



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_A_nexo_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,

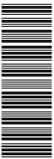
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15407614

Pag. 01523/01524 - carta_01 - INVALIDEZ

00030762





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: 003072320704088.144-62 CPF da vítima: Alan PEREIRA BARBOSA 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) 8805.6654

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) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 544404 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 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 22/10/2020
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, conseqüentemente, 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) 8805.6654

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
 RECLUSO 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 | AGÊNCIA: | CONTA: |
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 nascituro (val nascer)? Sim Não | Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos:

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 da vítima/beneficiário (declarante): Alan Pereira Barbosa

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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, ARIO 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 cartão

Requisitos para sempre pagar online na nota fiscal: conta de energia válida Nº 036.648.382



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50711-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Insc. 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	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	04/01/2020	84	10/01/2020	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				



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			
1 - 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 ENCIANTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856			
5 - 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 Nº RESIDENCIAL 83 997290587			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO PEDRA D'ÁGUA, 0, ZONA RURAL							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Caturité				14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250435		15 - UF PB	
						16 - CEP 58455000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="font-size: 2em; text-align: center;"><i>Doa em 19/07/19</i></p>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;"><i>Acabado de 60 dias cirúrgico</i></p>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;"><i>OK</i></p>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;"><i>Intoxicação</i></p>		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 02		28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF		29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016236938549	
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 3453	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - () CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
37 - Nº DO EMBLÊMA		38 - SÉRIE		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ DA EMPRESA	
41 - CIDR		42 - VENCIDO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> REEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNES () CPF		47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

0044

Hospital: Hospital de ... Código: _____Procedimento: ... Cód. Procedimento: _____Paciente: ...Data da Cirurgia: 26/08/2021 Nº prontuário: 5953527 Convênio: _____Cirurgião: ... Código: _____ Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso Cortical - 4.0 mm - 120			

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. EULER FÁBIO A. CRUZ
R. ORTODONTIA - TRAMATOSON
CRATO - CE - 2021

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





GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA - J.A. DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISICÃO DE EXAME

NOME:

Alan Pereira Barbosa

PRONTUÁRIO: 632

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

RESERVA
DE
MATERIAL
EXAMINAR

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO: Rx Braço e Antebraço @ AP/P.
Rx Mão @ AP/Oblíquo

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

RESPOSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



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

Pte em EGR, consciente e orientado, com febre
salinizada, 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
Pte estável, sem queixas até o
momento - M.C.P. 02

Valeria



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 DIH1 - 8
 Clínica: 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	<i>12 18 24 00</i>
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>12 24</i>
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: *[Handwritten Signature]*
 Wagner Luiz Egito De Araujo





VITÓRIO- 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
spitairegionalcg@hotmail.com
01-60

*Renata Thais de O. Guimarães
COREN-PR 150.463- ENF
July*





GOVERNO DA PARAÍBA

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	TENOXCAM 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
OR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PS 8297



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

Paciente consciente
orientado sem queixa
de dor aguda,
cirurgia e segu-
ras unidades da
região

Juciene dos Santos Silva
COREN-PR 858330-TE

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

Juciene dos Santos Silva
COREN-PR 858330-TE



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Manoel Pereira Barbosa Registró: 10 Leito: 2 Setor Atual: UTIP 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: Consciente (Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outr

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 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:

Gesometria 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 () Cifelo.





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: ALAN PEREIRA <i>Barbosa</i>					
IDADE: 21 anos	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / 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"/>	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (IETA)	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.				
<input type="checkbox"/>	AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).				
<input type="checkbox"/>	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.				
<input type="checkbox"/>	POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.				
<input type="checkbox"/>	MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				
<input type="checkbox"/>	MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).				
<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 Azeite Registró: _____ Leito: 1012 Setor Atual: Q111b.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: 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 cmH2O

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

PERCEÇÃO 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 () 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 Anestesiologista
SUELIO MOREIRA TORRES
4180

[Handwritten signature]

Assinatura do anestesiologista



05/08/2019

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

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/08/2019

Horas: 11:36:15

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO DA PARAÍBA

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

Clinica: 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 08
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
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
CRM 788 8926



07/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.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	TENOXCAM 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 242010634
C.R.M. PB 89226



07/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

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: 58432-809 Data: 07/08/2019

Boletem 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 FUSO FURTO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 03/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiata:

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





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <i>Dom Pereira Barbosa</i>			
IDADE: <i>21</i>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h	
SETOR: <i>Ampla</i>		LEITO: <i>10</i>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>Fx. Escala</i>			
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"/>
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
ST. GAS. 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 checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR: <i>procedimentos invasivos</i>
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL			CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO			CD/FR:
<input type="checkbox"/> NÁUSEA			CD/FR:
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			CD/FR:
<input type="checkbox"/>			CD/FR:
<input type="checkbox"/>			CD/FR:
<input type="checkbox"/>			CD/FR:
<i>Barbara Albuquerque V. Araújo</i> COREN-PB 538.571-ENF			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<i>10 20</i>	<i>Barbara Albuquerque V. Araújo</i> COREN-PB 538.571-ENF
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.		<i>MTN</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO		<i>sempre</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<i>contínuo</i>	

MOD 125



31/07/2019

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



GOVERNO DA PARAIBA

30

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

Clinica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E OK

DIA 31/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues / e

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 108
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...
 CLÍNICA DA COLUNA
 LRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



01.09.19 08hA PA: 120x80.

*Adiantos, com o intuito de
mediar o c.p.m. liquidim quivos.*

Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811-TE

01.09.19 20hA PA: 120x80

Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811-TE



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 EXECUTANTE 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 Nº DE TELEFONE 83 991290587		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO PEDRA DAGUA , O , ZONA RURAL					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Caturité		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250435		15 - UF PB	16 - CEP 58455000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Don em prado (A)</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Neuquidade e TTB c/medic</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>my</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>(A) AVC isquêmico (A)</i>		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 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549		
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) <i>Falcao</i>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BULHETE	38 - SÉRIE
			39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE 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		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				



03/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.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

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

DIA 03/08/2019

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	52 58 27 08
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	52 27
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
ORTOPEDEIA TRAUMATOLOGIA
C.R. - P.S. 8926



03/08/19

Sat 94%

FE = 82

PA → 150 x 90

T = 36,5

Paciente realizado SSM
noo AVP juco 22
medicado em segu-
aguardando cirurgia
ortopedica aos cuidados
de enfermy

Maria Helena Gonçalves
Crono PB 219.150 - 11

03/08/19

PA = 140 x 90

P = 72

T = 36

Paciente medicada
aos cuidados de
enfermy

Maria Helena Gonçalves
Crono PB 219.150 - 11



Fele: 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: MSP 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

pacientes com fratura M5 e fratura de tala quando cirurgia

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

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: *Wagner* Registro: *10.2* Letto: *40.2* Setor Atual:

Sinais vitais: Tax: °C: P: bpm: FR: lpm: PA: mmHg: FC: bpm: SP02: %

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/Analgesia):
 Pupilas: Isocóricas Anisocóricas D>E E>D Fotorreagentes Mídricas Midrícticas

Mobilidade Facial: Preservada Paralisia Plegia Parestesia Local:
 Linguagem: () Qual? Distonia Afasia Distasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMI n° VMI TOT n° Comissura labial n° 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 de inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:
 Geometria 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 () Aquecida.

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

Drogas vasoativas: () Quais?

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

Cateter vascular: Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção: 21/02/19

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:

4- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 21/02/19 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

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 19:25:23

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao



GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Handwritten signature

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	OO 0/6
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	OO
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-OP

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao

Handwritten signature
Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643



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+

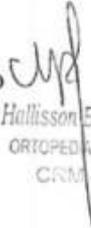
CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Hallisson Barros De Almeida


 Hallisson Barros De Almeida
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 0510


99.7.19

PA: 111/70

P: 58

Recd. por em concessão
Obrigações, Mult. CP
Ag. Cirurgia — s/Recd.



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 /

0601

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 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



30/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.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

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

9 5

DIA 30/07/2019

10

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
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

RESOLUÇÃO

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
 DR. SCHUBERT COSTA
 RESIDÊNCIA EM ORTOPIEDIA
 CLÍNICA DA COLUNA
 CRM/PB 5523



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DE ARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-00
P-900



Suelio Moreira Torres
ASSINATURA DO TITULAR

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 CATURIMA - PB

CPF

704.088.144-62

João Pessoa - PB

ASSINADO

JOÃO MOREIRA TORRES
CHEFE DO DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL



LEI Nº

DE 29/08/83

Scanned by CamScanner

Allan Pereira

DETRAN
CONTRAN

DETRAN - PB Nº 9670302116
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

1ª 39705799-8 00700000000 2012

JOSE FLAVIO DA SILVA

01183814402 CNPJ NOE2164/PE

NOME ANT. VEICULO 9C2KC1670BR544680

PAS/MOTOCICLETA NAOP APLIC ALCOOL/GASOL

HONDA/CG 150-FAN EST 2011 2012

CAR/149/CI PARTIC VERMELHA/NANTE

IPVA (DADO EM) 24/04/2012 VENC. COTAS

I	1*
P	2*
V	3*
A	

PREMIO TARIFARIO (R\$) SEGURO PAGAR 24/04/2012

SEM RESERVA DE DOMINICÓES

BOQUEIRAO - PB 02/05/2012

35351 36170

PB Nº 9670302116 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01183814402 CNPJ NOE2164/PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9670302116 02/05/2012

01183814402 CNPJ NOE2164/PE

39705799-8 ALCOOL HONDA/CG 150-FAN EST

2011 2012 9C2KC1670BR544680

PRÊMIO TARIFARIO

AAA A A A (R\$)	AA B B B B B (R\$)	CAAAA B B B B B (R\$)
PREMIO BILHETE (R\$)	SEGURO	PAGAR
PAGAMENTO		24/04/2012
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

36170 CNPJ: 09.248.608/0001-04



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

Data do acidente: 27/07/2019

CPF: 704.088.144-62

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALAN PEREIRA BARBOSA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

ALAN PEREIRA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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

Processo n.º 08072904120208150001

BRADESCO 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 pare 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 indenitória 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 apresentarem 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

