



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
37970 448	17/12/2020 11:45	Petição
37970 652	17/12/2020 11:45	2752399_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02
37970 655	17/12/2020 11:45	2752399_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:44:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711445881200000036216622>
Número do documento: 20121711445881200000036216622

Num. 37970448 - Pág. 1



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, 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, contados 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 n° 15482157



Pag 00087/00088 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711445990100000036216976>
Número do documento: 20121711445990100000036216976

Núm. 37970652 - Pág. 1



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, 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, retorno 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





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: 005.1679120	CPF da vítima: 467.306.804-15	Nome completo da vítima: José Andrade Filho	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: José Andrade Filho	Endereço: Faz. VELHA	CPF: 467.306.804-15	Número: 515
Profissão: Relevo	Complemento: Centro	Cidade: Guamádo	Estado: PB
Bairro: Centro	CEP: 58475-000	E-mail: 13998805.6654	Tel. (DDD): 13998805.6654

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0374** CONTA: **33904** **(2)**
(informar o dígito se existir) CONTA: **33904** **(2)**
(informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IML que atende 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai 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.

MORTE INVALIDEZ PERMANENTE Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa, 06/02/2020	TESTEMUNHAS
	Nome:	1º Nome: _____	
	CPF: _____	CPF: _____	
			Assinatura
		2º Nome: _____	Assinatura
		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 RÔGO, 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.





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



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 MASSAPÊ" 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 POLICIA 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 fé.

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

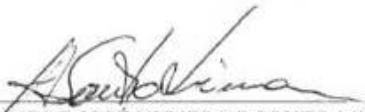
1/2



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

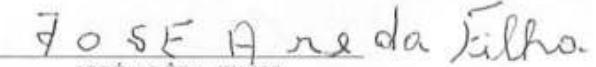


Lucena/PB, 22 de janeiro de 2020.


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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711445990100000036216976>
Número do documento: 20121711445990100000036216976

Num. 37970652 - Pág. 5



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: 005.1679120	CPF da vítima: 467.306.804-15	Nome completo da vítima: José Andrade Filho	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: José Andrade Filho	Endereço: Faz. VELHA	CPF: 467.306.804-15	Número: 515
Profissão: Relevo	Complemento: Centro	Cidade: Guamádo	Estado: PB
Bairro: Centro	CEP: 58475-000	E-mail: 13998805.6654	Tel (DDD): 13998805.6654

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0374** CONTA: **33904** **(2)**
(informar o dígito se existir) CONTA: **33904** **(2)**
(informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IML que atende 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai 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.

MORTE INVALIDEZ PERMANENTE Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa, 06/02/2020	TESTEMUNHAS
	Nome:	1º Nome: _____	
	CPF: _____	CPF: _____	
			Assinatura
		2º Nome: _____	Assinatura
		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 RODO, 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.



ITAU - 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711445990100000036216976>
Número do documento: 20121711445990100000036216976

Num. 37970652 - Pág. 7

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da regra Resumida da inadimplência.

Nº 004.591.581



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.823.879-1

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

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				
Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000359797	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				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711445990100000036216976>
Número do documento: 20121711445990100000036216976

Num. 37970652 - Pág. 8



Número do Prontuário: 155632 DATA DA CIRURGIA: 12/09/2019

Número do Atendimento: 1972315 Clin: ORTOPEDIA I / Enf: I / Lei: I

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE AREDA FILHO

Data da Internação: 20/08/2019

Atendimento: 1972315

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Cirurgia: LMC + REPOSIÇÃO 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 MECÂNICO-CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
4. REPOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO.
5. CURATIVO.

Data 12/09/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
M.R. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CHM-PB 0007



José Andrade



21/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mel. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinque, Campina Grande - PB.

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 21/08/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 155632

DATA DA CIRURGIA: 21/08/2019

Número do Atendimento: 1972315 Clin: CENTRO CIRÚRGICO / Enf: URPA / Lei: 6

DESCRIPÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE AREU FILHO

Data da Internação: 20/08/2019

Atendimento: 1972315

Diagnóstico Pré-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA Data da Cirurgia: 21/08/2019

Equipe:

Cirurgião: ALMADO 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 Egito De Araujo





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
0090

Hospital: _____ Código: _____

Código: _____

Procedimento: União Civil Cód. Procedimento: _____

Paciente: Diego Pérez

Data da Cirurgia: 20 / 01 / 15 Nº prontuário: 10472682 Convênio:

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

OBS.: O PREENCHIMENTO DO FRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador:

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodóro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521-4801 * www.bioplants.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00

<http://pie.tibp.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711445990100000036216976>

Número do documento: 20121711445990100000036216976

Núm. 37970652 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 1772/2020-11:45:30

Número do documento: 20121711445990100000036216976

Nº 37970652 - Pág. 13

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José Andrade de Souza - nasc. 13/10/1955 Idade: 64 anos
Convênio: SUS Data:
Procedimento: Intervento cirúrgico

Cirurgião: Dra. Wagner R. Auxiliar: Anestesista:
Início: 02:50 Término: 03:30 Anestesia Napox

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Enx. novo 4.2	
moquino p/par o teste da urinígena	

Observações:
4h30 Paciente agitado, alcalizado e imobilizado -
será monitorizado SSVL

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

M99, 193





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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente	José Andrade Filho		Prontuário 1972315	Aba	Leito J.1	Enfermaria 1
Data	Hora	Paciente EG-B, Dermoscelado, Normotensivo. Aparece-se paciente confuso, sem queixa. Rotundo curvatura em MID, uso de protese externa na Tibia D (lateral). Comida: Abençoamento de Centr. cal., NMSS e MHII. Fisioterapeuta: Exercício de desforros plantar (hemolâmbico) 3x10. Trabalhando MIE. Exercícios de estabilização de quadril e 3x10. Exercício Hielo infermitas (Tremeliza) D e E 3x10. Exercício ativo resistido para maximização de adução de quadril e 3x10. Exercícios de flexão externa de ombro 3x10. Paciente Colaboreativo, sem queixa * Apresenta edema em Tremeliza D. Com presença do sinal da cocáto. Ad. Adm. Unidade Neuro. Núvem.	Data	Hora	Paciente em FGR, contactante, colaborativo, normo- tensão, com punção de edema em MH II (cocáto), grau de peso 4, sem relato de dor, ADM preservada. rotunda curvatura em MID e uso de protese externa na Tibia D. Conduta mobilizações articu- lações, alongamento de Tremeliza, mobilizações primas de quadril, exercícios de flexão extensão de ombro MH II atenua contractura, exercícios resistidos de peso fixo plantar D e E, paciente realiza exercícios de hielo respiratório em redutação com flexão e extensão de ombro, foi realizado alongamento quase sobre postura. Ad. Hidro Splenóide. Adm. da Sust. Curva, Jacqueline maipu Pomes, Silvia, Dr. Raulino D. Almeida.	Drs. Gaudêlio Ribeiro FISIOTERAPEUTA CREFITO 253484-F
03/09/19	M	04/09/19	M.			





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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente	Nome	Prontuário	Aba	Leito	Enfermaria
Data	Hora		Data	Hora	
05.09.14	M.	Paciente Nenmeccardo, Nenmefênsa, FC 80bpm PR 181mmHg. Sem queixa de dor. Prolongadas: Alergamentos iniciais de mucus e cervical. Exercício ativo articular de triples flexões bilaterais mente. Exercício ativo resistido de dorflexão plantar; Exercício ativo resistido de Abdome e Adutor de quadril e Ronte unipodal E. Apoioamento límite unipodal E. Todos os exercícios com 3 séries de 10 repetições, não havia intensificação durante a conduta. - Obs: Paciente encontrava-se com curti-va e sob uso de protese de fíbula PT. Ultima consulta D. Acad Adrielle da Motta Nunes.	09/09/14	Tarde	Paciente: mm C.G.R., evanesc., consciente, cooperativa, colaborativo, orientado, apreendendo, paciente com perda total de reflexos no leito com edema mm M.D. Comida: Nutrição enteral bolilar, no sentido crânio-caudal, bônus metálico. Exercício ativo livre de flexão de quadril de M.I.; exercícios de dorsiflexão: flexão plantar de M.I. com resistência do moinho de Fregaria (3x6); mobilização metatarsó-falangeana (2 min); tripla E. Fúcia de M.I. com resistência do moinho de Fregaria (3x8); exercícios ativo de abdução e adução com resistência e resistência moinho de fregaria (4x8) com resistência do moinho de Fregaria (3x5). Ejecções.

MDD 012



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00

<http://pie.tibb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171144599010000036216976>

Número do documento: 2012171145990100000036316976

Núm. 37970652 - Pág. 17



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
José Aruca Filho		1012315	Orto T		1
Data	Hora		Data	Hora	
15/09	Tarde	Presente em FGR, supino, non-motrizado, agitado no tronco, orientado, consciente, sem presença de edema e com periorbita estéril em MID. Conduta: Habilidades de palmares e metatarsais em MID e MSE (3×10); Flexão plantar e dorsoplantar em MID (3×10); Tripla flexão ativa-assistida em MID e ativa livre + imposição de resistência em MSE (3×10). Abdução de quadril bilateral ativa livre (3×10). Ponte com apoio bipodal (2×5). Conduta ginalizada sem motricidade Abd. Síntese: Atividade C de Frutas Bruta. //			
11-09-19	Tarde	Presente em EGR, supino, non-motrizado, — atíbil, orientado, consciente, sem pressença de edema, com periorbita estéril em MID.			
		PAI: 170x110 mmHg Sat 90% FC 121 bpm. FR 23ipm			
		CD: exercício respiratório (treino), não foi possível produzir o exhalamento porque a parede paciente não normalizou. PA final 160x100 mmHg, pulmões transparentes.			
YGO Ramon de Andrade Alves FISIOTERAPISTA REFITO 201468-F					



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		<i>Rosely Jor Andrade Filh</i>			IDADE	SEXO	COR		
		PRESÃO ARTERIAL <i>110/80</i>	PULSO <i>80</i>	RESPIRAÇÃO <i>11</i>	TEMPERATURA <i>37.1</i>	PESO		ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS <i>4.0</i>	HÉMOGLÓBINA <i>10.0</i>	HEMATOCRITO <i>30.0</i>	GLICÉMIA <i>100</i>	UREIA		OUTROS	
		URINA							
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <i>Trombo Dílata Plano</i>						ESTADO FÍSICO <i>Ara I</i>	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA <i>10.00</i>						APLICADA	AS	EFEITO	
AVENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO			
LÍQUIDOS		<i>5.1500</i>				Satisf.	Excit.	Tosse	
CÓDIGOS VP, ARTERIAL O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO						Laringo espasmo:	Lenta		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Náuseas:	Vômitos:		
POSIÇÃO						Outros:	MANUTENÇÃO		
AGENTES		<i>Melocetam 1500g</i>				<i>Brumal 500ml</i>	<i>82-3L</i>	<i>Epidurais 0.1%</i>	
TÉCNICA		<i>Abordagem Várias Acessos</i>							
OPERAÇÃO		<i>Ressecção tecido de fute</i>							
CIRURGIÕES		<i>D. Glória</i>							
ANESTESISTAS		<i>R. Rebeca M. Araújo</i>							
OBSERVAÇÕES		<i>c 3.522</i>							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA			

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

c. Precontaminants

PACIENTE:	José Andrade Filho DN- 19/03/1955					
Qd.	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
	Sela 03	SUS	64a.	1942.282		
CIRURGIA	RMS em HI @	CIRURGÃO	Dr. Goldmann + Dr. Góesken			
ANESTESIA	Ronui	ANESTESIA	Dr. Robson			
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM			
	12/09/	10:40	10:50			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calet. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.	01	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimofe amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
01	Uroamina amp.		Lotonoride		Catgut Simples Sertix	
01	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Cera p/ osso	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Ethibond	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Fluotanica % ml		Faixinho da Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavu'on amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	4.5	Espasador Lanco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades	02	Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml		Mononylon 20	
	Thionembutal ml		Intracath Adul		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			Qtd.	SOROS	
	Agua Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix	
	Fluoxetina amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Fliebocortid amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Glicose amp.	4.C	Luvas 8.5			
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m			
	Haemacel ml.	0.5	Polflix			
	Heparina ml.		PVPI Degemerante ml			
	Kanakion amp.	0.5	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Lasix amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml	0.1	SG fr 500 ml	<i>p/ leucogem</i>
	Stiptanon amp.		Sonda			
	Cefalolina 1g		Sonda Ileocecal	Qtd.	URTESE E PRUTESE	
			Sonda Nasogástrica			
			Sonda Uretral n°			
			Sterydrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 25 x 7		Colona 18		() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 28 x 28		Latase		() Serra	() Eletrocautério
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	<i>tocha eletrocautério</i>		() Desfibrilador	() Oxicapnógrafo
01	Aguilha p/ raque n° 25				() Foco Frontal	() Cardiomonitor
	Alcool de Enfermagem				() Faro de Luz	() Estimulador Elétrico
0.5	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

148

MPP 861



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde  GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2|3|6|2|8|5|6| 1 - CPF | 2| 10|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
ENDERECO: SITIO FAZENDA VELHA	PRONTUÁRIO:	
BAIRRO: ZONA RURAL	N° 1972315	

DADOS CLÍNICOS: , MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL),

Campina Grande - PB 04/09/2019 Hora: 08:56:26

*Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ORTOPEDIA - 12.9900.8926*

Médico: Wagner Luiz Egito de Araujo

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde  GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2|3|6|2|8|5|6| 1 - CPF | 2| 10|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
ENDERECO: SITIO FAZENDA VELHA	PRONTUÁRIO:	
BAIRRO: ZONA RURAL	N° 1972315	

DADOS CLÍNICOS: , MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL),

Campina Grande - PB 04/09/2019 Hora: 08:56:26

*Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ORTOPEDIA - 12.9900.8926*

Médico: Wagner Luiz Egito de Araujo



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Sincopse |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Orthopneia |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectorção |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Típica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Emoções | <input type="checkbox"/> Frio |
| | | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica ? | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus N | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva N | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana | <input type="checkbox"/> Crônica N |
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

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

Medicamentos em uso Não Sim não toma os mesmos

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Cardiovascular - Comentários: RCP, RT, AN

FC.: 82 b.p.m P.A.: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: R. sinusal, BRD, ZEI inferius

Ex. Laboratoriais: Hb: 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 Cardíaca)
 Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Dra. Inara Queiroz Barbosa
Cardiologista
CRM-PB 5467 - RQE 3024

Ass. do Médico



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: paciente em alergia a levedura, apresenta
dor de cabeça, hipotensão. Fazendo conforme prescrição.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCAS 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	() PREJUIZO 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	✓ 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	✓ x dia	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
✓ AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12hs	
() 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	Sempre	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
✓ REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	✓ x dia	() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
✓ OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	✓ x dia	() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
✓ REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	Sempre	
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 () DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

09.09.19



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Arede 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: _____ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Fx de osteoartrite da perna (1)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: (✓) PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

LINGUAGEM: (✓) DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALT. CÃO: (✓) VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO (✓) AGITADO () AGRESSIVO (), RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (✓) REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

ALIMENTAÇÃO: (✓) VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (✓) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (✓) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (✓) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (✓) INTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO DO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE (✓) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (✓) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (✓) PRESERVADA () PREJUDICADA

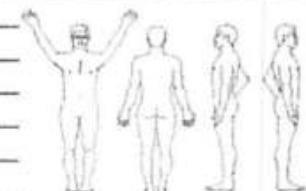
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (✓) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

RELIGião: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°c)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
16x31											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:	Paciente fez uso de álcool em MJD seofila parafina.
--	--

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINidorAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNÉIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUIZO 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 DESEQUILIBRIO 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	J.x. d. 1.3.	(✓) 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	J.2.1.1.1.5	
() 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	J. x. d. 1.2	(✓) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILIBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		(✓) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(✓) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	A. t. n. e. s	
(✓) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:	Dempm	

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 () DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Gilson S. Raposo
ENFERMEIRA
CRF-RJ 47763

63 - 29.19



PA CIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO ESTA ALCOOLIZADO, APRESENTANDO FRATURA EXOSFÍTA DE OSSOS DA PERNAS DIRIGELTA.

BRUNNEN

EVOLUÇÃO

- | Item | Nome | Precatório | Prestigeão | Preparamento |
|------|--|--|--|--|
| 1 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML | E.V. OFFIRASCO .8H/8h | CITRÍDAMICINA DE 600 MG/4 ML | Diluir em 50 ML SF |
| 2 | CITRÍDAMICINA DE 600 MG/4 ML | E.V. LAMPOLÁ .6H/6h QD/14D | GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML .2 ML | Diluir em 50 mL SF |
| 3 | GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML .2 ML | E.V. 03AMPOLA .0D/14D | IX AD DIA | |
| 4 | DIPIRONA SODICA 500 MG/AL 2 ML | E.V. 01AMPOLA .8H/8h | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/AL 2 ML | E.V. 01AMPOLA. |
| 5 | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/AL 2 ML | E.V. 01AMPOLA .8H/8h | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/4 ML | SC. 01SERINGA .24h/24h (ADM AS
24h) |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/4 ML | SC. 01SERINGA .24h/24h (ADM AS
24h) | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG | V.O. 01COMP. |
| 7 | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG | V.O. 01COMP. | 8/8H CASO DOB | FISIOTERAPIA MOTORA |
| 8 | 8/8H CASO DOB | | DECUBITO MUDANÇA | CUJDADOS GERIAIS + SINAS VITAI'S |
| 9 | | | | 10 |

DIA 20/08/2019

DADOS DO PACIENTE:
Nº do protocolo: 1972315 Paciente: JOSE AREDA FILHO Idade: 064 Sexo: M
Nome da Mãe: SEBASTIANA JANUARIO Data de Nascimento: 19/03/1955 Admissão: 20/08/2019 DHU - 0
Clinica: CENTRO CIRURGICO Endereço: URPA Letra: 6 Diagnóstico:
42

PRESRICAO MEDICA

20/08/2019 10.11.118/projeto/impresao.php?detalles=19/231521DC=38835
Médico (a) Doutor(a) Wagner Luiz Feltro De Araujo
Horas: 20:49:06
Data: 20/08/2019
CNPJ: 10.848.190/0001-55



11/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-09-11&contar=1972315&IDC=45071

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 :

N° 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	Apagamento
1	DIETA LIVRE (Resta zero a partir de 00:00 h)	16-18-
2	SORO RINGER COM LACTATO 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 18.14.06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1/2FRA AMP. Reconstituir 4ML ABD. 12/12H	18 OF
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA 12/12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICOMP. 12h/12h	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24/24	
9	DIAZEPAM 10 MG V.O. ICOMP. 1X NOITE	
10	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. ICOMP, 12h	
11	ANLODIPINO 5 MG V.O. ICOMP, 1X AO DIA	
12	FUROSEMIDA 10 MG/ML 2 ML TAMPOLA, 12/12H	
13	FISIOTERAPIA MOTORA	
14	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
15	DECUBITO MUDANÇA	
16	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

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

#ORTOPEDIA##

 PACIENTE SEGUÉ 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 CARIME
 Ana Maria Da Silva Anselmo


GOVERNO DA PARAÍBA	SEGUE	KLIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS
NOME:	Jose Bruda Frtbo	
PROCEDIMENTO:	Reparo címen Fx/xafer	
AVP: LOCAL:	JELCO Nº:	
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
RETRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ADORNOS <input checked="" type="checkbox"/> PERTENÇES
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input checked="" type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
TERMO DE CONSENTIMENTO		<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
RESERVA DE HEMODERIVADO		<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:	

http://projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-09-11&contar=19723



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711445990100000036216976

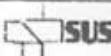
Número do documento: 20121711445990100000036216976

Num. 37970652 - Pág. 27

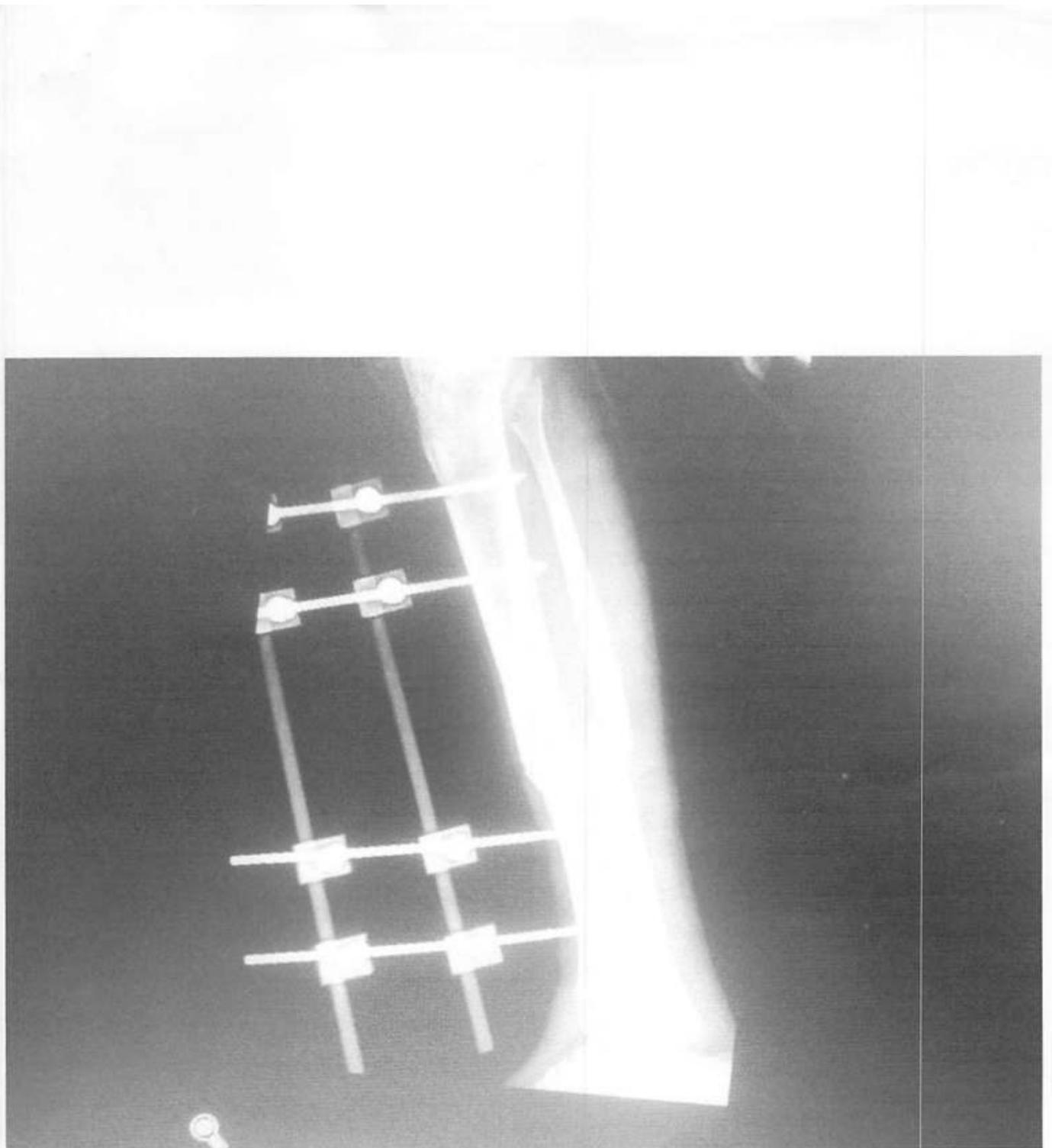
20/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

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

 Sistema Único de 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 JOSE AREDA FILHO			
6 - N° DO PRONTUÁRIO 1972315		7 - CARTÃO DO SUS 705008262051853	
8 - DATA DE NASCIMENTO 19/03/1955		9 - SEXO MASCULINO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL SEBASTIANA JANUARIO		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 95625282	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) SITIO FAZENDA VELHA , 0 , ZONA RURAL		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Quelimanas	
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO		15 - UF PE	
16 - CEP 564250		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente caiu de Trauma trip. 3a cont de ferida Direita.</i>	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Hospital de Trauma - Trauma -</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Luxo fisiológico de ferida</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de olimbo da coxa (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 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	
28 - DOCUMENTO () CNS		29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 708505330609378	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE MOREIRA, LUIZ E DE ARAUJO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 20/08/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO LUIZ E MOREIRA TORRES		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 SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - NATUREZA () CNS () CPF		46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	





Scanned with CamScanner



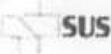
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711445990100000036216976>
Número do documento: 20121711445990100000036216976

Num. 37970652 - Pág. 29

20/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

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

 SUS Sistema Único de 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 JOSE AREDA FILHO 6 - N° DO PRONTUÁRIO 1972315			
7 - CARTÃO DO SUS 705008262051853		8 - DATA DE NASCIMENTO 19/03/1955	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL SEBASTIANA JANUARIO		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 93825282	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO FAZENDA VELHA , 0 , ZONA RURAL		14 - CÓD. ICD 10 MUNICÍPIO 251250	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Queimadas		15 - UF PB	16 - CEP 58475000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Prato acu furum expulso dom de dorur dinalz.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessit de tratamento cirúrgico.</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame sangu + exame de urina</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fr fratura de ossos da face</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <input checked="" type="radio"/> D	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA 02	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/>	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 708505330609378
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER LUIZ E DE ARAUJO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 20/08/2019	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Wagner Luiz E de Araujo 20/08/2019</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	36 - CNPJ DA SEGURADORA 	37 - N° DO BILHETE 	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA 	40 - CNAE DA EMPRESA 	41 - CBDR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	43 - AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 	
45 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 			



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
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 13/09/2019

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:

P 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 + DIPIRONA. - 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. Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 7825

Data: 13/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo



13/09/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/09/2019

Horas: 11:38:18

Médico (a) Diarista : 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

Clinica: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 REPOSITIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO.
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

DE ACORDO COM ORIENTAÇÕES DE DR ELDIMAN, PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR.

CD:

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

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dr. Ana Maria Da Silva Anselmo
Médico - Ortopedista - Traumatologista
CRM-PB 7825





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711445990100000036216976
Número do documento: 20121711445990100000036216976

Num. 37970652 - Pág. 33

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
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711445990100000036216976>
Número do documento: 20121711445990100000036216976

Num. 37970652 - Pág. 34

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
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711445990100000036216976>
Número do documento: 20121711445990100000036216976

Num. 37970652 - Pág. 35

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 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 7^a 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711450075300000036216979>
Número do documento: 20121711450075300000036216979

Num. 37970655 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:45:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711450075300000036216979>
Número do documento: 20121711450075300000036216979

Num. 37970655 - Pág. 2