0004
CRM - PB 8926



07/08/2019

HTCC-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0001-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/08/2019

Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03

NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA

Data da Internação: 27/07/2019

Data da Alta: 07/08/2019

Registro: 1953576

Tempo de Permanência: -18105

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

FR RSW FUI LU

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 03/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM MÃO ESQUERDA, COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H, DAPIRONA 1G VO 8/8H CASO DOR

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 07/08/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito De Araujo



MOO 129



31/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-07-31&contar=1953576&IDC=32823

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/07/2019

Horas: 11:23:45

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DI - 4

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 31/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	OK
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 10/6
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 31/07/2019 HORA: 11:23:23

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - RUA...
C.R.M./PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



01.08.19 08hA PA: 120x80.

*Receituário, com o valor em dinheiro
indicado e p.m. liquidado em quitação.*

Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811-TE

01.08.19 20hA PA: 120x80


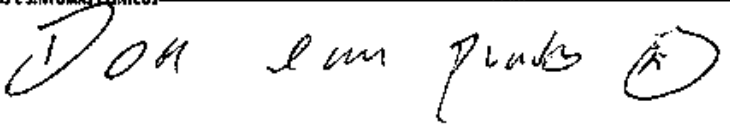
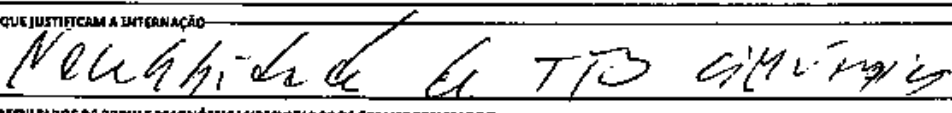
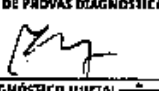
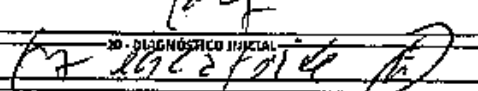
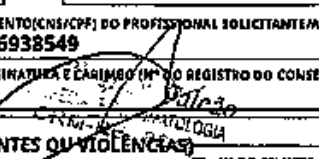
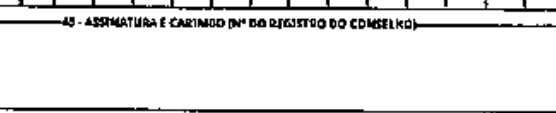
Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811-TE



27/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data da Internação: 27/07/2019 Hora: 19:16:32

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
ALAN PEREIRA BARBOSA		1953576	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
704807023194142	10/04/1998	Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
JOELMA BARBOSA PEREIRA		83 991290587	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
SÍTIO PEDRA D'ÁGUA, 0, ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO	15 - UF
Caturité		250435	PB
		16 - CEP	58455000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	
	02	(X) CNS () CPF	
		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		980016296938549	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
WAGNER DE MELO FALCAO		27/07/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAVEJO
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BULHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CHAE DA EMPRESA	41 - CNOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

10.1.1.148/projetohtcg/impreinternamento.php?contar=1953576

1/1



03/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-03&contar=1953576&IDC=33818

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/08/2019

Horas: 12:01:25

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DIII - 7

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 03/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	52 58 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	52 24
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 03/08/2019 HORA: 12:01:13

ORTOPEDIA FT DE ESCAFOIDE E Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

COM TALA GESSADA

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926



03/08/19

Sat 94%

Fe = 82

PA → 150 x 90

T = 36,5

Paciente realizado SSu
noo AVP jico 22
medicado em segu-
aguardando cirurgia
ortopedica aos cuidados
de enfermagem

Maria Helena Gonçalves
Coron. PM 215.150 - 16

03/08/19

PA = 140 x 90

P = 72

T = 36

Paciente medicado
aos cuidados de
enfermagem

Maria Helena Gonçalves
Coron. PM 215.150 - 16



Fele: (☒) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculat cardíaca: (☒) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção 03/08/19

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (☒) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese. Data: / /

Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Gatronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: / /

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: (☒) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (☒) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: () 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 () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

(☒) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

paciente com fratura MSD e problemas de pele
requerendo cuidados

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 05/08/19 HORA: 9:00

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome:	Registrd:	Leito:	Setor Atual:
Sinais vitais: Tax: °C: P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %			
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm	Dor: () Local:	Obs.:	
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:			

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA	
Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro	
GLASGOW(3-15):	
Drogas (Sedação/Analgésia):	
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mídricas () Mídráticas	
Mobilidade Facial: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:	
Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.	
Obs:	
OXIGENAÇÃO	
Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T	
() VMI () VMI 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:	
Gaseometria 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.	

Pele: (☒) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquosa.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()

Ausculata cardíaca: (☒) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSZ Data da punção: 03/08/19

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (☒) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: (☒) Completa () Incompleta () Prótese. Data: / /

Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: : :

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: (☒) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: (☒) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: (☒) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /

Drano: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente (☒) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

(☒) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:

(☒) Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 03/08/19 HORA:

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



Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo.

Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção 31/07/19

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: ☒ Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: ☒ 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: ☒ Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ☒ Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: ☒ 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 ☒ Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado ☒ Cadeira de rodas ☒ Outro:

SONO E REPOUSO

☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

5 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:

☒ Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

6 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo: Assinatura do Enfermeiro: DATA: 02/08/15 HORA:

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



27/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-07-27&contar=1953576&IDC=31692

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 19:25:23

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DI - 0

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 27/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	00 0/6
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	00
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 19:18:09

DOR EM PUNHO E APÓS ACIDENTE DE MOTO.

CD: INTERNAÇÃO
SOL. PRÉ-OPDr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao

07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-07-28&contar=1953576&IDC=31904

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/07/2019

Horas: 10:31:22

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DI - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 28/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	18 08 02
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	14 02
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/07/2019 HORA: 10:31:12

ORTOPEDIA

2 DIH

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 6512

95.7.19

PA: 111/70

P: 58

Recd. por em causa
Obrigações, Recd. CPA
Ag. Cirurgia — s. Recd.



29/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-07-29&contar=1953576&IDC=32202

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/07/2019

Horas: 10:28:12

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

10

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DI - 2

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 29/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

10601

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	12/18 21/06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

TA: 29/07/2019 HORA: 10:27:54

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

30/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/mpripevo.php?datasai=2019-07-30&contar=1953576&IDC=32495

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/07/2019

Horas: 10:59:41

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DI - 3

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 30/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	520
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA. 6h/6h	12 18 24 30
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 30/07/2019 HORA: 10:59:35

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ODONTOLÓGICO
Cirurgião da Coluna
CRM/PB 5523



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DE ARTEFATO DE IDENTIFICAÇÃO

V-00
P-900



Suelio Moreira Torres
ASSINATURA DO TITULAR

Bonfina

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ESTADO DA PARAÍBA

Scanned by CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.137.652

DATA DE
EXPEDIÇÃO

18/12/2012

NOME
ALAN PEREIRA BARBOSA

FILIAÇÃO
JOSÉ SÉRGIO PEREIRA
JOELMA BARBOSA PEREIRA

NATURALIDADE

BOQUEIRÃO-PB

DATA DE NASCIMENTO

10/04/1998

DOC ORIGEM

NASC.N. 3946 FLS. 141VS LIV. A 5
CARTORIO CATURITI - PB

CPF

704.088.144-62

João Pessoa - PB

ASSINADO

JOÃO MOREIRA TORRES
CHEFE DO DEPARTAMENTO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº

DE 29/08/83

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/04/2021 14:32:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042014321364600000040000764>

Número do documento: 21042014321364600000040000764

Num. 42028771 - Pág. 46

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036342 **Cidade:** Caturité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 27/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFÓIDE ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO 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 PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1/3/16_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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030723/20

Vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA

CPF: 704.088.144-62

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALAN PEREIRA BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALAN PEREIRA BARBOSA : 704.088.144-62

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 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: 22/01/2020
Nome: ALAN PEREIRA BARBOSA
CPF: 704.088.144-62

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ALAN PEREIRA BARBOSA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08072904120208150001

BRDESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALAN PEREIRA BARBOSA**, 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 REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA
DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante da ausência do boletim de atendimento médico.

Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, bem como autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital onde foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.



DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES SOBRE O SINISTRO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial os DOCUMENTOS MÉDICOS.

Conforme se verifica nos documentos médicos, não ficou devidamente comprovado que as lesões aduzidas sejam decorrentes do sinistro noticiado, isto se observa uma vez que inexistem nestes documentos qualquer menção ao acidente ou até mesmo quanto ao socorro prestado.

Portanto, para que não pairasse qualquer dúvida sobre a autenticidade dos documentos médicos apresentados aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital, no qual foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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.



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,

CAMPINA GRANDE, 16 de abril de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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

