



Número: **0809514-49.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **09/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AREDA FILHO (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37970 448	17/12/2020 11:45	<a href="#">Petição</a>	Petição
37970 652	17/12/2020 11:45	<a href="#">2752399_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
37970 655	17/12/2020 11:45	<a href="#">2752399_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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

---

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200063429**

**Vítima: JOSE AREDA FILHO**

**Data do Acidente: 20/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE AREDA FILHO**

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 15482157

Pag. 00087/00088 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200063429**

**Vítima: JOSE AREDA FILHO**

**Data do Acidente: 20/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE AREDA FILHO**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE AREDA FILHO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000000374**

Conta: **0000033701-2**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00959/00960 - 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: 0051679120 CPF da vítima: 467.306.804-15 Nome completo da vítima: Jone Anada Filho  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jone Anada Filho CPF: 467.306.804-15  
Profissão: Pileiro Endereço: FAV. VELHA Número: SIN Complemento:  
Bairro: Centro Cidade: Guimarães Estado: PB CEP: 58475-000  
E-mail: Tel (DDD): 33/98805.6654

DADOS CADASTRAIS

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)  
 Bradesco (237)  Itai (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: (0374) CONTA: (33901) (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 **assinale 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 (vai 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: João Pessoa, 06/02/2020  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Jone Anada Filho*

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





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00309.01.2019.1.05.101**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00309.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:46 horas do dia 20 de dezembro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **José Arêda Filho**, conhecido(a) por José, CPF nº 467.306.804-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Sebastiana Januário e José Arêda Filho, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 19/03/1955 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Fazenda Velha, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo da Fazenda Clóvis, na cidade de Queimadas/PB.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Fazenda Velha, nº S/N, Via Pública, Próximo da Fazenda Clóvis, Queimadas/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 28/08/19 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa), **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias), Art. 129, § 1º, Inc. II do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Perigo de vida).

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, UF: PB, características gerais: Veículo Não Identificado (motocicleta)


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO SE DESLOCAVA A PÉ NAS IMEDIAÇÕES DO "SÍTIO MASSAPÉ" NO LOCAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI ATROPELADO POR TRÁS E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR COM GRAVIDADE POR UM OUTRO VEÍCULO EM ALTA VELOCIDADE E DE CARACTERÍSTICAS, PLACA E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADOS QUE SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE, SENDO QUE O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES DE EMERGÊNCIA E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PERTINENTES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

**ADENDO(S):**

Que na data 22/01/2020, à(s) 07:45 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A DATA CORRETA DO ACIDENTE É VINTE DE AGOSTO DE 2019 (20/08/2019) AS SEIS HORAS DA MANHÃ (06.00).. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

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

  
Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00309.01.2019.1.05.101

1/2



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

Lucena/PB, 22 de janeiro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação  
Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

JOSÉ ARÊDA FILHO

Noticiante



Procedimento Policial: 00309.01.2019.1.05.101

2/2



# 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: 0051679120 CPF da vítima: 467.306.804-15 Nome completo da vítima: Jone Anada Filho  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jone Anada Filho CPF: 467.306.804-15  
Profissão: Pileiro Endereço: FAV. VELHA Número: SIN Complemento:  
Bairro: Centro Cidade: Oeiras Estado: PB CEP: 58475-000  
E-mail: Tel (DDD): 8998805.6654

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)  
 Bradesco (237)  Itai (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0374 CONTA: 33901 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 **assinale 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 (vai 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: São Paulo, 06/02/2020  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Jone Anada Filho  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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





# ITAÚ - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341                   AGÊNCIA: 0477                   CONTA: 000000078857-4

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE AREDA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00374

CONTA: 000000033701-2

---

---

Autenticação:

2ECCF9FE09100A2820241D66FBB0F546BF2C774ACA0C9D83C4D5415DB37B91EC



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da rede fiscalizada de energia elétrica Nº 004.591.581



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs  
Campina Grande / PB - CEP 58433-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.803.839-1

## DADOS DO CLIENTE

MARIA SUELY DE SOUZA  
FAZ VELHA 0000 SN  
QUEIMADAS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/97287-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2019	09/09/2019	113	16/09/2019	R\$ 82,81

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/09/2019				
Pagador: MARIA SUELY DE SOUZA CNPJ/CPF: 796.994.724-72				
FAZ VELHA 0000 SN - AREA RURAL - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
2957450000359797	000097287201909	16/09/2019	R\$ 82,81	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				





Número do Prontuário: 155632

DATA DA CIRURGIA: 12/09/2019

Número do Atendimento: 1972315 Clín: ORTOPEDIA I / Enf: I / Lei: 1

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE AREDA FILHO

Data da Internação: 20/08/2019

Atendimento: 1972315

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Diagnostico Pós-Operatório: *o mesmo*

Cirurgia: LMC + REPOSICIONAMENTO DE FIXADOR

Data da Cirurgia: 12/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: ADNRÉ

Anestesista: ROBERIO MARINHO ALVES

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL. HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. LIMPEZA MECANICO-CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
4. REPOSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO.
5. CURATIVO.

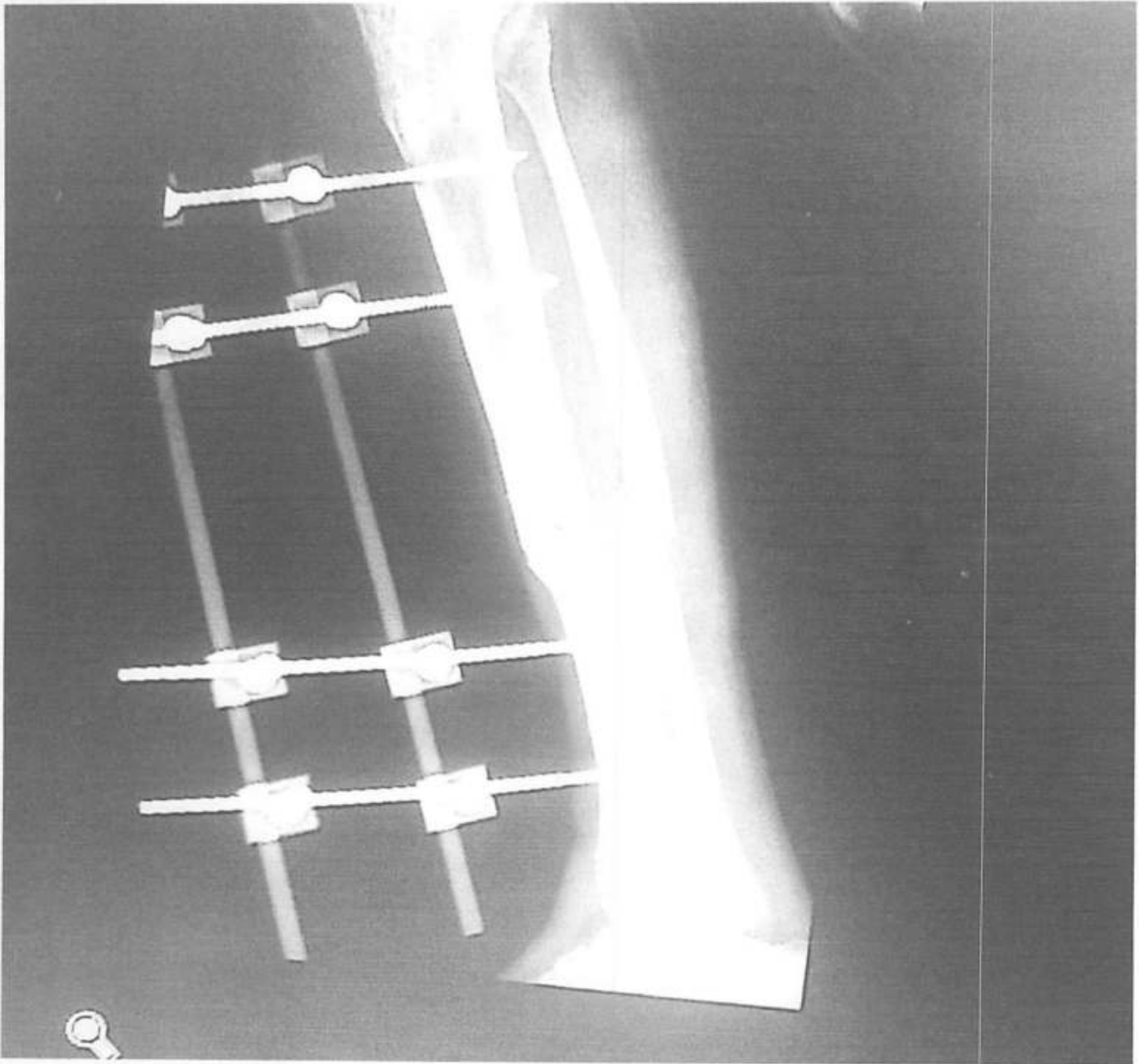
Data 12/09/2019

Assinatura/Carimbo  
Euler Fabricio Alves Cruz

*Euler Fabricio A. Cruz*  
DR. Euler Fabricio A. Cruz  
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PE 2007



José Areda



21/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. CNPJ: 08.778.268/0038-52 Data: 21/08/2019



Número do Prontuário: 155632

DATA DA CIRURGIA: 21/08/2019

Número do Atendimento: 1972315 Clín: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 6

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE AREDA FILHO

Data da Internação: 20/08/2019

Atendimento: 1972315

Diagnostico Pré Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA

Data da Cirurgia: 21/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 AMPLIAÇÃO DA FX EXPOSTA PUNTIFORME

05 LMC COM 10 SF 0,9%

06 REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR

LINEAR

07 LAVADO DE FO COM SF

08 SUTURA

CURATIVO

Data 21/08/2019

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz E de Araujo





# MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

0090

Hospital: Hospital de Jussara Código: \_\_\_\_\_Procedimento: Substituição de prótese de quadril Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_Paciente: Jose Maria FilhoData da Cirurgia: 20/08/19 Nº prontuário: 1972282 Convênio: \_\_\_\_\_Cirurgião: M. L. L. Código: \_\_\_\_\_  Reposição  Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Lote: 010938 Código: F08 2 109 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEFIX FEMUR T 350 - ESTERIL Fab. 11/01/2019 Val.: 01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO  Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.625-0001-00 - Bjo Claro: SP Tel: +55 19 3536-1910 info@sartoriind.br			

## 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 Fabricio A. Cruz*  
 CRM: 123456789  
 R. ...

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



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	CIRURGIA	ANESTESIA	INSTRUMENTADORA
Yone Andre Farias	Sala 04 SUS	AN 1910311955	64 anos	1970282	DR. Wagner Jang	DR. Rafael	FIM 24:30
DATA	INÍCIO	DATA	INÍCIO				
08-08-19	07:50	08-08-19	07:50				
<b>MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS</b>							
01	Adrenalina amp.						
01	Atropina amp.						
01	Diazepam amp.						
01	Doxalina amp.						
01	Etrano ml						
01	Fenegan amp.						
01	Fentanil ml						
01	Inova ml						
01	Ketalar ml						
01	Meperidina amp.						
01	Midazolam amp.						
01	Propofol amp.						
01	Protaxolol amp.						
01	Quecilon ml						
01	Rapifen amp.						
01	Thionex ml						
01	Tracrion amp.						
01	Água Destilada amp.						
01	Diclon amp.						
01	Flaxidol amp.						
01	Flebocorid amp.						
01	Geramicina amp.						
01	Glicose amp.						
01	Glucosol amp.						
01	Haemacel ml						
01	Heparina ml						
01	Kanazon amp.						
01	Laxix amp.						
01	Medrolazol						
01	Pasil amp.						
01	Proliamina						
01	Revivan amp.						
01	Sufamazon amp.						
01	Cetuxima 1g						
01	Sonda Nasogástrica						
01	Sonda Uretral nº						
01	Steridrem ml						
01	Tornelima						
01	Vaselina ml						
01	Gelecon 18						
01	Látex						
01	Agulha desc. 28 x 28						
01	Agulha desc. 25 x 40 x 10						
01	Agulha desc. 3 x 4,5						
01	Agulha p/ raque nº 25						
01	Alcool Iodado ml						
01	Alcool de Enterragem						
01	Alcool Iodado ml						
01	Alinduras de Crepon						
01	Alinduras de Gessada						
01	Azul metileno amp.						
01	Benzina ml						
<b>MATERIAIS / SOLUÇÕES</b>							
01	PVPJ Topico ml						
01	PVPJ Degemante ml						
01	Polidix						
01	Oxigenio l/m						
01	Luvas 8,5						
01	Luvas 8,0						
01	Luvas 7,5						
01	Luvas 7,0						
01	Lamina de Disturi nº 15						
01	Lamina de Disturi nº 11						
01	Lamina de Disturi nº 20						
01	Intracath Infantil						
01	Intracath Adulto						
01	H.O. ml						
01	Gase Pacote c/ 10 unideses						
01	Furacim ml						
01	Esparadrapo Larco cm						
01	Equipo de PVC						
01	Equipo de Sangue						
01	Equipo de Macrogolias						
01	Equipo de Macrogolias						
01	Dreno Pezzer nº						
01	Dreno Perosse nº						
01	Dreno Kerr nº						
01	Dreno						
01	Colonoide						
01	Compressa Pequena						
01	Compressa Grande						
01	Calbl. De Urinar Sist. Fech.						
01	Calbl. p/ Oxyg.						
01	Bolsa Colostoma						
<b>FIOS</b>							
01	Calgut cromado Serlix						
01	Calgut cromado Serlix						
01	Calgut cromado Serlix						
01	Calgut Simplex Serlix						
01	Calgut Simplex Serlix						
01	Calgut Simplex Serlix						
01	Cera p/ osso						
01	Ethibond						
01	Ethibond						
01	Ethibond						
<b>SOROS</b>							
01	SG Normotermico fr 500 ml						
01	SG Gelado fr 500 ml						
01	SG Hipertermico fr 500 ml						
01	SG Ringer fr 500 ml						
01	SG fr 500 ml						
<b>ORTESE E PROTESE</b>							
01	Material para Ortese						
<b>EQUIPAMENTOS</b>							
01	Oximetro de Pulso						
01	Foco Auxiliar						
01	Eletracultero						
01	Serra						
01	Desfibrilador						
01	Foco Frontal						
01	Cardiomonitor						
01	Perfurador Elétrico						
<b>CIRCULANTE RESPONSÁVEL</b>							
Luz Gouzeno							

Lote: 010915 Codigo: J08 2 209  
 SISTEMA DE TRILHAÇÃO OCSA  
 SARTORI - LANTIX PEXER T  
 150 - ESTERIL  
 Fsb.: 17-01-2019 Val.: 01-2024  
 Registro Anvisa Nº: 80693450031  
 Material ACO ENOX ALUMINIO  
 Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
 CNPJ: 04.861.673/0001-00 - Rio Claro/SP  
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.com.br

Lote: 011095 Codigo: AF35 6 680  
 PINO INSTRUMENTAR OSSO - R  
 X C X 4,5 X 300 X T  
 Fsb.: 11-01-2019 Val.: 01-2024  
 Registro Anvisa Nº: 80693450026  
 Material ACO ENOX 7138  
 Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
 CNPJ: 04.861.673/0001-00 - Rio Claro/SP  
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.com.br

GOVERNO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAIBA  
 Hospital de Emergência e Trauma Dom Lutz Gouzeno Fernandes

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

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

Assinatura do anestesista







*Cirurgião*

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Paula Almeida Lima</i>	Idade: <i>64 anos</i>
Convênio: <i>SUS</i>	Data:
Procedimento: <i>maternidade cirurgica</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Wagner R.</i>	Auxiliar:
Anestesista:	
Início: <i>22:50</i>	Término: <i>00:30</i>
Anestesia: <i>loquor</i>	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
<i>00:50</i>	<i>55x75</i>		<i>98%</i>	<i>Rita</i>	-	<i>consciente</i>
<i>01:45</i>	<i>90x58</i>	<i>77</i>	<i>94%</i>	<i>Silvana</i>	-	<i>consciente</i>
<i>02:40</i>	<i>90x53</i>	<i>85</i>	<i>98%</i>	<i>Adriana</i>	-	<i>consciente</i>
<i>03:30</i>	<i>!</i>	<i>84</i>	<i>97%</i>	<i>Luciana</i>	+	<i>consciente</i>

Medicamentos/Materiais	Quantidade
<i>Emp. novo 4.2</i>	
<i>maquina para o tubo da</i>	
<i>circucao</i>	

Observações:

*4h30 - Paciente agitada, realizada a imobilização e colocação da monitorização SSV. 20*

Assinatura Anestésista: *[Signature]*

Circulante:





GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente		Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria	
José Araújo Filho		1972315			1.1	1	
Data	Hora	Paciente EGB, Vermelho, Normotensão, sem queixa. Potência condutivo em MID, uso de prótese externa na tibia D (haste). Conduta: Alongamentos de Cervical, MMSS e MMII. Piroterapia: Exercício de desflexão planta hemolateral 3x30. Tripliflexão MRE: Exercício de associação de quadril E. 3x30. Exercício Mielimotomático Tenozelo p.e. 3x30. Exercício ativo resistido para movimento de adução de quadril e 3x30. Exercício de flexão extensão de ombro 3x30. Paciente Colaborativo, sem queixa e apresenta edema em Tenozelo D sem presença de sinal de coágulo. Ad. Atividade Motor. Nuno	Data	Hora	Paciente em EGR, contactante, colaborativo, normotensão, com presença de edema em MMII (coágulo), gague de joelho, DM relatou dor, ADM preservada, presença curativo em MID e uso de prótese externa na tibia D. Conduta: mobilizações articulares, alongamento de Tenozelo, mobilização passiva de quadril, exercício de pério extensão de ombro MMII atese omitido, exercício resistido para pério plantas D+E, paciente realiza exercício de Tuna respiratória em redestaca com fôlego e extensão de ombro, foi realizado alongamento quanto ao braço posterior. Ad. fúndio Sinal de, Alívio da Smb. Lema, faquele m. m. p. Pares. dilar, foi Rescudo o de Rescudo.	04/09/21	M.
		Maria Medeiros FISIOTERAPEUTA CREFITO 203585-F					
			D.T. Camilla Ribeiro FISIOTERAPEUTA CREFITO 253484-F				





EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria	
Jose Auda Filho		0	Ortopedia I		1	1	
Data	Hora		Data	Hora			
05.09.19	N	Paciente Normotencido, Normotenso, FC Sobpm FR. 18/min. Sem queixa de dor. Conduta: Alongamentos Iniciais de MMSS e cervical. Exercício ativo ativo de tripus flexão bilateral mento. Exercício ativo resistido de dorsiflexão plantar; Exercício ativo resistido de Abdução e Adução de quadril a Ponte unipedal E; Aproximamento biline unipedal E. Todos os exercícios com 3 séries de 10 repetições, nos níveis intencionalmente durante a conduta. - Obs: Paciente incentivado-se sem cursivos e sob uso de prótese de fêmur protótipo D. Acad. Adrielle de Mendonça.	09/09/19	Tardi	Paciente em EGR, eupneico, consciente, responsivo, colaborativo, normotencido, estável de peso, pressão arterial média, estável no leito com edema em M.D. Conduta: Mobilização passiva bilateral no sentido corno-corno e bilateral; Exercício ativo livre de flexão de quadril de M.D.; Exercício de dorsiflexão e flexão plantar de M.D. com resistência do m.m. da Turquia (3x6); mobilização melatoxopomero (2 min); Trabalho livre de M.E. com resistência do m.m. da Turquia (3x8); Exercício ativo de abdução e adução com quadril e joelho semi flexão (45°) com resistência do m.m. da Turquia (3x5). E/Cherney.		
		AED: José Pontassilva Frazuel					

MOD. 012



**EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA**

Paciente		Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria
José André Filho		992315	Quinta		3	4
Data	Hora					
15/09	Terde	<p>Paciente em EGR, supnóico, normocrado, agitado no leito, orientado, consciente, sem presença de edema e com pontos de referência em MED. Conduta: Mobilização de passivos e metabólicos em MED e MIE (1 min); Flexão plantar e dorsiflexão em MED (3x10); Tríplice flexão ativa-assistida em MED e ativa livre + imposição de resistência em MIE (3x10); Abdução de quadril bilateral ativa livre (3x10); Ponte com apoio bipodal (2x5). Conduta piramidal com intencionalidade. Ad. Sarah, Alina C de Freitas Brito.</p>				
11-09-19	Terde	<p>Paciente em EGR, supnóico, normocrado, agitado, orientado, consciente, sem presença de edema, com pontos de referência em MED. PAI: 170x110 mmHg Sat 90% FC 121 bpm FR 24ir CA: exercício respiratório (livre), não foi possível, por isso o atendimento porque a PA do paciente não normalizou. PA final 160x100 mmHg. Ad. Valcissa Amanda Dias.</p>				



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECC</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		Nome: <i>Roberto José Anacleto Filho</i>			IDADE: <i>69</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>B</i>
TIPO SANGÜÍNEO: <i>B<sup>+</sup></i>	PRESSÃO ARTERIAL: <i>110/70</i>	PULSO: <i>80</i>	RESPIRAÇÃO: <i>11</i>	TEMPERATURA: <i>36,6</i>	PESO	ALTURA	
HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÉRIA	UREIA	OUTROS		
URINA	AP. RESPIRATÓRIO			ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATORIO				ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: <i>fratura do osso da perna</i>					ESTADO FÍSICO: <i>AHA I</i>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA							
APLICADA				AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO		
LÍQUIDOS					Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/>		
CÓDIGOS VP - ARTERIAL - O PULSO - O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO					Laringo espasmo: <input checked="" type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/>		
					Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>		
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES					Outros: _____		
					MANUTENÇÃO		
POSIÇÃO					<i>Proceder 15mg Propofol. 2mg Atarax. 2-3L Epineph 0,1</i>		
AGENTES					ANESTESIA SATISF <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
TÉCNICA					Não, por quê? _____		
OPERAÇÃO					DESPERTAR		
CIRURGIÕES					Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/>		
ANESTESISTAS					Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____		
OBSERVAÇÕES					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATORIAS E PÓS-OPERATORIAS.					Outros: _____		
					Com cânula: _____		
					Paro o Leito Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
PERDA SANGÜÍNEA					CONDIÇÕES:		



C. P. ...

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

**GOVERNO DO PIAUÍ**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Gozi, Areda Filho DN. 19/03/1955

CI: — LEITE: Sala 03 CONVÊNIO: SUS IDADE: 64a. REGISTRO: 1972282

CIRURGIA: RMS em HI @ CIRURGIÃO: Dr. Waldemar + R2 Oxirben

ANESTESIA: Popui ANESTESIA: Dr. Robério

INSTRUMENTADORA: — DATA: 12/09/1 INÍCIO: 10:40 FIM: 10:50

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catel. p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	01	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimofe amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Lorazepam amp.		Lotonoxice		Catgut Simples Sertix	
01	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	<del>—</del> % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protilgmine amp.	+ S	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Queflicin ml	Q.S	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	02	Mononylon 20	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	<del>—</del> amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	+ C	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	Q.S	PVPI Degemante ml			
	Heborema ml.		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Q.S	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Profamina	01	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	p/ lavagem
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda iúctey	Qtd.	URÍESE E PRÓIESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogática		+ H. Lavagem	
			Sonda Uretral nº		+ um punho de oxigênio	
			Sterydrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Rolona 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latesa		EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 3 x 4,5	Q.S	<del>—</del>		(X) Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
01	Agulha p/ raque nº 25				( ) Serra	( ) Electrocautério
	Alcool de Enfermagem				( ) Desfibrilador	(X) Oxícapigrafo
Q.S	Alcool Iodado ml				(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
	Ataduras de Crepon				( ) Fonte de Luz	(X) Perfurador Eléctrico
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

*Milena*

MOD 066



 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		  GOVERNO DA PARAÍBA		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE <b>REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>	
NÚMERO DO CADASTRO   2   3   6   2   8   5   6   1 - CPF   2     0   8   7   7   8   2   6   8   0   0   3   8   5   2   2 - CNPJ							
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700 BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)							
PACIENTE: JOSE AREDA FILHO				Identidade: 16710012		Idade: 064	
ENDEREÇO: SÍTIO FAZENDA VELHA				PRONTUÁRIO: Nº 1972315			
BAIRRO: ZONA RURAL							
DADOS CLÍNICOS: ,				MATERIAL A EXAMINAR: ,			
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) ,							
Campina Grande - PB 04/09/2019 Hora: 08:56:26				 Médico: Wagner Luiz Egito de Araujo			

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		  GOVERNO DA PARAÍBA		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE <b>REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>	
NÚMERO DO CADASTRO   2   3   6   2   8   5   6   1 - CPF   2     0   8   7   7   8   2   6   8   0   0   3   8   5   2   2 - CNPJ							
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700 BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)							
PACIENTE: JOSE AREDA FILHO				Identidade: 16710012		Idade: 064	
ENDEREÇO: SÍTIO FAZENDA VELHA				PRONTUÁRIO: Nº 1972315			
BAIRRO: ZONA RURAL							
DADOS CLÍNICOS: ,				MATERIAL A EXAMINAR: ,			
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) ,							
Campina Grande - PB 04/09/2019 Hora: 08:56:26				 Médico: Wagner Luiz Egito de Araujo			





AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Jose Aredo Filho IDADE: 64 SEXO: m
IMC: PROCEDÊNCIA: PROFISSÃO: 31 DATA: 24/08/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

SINTOMAS:

- Cefaláia, Dispnéia de esforço, Palpitações, Dor Precordial, Relacionada: ( ) Esforço, Tontura, Grande, Média, Tosse Seca, Típica, Emoções ( ) Frio, Sincopse, Pequena, Ortopnéia, Expectoração, Atípica, Pós-prandial

Comentários:

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- Hipertensão Arterial Sistêmica ?, Diabetes Mellitus N, Arritmias, Hipertensão Pulmonar, Insut. Cardiaca Congestiva N, Insuf. Renal, DPOC ( ) Outros, Insuficiência Coronariana N, Aguda ( ) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- Alergia a Medicamentos: ?, Etilismo, Dislipidemia, ( ) Cirúrgico ?, Tabagismo, Sedentarismo, Outros

Medicamentos em uso ( ) Não X Sim mox sobre os membros

4 - EXAME FÍSICO:

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

Cardiovascular - Comentários: RCR, RT, D13

FC.: 82 b.p.m PA.: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários:

Abdômen - Comentários:

Membros Inferiores - Comentários:

5 - E.C.G.: R. sinusol, BRD, ZEI inferior

Ex. Laboratoriais: hg. 11,7

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Dra. Inara Queiroz Barbosa Cardiolgista CRM- PB 5463 - RQE 3024

Ass. do Médico





ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: *paciente em abstinência alcoólica, epuante  
tenderosa + hipertensão. Medicada conforme prescrição.*

**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATEMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNEIA ( ) OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ( ) OUTRO	( ) DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( ) OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE Desequilíbrio Eletrolítico	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	<i>1 x dia</i>	( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		( ) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	<i>12/24h</i>	
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input checked="" type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	<i>Sempre</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	<i>1 x dia</i>	( ) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		( ) RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	<i>1 x dia</i>	( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>sempre</i>	
OUTRO:		

**9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)**

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

*Suelio*  
02.09.19



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Areda Filho Idade: 64 Sexo M Enf/Leito J-1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista (X) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: fx de osso da perna (D)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA. LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: (X) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALT. ÇÃO: (X) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO (X) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS.: \_\_\_\_\_

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO

ALIMENTAÇÃO: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM (X) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

localização anatômica da ferida; \_\_\_\_\_

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUI\* DO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO (X) CADEIA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

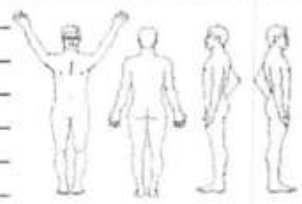
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
	160x11										SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: *Paciente faz uso de fisioterapia com MJD  
realiza curativo.*

**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNEIA ( ) OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ( ) OUTRO	( ) DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( ) OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	<i>1x dia</i>	( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		( ) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	<i>12/12/15</i>	
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	<i>1x dia</i>	( ) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		( ) RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>Atenção</i>	
( ) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>sempre</i>	
OUTRO:		

**9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)**

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO  
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO  
 TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRPIO NEUROLÓGICO  
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

*Gilson S. Raposo*  
 ENFERMEIRO  
 03.09.19



CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
 ANTI-BIOTICOPROFILAXIA  
 HEMOGRAMA  
 G + RISCO CIRURGICO

ASSISVATLRA  
 Wagner Luiz Egito De Araujo  
 C.R.M. - P. 09/8.925

PACIENTE VITIMA DE ATRÓPELAMENTO ESTA ALCOOLIZADO, APRESENTANDO FRATURA EXOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.  
 DATA: 20/08/2019 HORA: 20:44:59

EVOLUÇÃO

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 01FRASCO . 8h/8h	06
2	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 0D/14D Diluir em 50 ML SF	06
3	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML E.V. 03AMPOLA, 0D/14D Diluir em 50 ML SF	06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h	06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 12:12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 01SERINGA, 24h/24h 1ADM AS (2h)	06
7	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP. 8/8H CASO DOR	06
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	DECUBITO MUDANCA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

MEDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

DIA 20/08/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
 Data: 20/08/2019  
 Horas: 20:49:06  
 Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO DO PARANÁ



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/09/2019

Horas: 10:40:17

Médico(a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1972315 Paciente: JOSE AREDA FILHO Idade: 064 Sexo: M

Nome da Mãe: SEBASTIANA JANUARIO Data de Nascimento: 19/03/1955 Admissão: 20/08/2019 DIH - 22

Clínica: ORTOPEdia I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico:

DIA 11/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo / MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (dieta zero a partir de 00:00h)	
2	SORO RINGER COM LACTATÓ 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	
3	LEVOFLOXACINO 5 MG/ML 100 ML E.V. 1 E 1/2BOLSA, 7D/7D Diluir em APRESENTAÇÃO PRONTA PARA USO EM SG 5% 1 X AO DIA	17 18
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	18
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1/2FRA AMP. Reconstituir 4ML ABD, 12/12H	18
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 12/12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24/24h	
9	DIAZEPAM 10 MG V.O. 1COMP. 1X NOITE	
10	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. 1COMP. 12h	
11	ANLÓDIPINO 5 MG V.O. 1COMP, 1X AO DIA	
12	FUROSEMIDA 10 MG/ML 2 ML 1AMPOLA, 12/12H	
13	FISIOTERAPIA MOTORA	
14	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
15	DECUBITO MUDANCA	
16	CURATIVOS	

## EVOLUÇÃO

DATA: 11/09/2019 HORA: 10:32:28

##ORTOPEDIA##

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENF. ORTOPÉDICA, EM EGB,  
QUEIXAS.  
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.PRESENÇA DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA, COM  
COM PRESENÇA DE INFECÇÃO.

CD:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA: CARIMI  
Ana Maria Da Silva AnselmoGOVERNO DA PARAÍBA  
SEGUIR o trabalho  
o trabalhoGOVERNO DA PARAÍBA  
SEGUIR o trabalho  
KLIST PRÉ-OPERATÓRIO - ALAS

SETOR DE ORIGEM: Ortopedia I

NOME: Jose Arede Filho

PROCEDIMENTO: Repacificação Fixador

AVP: LOCAL: JELCO Nº: AVO  JEM

BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:  COM CLOREXIDINA  NÃO SE APLICA

RETIRADO:  PRÓTESE DENTÁRIA  ADORNOS  PERTENCES

ENCAMINHADO:  HEMOG  JUSG  TOMOGRAFIA  RESSONÂNCIA

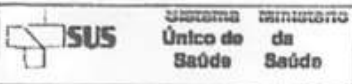
TERMO DE CONSENTIMENTO  NÃO SE APLICA

RESERVA DE HEMODERIVADO  NÃO SE APLICA

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_



Data da internação: 20/08/2019 Hora: 20:28:38



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	4 - CNES <b>2362856</b>

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE <b>JOSE AREDA FILHO</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1972315</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>705008262051853</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>19/03/1955</b>	9 - SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>SEBASTIANA JANUARIO</b>	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> Nº DE TELEFONE <b>93825282</b>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>SITIO FAZENDA VELHA, 0, ZONA RURAL</b>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Queimadas</b>	14 - CDD ZONE MUNICIPAL <b>254250</b>	15 - UF <b>RR</b>
16 - CEP <b>55475000</b>		

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
*Paciente com trauma na região de ombro direito.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
*Quebra do osso da om.*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
*RX de ombro e osso da om.*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
*Fratura do osso da om (D)*

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 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
**708505330609378**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
**WAGNER LUÍZ C DE ARAUJO**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
**20/08/2019**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

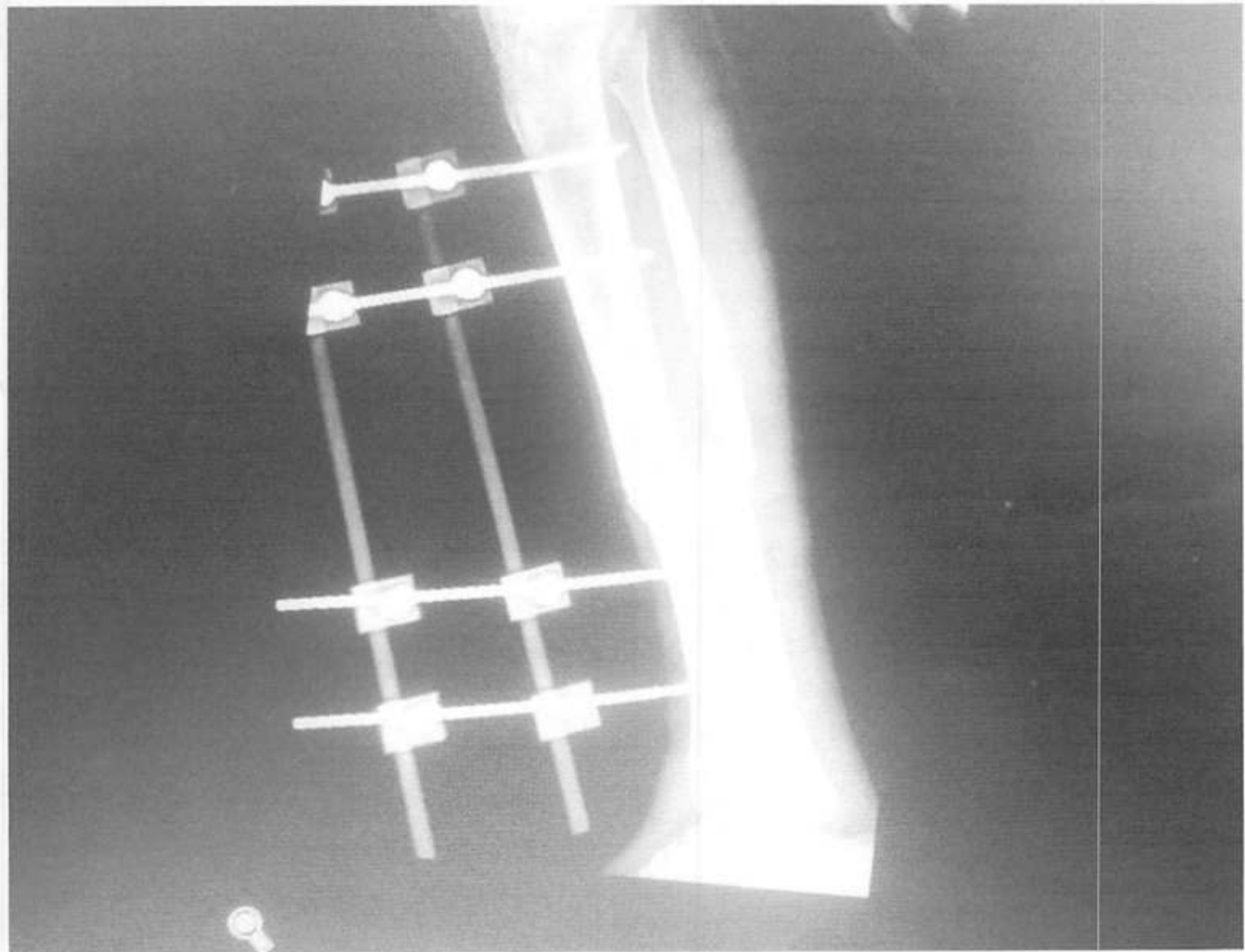
45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

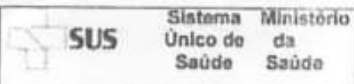




Scanned with CamScanner



Data da internação: 20/08/2019 Hora: 20:28:38



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	4 - CNES <b>2362856</b>

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE <b>JOSE AREDA FILHO</b>	6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1972315</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>705008262051853</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>19/03/1955</b>
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>SEBASTIANA JANUARIO</b>
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> Nº de Telefone <b>93825282</b>	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>SITIO FAZENDA VELHA, 0, ZONA RURAL</b>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Queimadas</b>	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF <b>251250 PB</b>
16 - CEP <b>58475000</b>	

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
*Painel com fratura exposta de ossos de punho direito.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
*Necessidade de tratamento cirúrgico.*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
*Exame físico + Exame de RX*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
*FR EXP. de ossos de punho (D)*

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>
28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>708505330609378</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>WAGNER LUIZ E DE ARAUJO</b>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>20/08/2019</b>

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAT DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	





13/09/2019

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: 13/09/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE AREDA FILHO

Data da Internação: 20/08/2019

Data da Alta: 13/09/2019

Registro: 1972315

Tempo de Permanência: -18129

Diagnóstico Inicial: 0408050500

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME FÍSICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: LMC + FIXAÇÃO EXTERNA

Data: 12/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + LOXONIN + DAPIRONA. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria Da S. Anselmo

MR. Ortopedia e Traumatologia

CRM 7325

Data: 13/09/2019

Assinatura/Carimbo

Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo





## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1972315    Paciente: JOSE AREDA FILHO    Idade: 064  
Nome da Mãe: SEBASTIANA JANUARIO    Data de Nascimento: 19/03/1955    Sexo: M  
Admissão: 20/08/2019 DIH - 24  
Clínica: ORTOPEDIA 1    Enfermaria: 1    Leito: 1    Diagnóstico:    Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO


DATA: 13/09/2019    HORA: 11:35:32

## ~ TOPEDIA ##

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENF. ORTOPÉDICA, EM EGB, CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNÉICO, SEM QUEIXAS, EM 1º DPO DE REPOSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. DE ACORDO COM ORIENTAÇÕES DE DR ELDIMAN, PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR.

### CD:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + LOXONIN + DAPIRONA.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA  CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
Méd. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: MG-16.710.012      DATA DE EMISSÃO: 19/12/20

Nome: JOSE AREDA FILHO

CPF: JOSE AREDA DA SILVA  
SEBASTIANA JANUARIO

RESIDÊNCIA: CAMPINA GRANDE-PB  
CAMPINA GRANDE-PB  
CAMPINA GRANDE-PB  
CIVIL: 467306804-15

PROFISSÃO: PII-2129

ESTADO CIVIL: 1. VIT

LEI Nº 7.118 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

2129-6




Jose Arede Filho

CARTERA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria de Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de inscrição  
467.306.804-15

Nome  
JOSE AREDA FILHO

Nascimento  
19/03/1956



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200063429 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE AREDA FILHO **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 10/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA( PAG.01)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO ( DESBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO )E ALTA MÉDICA ( PAG.02)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200063429 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE AREDA FILHO **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 10/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA( PAG.01)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO ( DESBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO )E ALTA MÉDICA ( PAG.02)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051679/20

**Vítima:** JOSE AREDA FILHO

**Data do acidente:** 20/08/2019

**CPF:** 467.306.804-15

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE AREDA FILHO

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### JOSE AREDA FILHO : 467.306.804-15

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020  
Nome: JOSE AREDA FILHO  
CPF: 467.306.804-15

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020  
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA  
CPF: 068.954.516-92

\_\_\_\_\_  
JOSE AREDA FILHO

\_\_\_\_\_  
VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08095144920208150001

**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 **JOSE AREDA FILHO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

#### DO LAUDO PERICIAL

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

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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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

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

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



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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 15 de dezembro de 2020.

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

