



Número: **0815768-38.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **01/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>EVLAZIO DE ALMEIDA PACHU (AUTOR)</b>	<b>FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46759 743	06/08/2021 11:32	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
46759 744	06/08/2021 11:32	<a href="#"><u>2760287_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
46759 745	06/08/2021 11:32	<a href="#"><u>2760287_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080611320191100000044416401>  
Número do documento: 21080611320191100000044416401

Num. 46759743 - Pág. 1



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, 17 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190704001**      **Vítima: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**

**Data do Acidente: 20/07/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**

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

Pag. 00411/00412 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020206

Carta nº 15250048



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080611320209800000044416402>  
Número do documento: 21080611320209800000044416402

Num. 46759744 - Pág. 1

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, 28 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190704001**      **Vítima: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**

**Data do Acidente: 20/07/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**

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

**Banco: 104**

**Agência: 00000041**

**Conta: 00000485317-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Pag. 01761/01762 - carta\_15R - INVALIDEZ



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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: <b>0455311/30</b>	CPF da vítima: <b>101.473.264-60</b>	Nome completo da vítima: <b>Evalazio de Almada Pachu</b>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: <b>Evalazio de Almada Pachu</b>		CPF: <b>101.473.264-60</b>	
Profissão: <b>Relevo</b>	Endereço: <b>Rua Severino Bezerra Labinal</b>	Número: <b>511</b>	Complemento:
Bairro: <b>Anja Rural</b>	Cidade: <b>Quixadá</b>	Estado: <b>PB</b>	CEP: <b>58475-000</b>
E-mail:		Tel.(DDD): <b>185/98805-6654</b>	

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0044**  CONTA: **485317** **8**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_  CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, **Fora Pernag, 17/12/2019**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

[\*] Assinatura de quem assina A RODO

**X EVEL 12-0 DE NOV 19 PACHU**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU 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.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108061132020980000044416402

Número do documento: 2108061132020980000044416402

Num. 46759744 - Pág. 3

CAIXA  
POUPANÇA



6277 8013 0905 1930  
EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU  
0041 013 00485317-8 07/21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080611320209800000044416402>  
Número do documento: 21080611320209800000044416402

Num. 46759744 - Pág. 4



GOVERNO e  
DA PARAÍBA

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



## C E R T I DÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. 1293/2019, da mesma continha o seguinte teor: terça-feira, 10 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 08:00 horas, compareceu o Sr. Evilázio de Almeida Pachu, portador da cédula de identidade nº 3 514 777 Seds/PB, CPF nº 101.473.264 - 60, brasileira, natural de Queimadas/PB, casado, com 28 anos de idade, filho de Pedro Pereira Pachu e de Severina Lopes de Almeida, Auxiliar Administrativo, residente à rua Severino Bezerra Cabral nº 511, zona rural de Queimadas-PB, rua identificada pelo CEP 58475-000, próximo ao posto Rodoviário Federal, o qual notificou que, Na manhã do dia 20 de julho do ano fluente, por volta de 01:00 hora aproximadamente, conduzia a motocicleta Honda/NXR 150 BROS ESD, ano 2011 e modelo 2012, de cor preta, placa QET 2970/PB e chassi nº 9C2KD0540CR502205, cadastrada em nome de Rosinaldo T. da Silva, após sair do trabalho, seguindo o roteiro da cidade de Queimadas-PB, quando foi surpreendido com um veículo de placas e Condutor não identificado em sentido oposto, sem qualquer sinalização obstaculando sua passagem, consequentemente, foi alvo de colisão por parte de uma outra motocicleta que o atingiu na parte traseira da motocicleta, consequentemente, sofreu uma queda e assim, foi socorrido ao Hospital de Traumas Dom Fernandes Luiz Henrique e assim, sendo submetido a procedimentos cirúrgicos, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 10 de dezembro de 2019

*Everaldo Martins da Costa*  
Escrivão de Polícia Civil

*EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU*





## 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: <b>0455311/30</b>	CPF da vítima: <b>101.473.264-60</b>	Nome completo da vítima: <b>Evalazio de Almeida Paixão</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <b>Evalazio de Almeida Paixão</b>		CPF: <b>101.473.264-60</b>		
Profissão: <b>Relevo</b>	Endereço: <b>Rua Sverino Bezerra Labinal</b>	Número: <b>511</b>	Complemento:	
Bairro: <b>Anta Rural</b>	Cidade: <b>Quixadá</b>	Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>58475-000</b>	Tel.(DDD): <b>85/98805-6654</b>
E-mail:				

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

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 OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <b>0044</b> CONTA: <b>485317 8</b>	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não | Se tinha filhos, informar quantos: 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.

Local e Data: **Itaú Pernas, 17/12/2019**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

[\*] Assinatura de quem assina A ROGO

**XEVIL12-0 DE ALM L101 PAIXAO**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000485317-8

---

Nr. da Autenticação 6D000B032FBEF4A0



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080611320209800000044416402>  
Número do documento: 21080611320209800000044416402

Num. 46759744 - Pág. 7

## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segundaria de conta.  
Boleto para simples pagamento da conta fiscalizada da energia elétrica - N° 005.272.236



ENERGESA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.588/0001-05 - Insc. Est. 16.002.435-1

### DADOS DO CLIENTE

MARLENE MENDONCA  
RUA SEVERINO BEZERRA CABRAL 511  
QUEIMADAS

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/94349-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	06/12/2019	215	13/12/2019	R\$ 153,41

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02957.450006 00528.736176 2 81020000015341

Pagador: MARLENE MENDONCA CNPJ/CPF: 048.360.334-11

RUA SEVERINO BEZERRA CABRAL 511 - AREA RURAL - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000528736	000094349201912	13/12/2019	R\$ 153,41	

BENEFICIÁRIO:ENERGESA 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: 3064-3/2057-6



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108061132020980000044416402>  
Número do documento: 2108061132020980000044416402

Num. 46759744 - Pág. 8

20/07/2019



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

ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº:1948151 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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: 20/07/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Aprendente: acolhimento

PACIENTE: EVILAZIO DE ALMEIDA CEP:58475000 Nascimento:22/10/1991

PACHU

Endereço:JOÃO BATISTA LOPES

Cidade: Queimadas

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA

Responsável: GIOVANNA

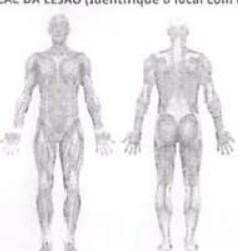
Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

OBS FIGHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abração
2. Amputação
3. Avispa
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortiça
15. F. Contante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfur-o-contuso
18. F. Perfur-o-contante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inegeritamento/Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Ossificação
30. Paralisia
31. Parésia
32. Parestesia
33. Quelmadura
34. Rincorraga
35. Sinal de Isquemia

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma.

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em:

20/07/19

HTCG-Painel Administrativo

*Burgoa*  
EXAME PRIMÁRIO - DIA: CLI: S Paciente vítima de colisão motociclista  
há cerca de 01h. Chegou ao serviço trazido pelo SAMU em franchisa  
mínima com colar cervical. Nega perda de consciência, vómitos ou  
cefaleia. Relata dor em joelho esquerdo. Nega outras queixas.

AO exame: A - via aérea perfeita com colar cervical.

B - respiração espontânea; ausência de estertores ou

crepitacões.

C - sem sinal de sangramento

D - Glasgo = 15

E - Escoriações e provável fratura em punhos. E.

PATOLOGIAS: Nego

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotoreagentes ( ) Isocôricas ( ) Anisocôricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: Sat02 98.

AP: MV+ e simétrica, sem RA.

ACV: RCR em 2T, sem ZGROS.

ABD: Depressível, móbil à palpação.

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratorial ( ) Ultrassonografia: FAST

( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias: Tórax, mama, braço e punhos. E.

( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia, às : Dia / /

Especialista: / , às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1 SFO, 91. — 500 mL, EV, agora.

2 Dipiremu 500 mg/mL — 02 mL, EV, agora.

3 Tilatil 40 mg — 01 FA + AD, EV, agora.

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Antonio Bido Neto  
MÉDICO RESIDENTE  
MÉDICO GERAL  
CRN-PB 8108

jetohcg/impreclassi.php?contar=1948151&dataatend=2019-07-20&horaatend=01:20:29

1/3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080611320209800000044416402

Número do documento: 21080611320209800000044416402

Num. 46759744 - Pág. 9

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108061132020980000044416402>  
Número do documento: 2108061132020980000044416402

Num. 46759744 - Pág. 10



GOVERNO DO ESTADO  
DA PARAÍBA  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUM. GONZAGA FERNANDES

## REQUISIÇÃO DE EXAME

NAME: Evilazie de Almeida Paes

PRONTUÁRIO:  
DATA DE NASCIMENTO:

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

### DADOS CLÍNICOS:

Relatório

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em:  
20/07/10

### MATERIAL A EXAMINAR:

### EXAME SOLICITADO:

USG FAST

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTA: <input type="checkbox"/>
DATA: <u>20-7-2019</u>	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Antônio Bento Neto  
RESIDENTE  
MÉDICO GERAL  
CIRURGIA GERAL  
CRM/PB  
8108

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:





SECRETARIA DE SAÚDE DOS ESTADOS  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES

### REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: **EVANILIO O. ALMEIDA** PRONTUÁRIO:  
DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

*Can. 02*

MATERIAL A EXAMINAR:

*X 2 GJN 16 (E) 10.000.000*

EXAME SOLICITADO:

*24/08/2021*

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: *22/08/2021*

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

02/04/2019 de Almeida Pachue

DATA DE NASCIMENTO: 02/07/1979

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

DADOS CLÍNICOS:

Pelitrum2

MATERIAL A EXAMINAR:

1. R-X de  
2. R-X de bico  
3. R-X de bico AP e perfil, punho e bico  
4. R-X de bico AP e perfil, esquerda

EXAME SOLICITADO:

R-X de bico AP, R-X de bico AP e perfil, punho e bico, esquerda AP e perfil

URGÊNCIA:

ROTTA:

DATA: 20-4-2019

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Antonio Bidó Neto  
RESIDENTE  
MÉDICO GERAL  
CIRURGIA  
CRM/PB  
8108

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:



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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: _____					
IDADE: _____	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / /		às : h	
SETOR: _____	LEITO: _____				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAIS: _____					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAIS: _____					
DOENÇA CRÔNICA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAIS: _____					
PRESENÇA DE ESCARA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> LOCAL: _____					
PRESSÃO ARTERIAL: <input type="checkbox"/> HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO					
SISTEMA NEUROLOGICO: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO					
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> DISPÉNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input type="checkbox"/> BRADIPNÉICO					
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD					
<input type="checkbox"/> DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA					
MOBILIDADE: <input type="checkbox"/> DEAMBULA <input type="checkbox"/> DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR					
<input type="checkbox"/> TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO					
SIST. GAS. RÓNTÉATINAL: (DIETA) <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE					
ESTADO NUTRICIONAL: <input type="checkbox"/> NUTRIDO <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO					
DADOS VITAIS: PA: _____ T: _____ FR: _____ FC: _____ PESO: _____					
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT PELE PREJUDICADA	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> _____	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> _____	CD/FR: _____				
<input type="checkbox"/> _____	CD/FR: _____				
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04 mL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAIS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).					
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					

MOD 125



## SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

GOVERNO  
DA PARAÍBAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

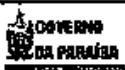
## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				
NOOME: <i>Enilasen de Oliveira Tachu</i>	IDADE: 37	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / /	AS: h
SETOR: <i>Amarela</i>	LEITO: 3			
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>Fractura Radial Distal</i>				
ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:	MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:	DOENÇA CRÔNICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:	PRESENÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPÉNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	SIST. GENITOURINÁRIO /DIURESE: NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGURIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>	(DIURESE) DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANURIA <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE: DEAMBULA <input checked="" type="checkbox"/> DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	INT. GAS. RÓNTÉTINAL (DIETA): VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>	ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	DADOS VITais: PA: T: FR: FC: PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>pac. em mae</i>			
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>AVP</i>			
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:			
NÁUSEA	CD/FR:			
DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:			
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:			
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:			
DEFÍCIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:			
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:			
<i>Samara Suaia</i>	CD/FR:			
<i>Samara Suaia</i>	CD/FR:			
<i>Samara Suaia</i>	CD/FR: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
<i>Samara Suaia</i>	FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL				
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.	M T N			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR				
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.				
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.				
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).				
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.				
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.				
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).	contínuo			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	contínuo			
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS. AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE	contínuo.			

MOD 125







SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	<b>EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU</b>
DATA DO EXAME:	<b>20/07/2019</b>

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL – “FAST”

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

#### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

#### ANÁLISE:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Figado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

- Ausência de sinais ecográficos sugestivos de lesões relacionadas ao trauma nas vísceras sólidas abdominais.

Dr. Arthur José Ventura  
Médico Radiologista  
CRM / PB 6481





## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

Data da Internação: 20/07/2019 Data da Alta: 28/07/2019

Registro: 1948170

Tempo de Permanência: -18098

Diagnóstico Inicial: OSTEOSSÍN

Diagnóstico Final:

Data: 28/07/2019

Equipe:

Cirurgião: OTAVIO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

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

ao Ambulatório de : em: 08/08/2019 para revisão Repouse 0 dias

Condições de Alta:: Melhorado

Data: 28/07/2019

Assinatura/Carimbo  
Andre Ribeiro Araujo De Menezes

**OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Andre Ribeiro Araujo De Menezes**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGRA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Euclásio Oliveira</i>		RADE: <i>Ribeira</i>		SENO:	COR:	
DATA <i>29/07</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO BANQUINEO	HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
	URINA							
AP: RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AR: CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP: DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP: URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>het rado distal</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTE ANESTÉSICO SÍNTESES	0°					INDUÇÃO		
LIQUIDOS	<i>μ = 5cc</i>					Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
ODONTO						Laringo: espamto: _____	Lenta: _____	
VP: ARTERIAL O - FUSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSICA: O - OPERAÇÃO						Náuseas: _____	Vômitos: _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Outros: _____	MANUTENÇÃO	
POSIÇÃO						<i>xylocaine 4% 1/2</i>		
AGENTES						<i>Novocaini - loc</i>		
TÉCNICA	<i>Blloqueio ms. Winnie</i>					CÁNULA		
OPERAÇÃO	<i>Red cr het rado distal</i>					<i>O.</i>		
CRURGIÇÕES	<i>Iniciar</i>							
ANESTESISTAS	<i>de Andrade 2014</i>					<i>100%</i>		
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS								
PERDA SANGUÍNEA								

100

EDUCAÇÃO ANESTÉSICA - EPPG





**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	1	2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2	2	2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2	2	2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2	2	2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2	2	2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

Assinatura do anestesista





## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Enzo de Almeida Porto Idade: 27  
Convênio: Sisu Data: 20/09/2013  
Procedimento: Tbc de 11mmpm x 10mm Ductect.

### Assinatura Anestesiista

Circulante

## **Relatório de Operação**

1000



HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: EVILÁZIO DE ALMEIDA PACHU		Data da Cirurgia 27/07/2019	
CNS	Enfermaria 7	Leito 3	Prontuário
Cirurgião: Dr. OTÁVIO FERREIRA JUNIOR		1º Auxiliar:	
2º Auxiliar		Instrumentador COSTA	
Anestesista: DRA SOCORRO ABRANTES		Anestesia : BLOQUEIO	
Diagnóstico Pré-operatório : FX RADIO DISTAL E			
Tipo de Cirurgia : REDUÇÃO + FIXAÇÃO			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NÃO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<b>DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</b>			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- REDUÇÃO INCRUENTA 05- FIXAÇÃO PERCUTANEA COM 2 FIOS K CRUZADOS 06- TALA LUVA; 07-CURATIVOS			
 Dr. Otávio Ferreira Jr. Ortoped/Transtornos CRM-PB 7105			



26/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/07/2019

Horas: 09:23:16

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18103

Clinica:AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA:26/07/2019 HORA:09:23:10

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGA  
CIRURGIA DA COLUNA  
CRM/PB 5523



DR. Ana Marisa S. Almeida  
M.R. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-SP 1815

- Solutio examus labore et uara (fus-q)

DR. SCHUBERT COSTA  
CRM-SP 5523  
CIRURGIA DA COLUMNA  
CIRURGIA DE TRAUMATOLOGIA

Item	Prescrição	Apresentação	Medicamento	Data 26/07/2019
1	DIETA LIVRE (100g a parte de 00:00h)	100g	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML. EV, LAMPOLA, FAZER SE TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE. EV, LAMPOLA, 6h/6h	Recomendar 2ML ABD.
2		100g	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML. EV, LAMPOLA, FAZER SE	NECESSARIO
3		100g	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML. EV, LAMPOLA, FAZER SE	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO
4		100g	NECESSARIO	
5		100g	NECESSARIO	
6		100g		

### DADOS DO PACIENTE:

#### PRESCRICAO MEDICA

Medico (a) Diariista : Schubert Lúcio Costa Roldigues  
Horas: 09:22:43  
Data: 26/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

26/07/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080611320209800000044416402>

Número do documento: 21080611320209800000044416402

Num. 46759744 - Pág. 24

25/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/07/2019

Horas: 09:30:21

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18102

Clinica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 25/07/2019 HORA: 09:30:14

Enf. 05

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues  
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DA COLUNA  
CRM/PB 5523





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 27/07/2019

MÉDICO(A): Otavio Ferreira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO , 8h/8h	10/07/2019 22:00
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	10/07/2019 22:00
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA-AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/07/2019 16:00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA FAZER SE NECESSARIO	10/07/2019 16:00
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA FAZER SE NECESSARIO	10/07/2019 16:00
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	10/07/2019 16:00
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	

Dr. Otávio Ferreira Jr.  
Ortopedista/traumatologista  
CRM-PB 7103





## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18104

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRÁ Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 10:40:03

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍTESE DE FRATURA DE RADIO DISTAL E, SEM INTERCORRÊNCIAS.  
CONDUTA: 1. SOLICITO RX POS-OPE. 2. VPM. 3. VBO

ASSINATURA + CARIMBO  
Otavio Ferreira Junior

Dr. Otávio Ferreira Jr.  
Cirurgião-Dentista  
CRM-PB 7103



Item	Descrição	Prescrição	Apresentação
1	DIETALIVRE		
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	EV, IAMPOLA, 66/66h
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	EV, IPIRA ANH, 12h/12h
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML	EV, IAMPOLA, FAZER SE
5	NECESSARIO	NECESSARIO	EV, IAMPOLA, FAZER SE
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML	EV, IAMPOLA, FAZER SE

DIA 25/07/2019

MEDICO(A): Schubert Luli(Costa Rodrigues /

Clima: AMARELA Enfermaria: 3 Letre: 4 Diagnóstico: EX RADIO DIGITAL E

Nome da Mdg: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Nº do protocolo: 1948170 Paciente: EVANIZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

DADOS DO PACIENTE:

3

## PRESCRICAO MEDICA



Medico (a): Dairis: Schubert Luli(Costa Rodrigues

Data: 25/07/2019

Horas: 09:29:29

HTCG-Painel Administrativo

25/07/2019

24/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARÁBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/07/2019

Horas: 09:45:22

Médico (a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18101

Clinica:AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA:24/07/2019 HORA:09:45:12

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues



22/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/07/2019

Horas: 09:51:14

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clinica:AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA:22/07/2019 HORA:09:50:05

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa  
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGA  
CIRURGIA DA COLUNA  
CRM/PB 5523



Willy de Paiva Camara  
Médico de Família  
CRM/PR 11807

Atendeu paciente  
ad: 19/07/2019  
Divulgue e use o  
B66, B66f, si, queixa

19/07/2019

Item	Prescrição	Apresentação
2	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 6h/6h	DIETA LIVRE
3	TENOXICAM 20 MG SEMI DISETTE E.V. ITRA AMP. 12h/12h	Recomendar 2ML ABD.
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. FAZER SE	NECESSARIO
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. FAZER SE	NECESSARIO
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

DATA: 21/07/2019  
MEDICO(A): Willy De Paiva Camara

DADOS DO PACIENTE:

Nome da Mae: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA  
Nº do protocolo: 1948170  
Data: 21/07/2019  
Horas: 13:40:09  
Medico (a) Diarista: Willy De Paiva Camara

HTCG-Panel Administrativo  
Data: 21/07/2019  
Horas: 13:40:09  
Medico (a) Diarista: Willy De Paiva Camara



21/07/2019

Medicamento: *Salbutamol 200 mg/2ml*  
 Indicação: *Respiratória*  
 Dose: *10 ml*  
 Modo de uso: *10 ml/dia*  
 Forma: *Solúvel*  
 Advertências: *Alergia a sulfato de magnésio*

Item	Prescrição	Apresentação	Preço	Validade
1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML	EV.02FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	16	20/07/2019
2	DIPIRONA SÓRICA 500 MG/ML 2 ML	EV.1AMPOL, 6h/6h	16	20/07/2019
3	TENOGICAM 20 MG SEI DIFERENTE	EV.1FRASCO, 12h/12h	16	20/07/2019
4	OMEPRAZOL 15/40MG 1FRASCO	24h/24h (ADM AS 6h)	26	20/07/2019
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML	EV.1AMPOL, 6h/6h	26	20/07/2019
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML	EV.1AMPOL, 6h/6h	26	20/07/2019

MEDICO(A): Andrey Leal Wandreter /  
 DATA: 20/07/2019

Clinica: MARIA E. Enfermaria: 11 Lote: 7 Diagnóstico:

Nome da Mae: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Nº do protocolo: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHEU Data: 027

DADOS DO PACIENTE:



Médico (a) Doutora: Andrey Leal Wandreter  
 Data: 20/07/2019 Horas: 03:34:20  
 HCTG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAÍBA

20/07/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02  
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080611320209800000044416402  
 Número do documento: 21080611320209800000044416402

Num. 46759744 - Pág. 32

Dr. Schubert COSTA  
Gastroenterologist  
Chairman of Gastroenterology  
S2300 Gastroenterology Center

Item	Descrição	Prescrição	Apresentação
1	DIETALIVRE	Prescrição	Item
2	DIPRIVONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	E.V. LAMPOLA. 6/66	TENOXICAM 20 MG SEM BULLETTA E.V. HERA AND. 12/126
3	RECONSTITUIR 2ML ABD.	E.V. LAMPOLA. 6/66	RECONSTITUIR 2ML ABD.
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML	E.V. LAMPOLA. FAZER SE	NECESSARIO
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML	E.V. LAMPOLA. FAZER SE	NECESSARIO
6	MANTEC COM JELCO HEPARINIZADO		

PRESCRICAO MEDICA

Hora: 09:44:33

HTCG-Painel Administrativo

24/07/2019



23/07/2019



GOVERNO  
DA PARÁBA

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/07/2019

Horas: 10:18:51

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18100

Clinica:AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA:23/07/2019 HORA:10:18:44

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues  
CIRURGIA DE CIRURGIA  
CRM/PB 5523





Item	Prescrito	Apresentação
1	DIETALIVRE	
2	DIPIRONA SODICO 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMP/6h	RECONSTITUIR 2ML ABD.
3	TENOXICAM 20 MG SEM HUILENTE E.V. IAMP/12h/12h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMP/FAZER SE NECESARIO	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2ML E.V. IAMP/FAZER SE NECESARIO	
6	ANTIFER COM JELLO HEPARINIZADO	

MEDICO(A): Schubert Lübig Costa Rodrigues /  
Data 23/07/2019

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Nº do protocolo: 1948170 Paciente: EVANIZIO DE ALMEIDA PAGLIU Idade: 027

DADOS DO PACIENTE:

## PRESCRICAO MEDICA



DA PARRABIA

GOVERNO

HTCG-Painel Administrativo

Data: 23/07/2019  
Horas: 10:18:18

Médico (a) Diretora: Schubert Lübig Costa Rodrigues

23/07/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080611320209800000044416402>  
 Número do documento: 21080611320209800000044416402

Num. 46759744 - Pág. 35

22/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



Data: 22/07/2019  
 Horas: 09:51:29  
 Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

03 JK  
OK

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clinica:AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 22/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE.	3/08 00/00/00
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	3/08 00/00/00
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	3/08 00/00/00
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	3/08
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	3/08
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO <i>AMT</i>	3/08

Dr. Schubert Costa  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DA COLUNA  
CRM/PB 5523





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

3514777

SSDS

PB

CPF

101.473.264-60

DATA NASCIMENTO

22/10/1991

FILIAÇÃO

PEDRO PEREIRA PACHU

SEVERINA LOPES DE  
ALMEIDA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

AB

Nº REGISTRO

05366585719

VALIDADE

13/03/2023

1º HABILITAÇÃO

01/12/2011

OBSERVAÇÕES

A;

SUELIO MOREIRA TORRES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO

15/03/2018

*Suelio Moreira Torres*  
Suelio Moreira Torres  
Assinatura do Emissor

ASSINATURA DO EMISSOR

48048176497  
PB036478733

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1549095332

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 014665985886

VIA COD. RENAVAM

RNTRC 144

2 003580300

UDUD000000

EXERCÍCIO

2018

NOME

ROSINALDO TIRTE DA SILVA

CPF/CNPJ

51863499415

PLACA

QET2970/PB

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2KD0540CR502205

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/ NXR150 BROS ESD

ANO FAB

2011

ANO MOD

2012

CAP/POT/CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENC. COTA UNICA

VENC/COTAS

1º

2º

3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

09/01/201

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

QUE IMAGIAS

LOCAL

DATA

10/06/20

361

41076

IPVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNFU EXERCÍCIO  
2 0035803890 000/00000000 2018

NOME

ROSTINALDO TIBETE DA SILVA

CPF/CNPJ

51863499415

PLACA

DET2970/PB

PLACA/ANT/UF

2 NOVO PB

CHASSI

9F2KD0540CR502205

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAU APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB

2011

ANO MOD

2012

CAP/POT/CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENC. COTA UNICA

VENC/COTAS

1<sup>a</sup>

FAIXA IPVA

PRATICAMENTO/COTAS

2<sup>a</sup>

\*\*\*\*\*

3<sup>a</sup>

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

09/01/201

OBSERVAÇÕES

SIM RECEBIDA DE

DOMINIO

QUE IMADAS

LOCAL

DATA

10/06/20

VALID

01076

361



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108061132020980000044416402>  
 Número do documento: 2108061132020980000044416402

Num. 46759744 - Pág. 39

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190704001      **Cidade:** Queimadas      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU      **Data do acidente:** 20/07/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 18/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA. P10,14

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455111/19

**Vítima:** EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

**CPF:** 101.473.264-60

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/07/2019

**Titular do CPF:** EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU : 101.473.264-60**

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: 17/12/2019  
Nome: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU  
CPF: 101.473.264-60

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080611320209800000044416402>  
Número do documento: 21080611320209800000044416402

Num. 46759744 - Pág. 41



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

Processo n.º 08157683820208150001

**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 **EVLIAZIO DE ALMEIDA PACHU**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 4 de agosto de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaoarbosaadvass.com.br](http://www.joaoarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080611320251900000044416403>  
Número do documento: 21080611320251900000044416403

Num. 46759745 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosadvass.com.br](http://www.joaobarbosadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2021 11:32:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080611320251900000044416403>  
Número do documento: 21080611320251900000044416403

Num. 46759745 - Pág. 2