



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	
EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46759743	06/08/2021 11:32	Petição	Petição
46759744	06/08/2021 11:32	2760287_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46759745	06/08/2021 11:32	2760287_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15250048

Pag. 00411/00412 - carta_01 - INVALIDEZ

00020206





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, 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**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01761/01762 - carta_15R - INVALIDEZ

00010881



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: 0455333/39 CPF da vítima: 101.473.264-60 Nome completo da vítima: Evalázio de Almeida Paiva

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

Nome completo: Evalázio de Almeida Paiva CPF: 101.473.264-60

Profissão: Piloto Endereço: Rua Sverino Bezerra Cabral Número: 511 Complemento:

Bairro: Anjo Rural Cidade: Aracimadã Estado: PB CEP: 58475-000

E-mail: Tel.(DDD): 85/98805-6654

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 485317 8

(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: Tão Pombal, 17/12/2019

Nome:

CPF:

[*] Assinatura de quem assina A ROGO

X EVALAZIO DE ALMEIDA PAIVA

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.

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

CAIXA
POUPANÇA



6277 8013 0905 1930

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

0041 013 00485317-8 07/21



DÉBITO





GOVERNO e
DA PARAÍBA

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

CERTIDÃO



CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1293/2019, na 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: 0455333/39 CPF da vítima: 101.473.264-60 Nome completo da vítima: Evalazio de Almeida Paiva

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

Nome completo: Evalazio de Almeida Paiva CPF: 101.473.264-60

Profissão: Piloto Endereço: Rua Severino Bezerra Cabral Número: 511 Complemento:

Bairro: Anjo Real Cidade: Bucaramã Estado: PB CEP: 58475-000

E-mail: Tel.(DDD): 83/98805-6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 485317 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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: João Pessoa, 17/12/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Evalazio de Almeida Paiva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

--- 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



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da conta focalizada da energia elétrica Nº 005.272.236



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.302.639-1

DADOS DO CLIENTE

MARLENE MENDONÇA
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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02957.450006 00528.736176 2 81020000015341				
Pagador: MARLENE MENDONÇA CNPJ/CPF: 048.360.334-11				
RUA SEVERINO BEZERRA CABRAL 511 - AREA RURAL - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000528736	000094349201912	13/12/2019	R\$ 153,41	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2057-5				



20/07/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: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 Atendente: acolhimento

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

PACHU

Endereço: JOAO BATISTA LOPES

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Queimadas

Idade: 027

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA

RG: 3514777

N°: 25

Responsável: GIOVANNA

CPF: 10147326460

Profissão: AUXILIAR
ADMINISTRATIVO

Estado Civil: Casado(a)

Data de
Atend: 20/07/2019

CNS: 708903792680515

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

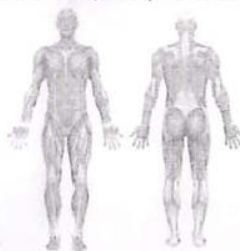
Hora: 01:19:22

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erifema subcutâneo
10. Enrugamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luvção
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rincorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Politrauma.

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

20/07/19

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DA CLÍNICA: Paciente vítima de colisão motorista. No, cerca de 01h. Chegou ao serviço trazido pelo SAMU em prancha rígida com colar cervical. Nega perda de consciência, vômitos ou cefaleia. Refere dor em pelvis esquerda. Nega outras queixas. Ao exame: A - via aérea permeável com colar cervical. B - respiração espontânea, ausência de entesmo ou crepitações. C - sem sinais de sangramento. D - Glasgow = 15. E - Escoriações e possível fratura em punho E.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS

Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

15

PA

HGT:

SatO2

98%

AP: MV+ e simétrico, sem RA.

ACV: RCR em 2T, sem soplos.

ABD: depressível, indolor à palpação.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia: FAST

() Gasometria arterial

() Radiografias: Tórax, bacia, braço e punho 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, 9% — 500 mL, EV, agora.	
2	Dipirona 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
CIRURGIA GERAL
CRM/PB 8108

letohtcg/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

HTCG-Painel Administrativo

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: *Evilazie de Almeida Paes*

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:

20/07/10

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG FAST

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

Dr. Antonio Bilio Neto
MÉDICO RESIDENTE
Cirurgia Geral 8108
CRM/PB

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Filipe de Almeida

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Car. S.E.

MATERIAL A EXAMINAR:

90 GUNAS (R) S.E.

EXAME SOLICITADO:

EXAME DE URINA
EXAME DE FEZES
EXAME DE SANGUE
EXAME DE SOROS
EXAME DE URINA
EXAME DE FEZES
EXAME DE SANGUE
EXAME DE SOROS

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

22/02/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

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

REQUIS.ÃO DE EXAME

0
aiz de Almeida Pachua
PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Pelitzum2

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx de
R-x de
torx AP, R-x de bacia AP e perfil, punho e baze
esquerde AP e
perfil

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA: 20-7-2019

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Antonio Bido Neto
MEDICO RESIDENTE
Cirurgia Geral
CRM/PB 8108
RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO

19/07/19
RAIO X
RAIO X





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME:									
IDADE:	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	às	:	h
SETOR:				LEITO:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:						
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO		NORMOPOTENSO		HIPERTENSO				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE		INCONSCIENTE		ORIENTADO				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO		TAQUIPÊNICO		EUPNÉICO		BRADIPNÉICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL		POLÚRIA		OLIGÚRIA		SVD		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA		DEÂMBULA C/ APOIO		ACAMADO		S/ DEFICITE MOTOR		
	TETRAPLEGIA		HEMIAPLEGIA		PARESIA		RESTRITO NO PEITO		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO		SNG		SNE				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO		DESNUTRIDO		OBESO		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					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO				CD/FR:					
<input type="checkbox"/> NÁUSEA				CD/FR:					
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA				<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA					
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ				CD/FR:					
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA				CD/FR:					
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO				<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE		<input type="checkbox"/> PARA BANHO			
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA				CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA				CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>				CD/FR:					
				CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
				FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM				APRAZAMENTO		ASSINATURA			
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.									
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A D/LMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.									
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.									
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).									
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.									
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE									
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

MOD 125



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Guilherme de Almeida Pacheco</u>			
IDADE: <u>37</u>	SEXO: <u>M</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>F</u> <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>às</u> : <u>h</u>	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>3</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>pac. Radio Dural</u>			
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:	DISPÊNICO <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"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
INT. GAS. ROINTEATINAL (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: <u>pac. em maca</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>AUP</u>		
<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"/> DEFICIT 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 checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>M T N</u>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.		<u>contínuo</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>contínuo</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		<u>contínuo</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			

Samara Veríssimo Quintanilha
ENFERMEIRA
COREN-PB 290696

Samara Veríssimo Quintanilha
ENFERMEIRA
COREN-PB 290696

MOQ 125



RESULTADOS ESPERADOS:									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
24-09-2019	11:00	86	35,5	98	97			Paciente acordado consciente e orientado com condici- oes em bom estado de saúde de enfermagem.	Dalvani Soares de Sousa T.E.C. DE ENFERMAGEM COREN-PB 755.872 Dalva 24/07/19
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA					INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA				



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

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME 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.

Fígado 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.

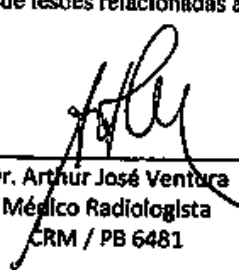
Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

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: OSTEOSSIN

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		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Suelio Almeida</u>		IDADE: <u>45</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>
DATA: <u>07/07</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES: <u>histórico distal</u>						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTE ANESTÉSICO	<div> <div>INDUÇÃO</div> <div>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</div> <div>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</div> <div>Náuseas: _____ Vômitos: _____</div> <div>Outros: _____</div> </div>					
LIQUIDOS	<div> <div>MANUTENÇÃO</div> <div><u>xylocaine 4% +</u></div> <div><u>Novofupri - 50mg</u></div> <div><u>ane 6 mg</u></div> <div><u>drumal 1mg</u></div> <div><u>cepropreno 1mg</u></div> <div><u>clonaz 2mg</u></div> <div><u>tefanel 1mg</u></div> </div>					
CÓDIGOS	<div> <div>VP. ARTERIAL - O. PULSO - O. RESPIRAÇÃO</div> <div>AX - ANESTESIA - O. OPERAÇÃO</div> </div>					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<div> <div>ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____</div> <div>Não, por quê? _____</div> </div>					
POSICÃO	<div> <div>DESPERTAR</div> <div>Reflexos na SO: _____</div> <div>Obstr.: _____ Co₂: _____ Excit.: _____</div> <div>Náuseas: _____ Vômitos: _____</div> <div>Outros: _____</div> </div>					
AGENTES	<div> <div>Com cânula:</div> <div>Paro o Leito Sim _____ Não _____</div> </div>					
TÉCNICA	<div> <div>CONDICÕES:</div> </div>					
OPERAÇÃO	<div> <div>CÂNULAS</div> </div>					
CRURGIÕES	<div> <div>PROF. DR. SUELIO MOREIRA</div> </div>					
ANESTESISTAS	<div> <div>DR. ANTONIO CARLOS</div> </div>					
OBSERVAÇÕES	<div> <div>PERDA SANGÜÍNEA</div> </div>					
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



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. 19



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2	1	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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2	2	2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2	2	2
TOTAL DE PONTOS:	9	10

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Evelyn da Almeida Rocha</u>	Idade: <u>27</u>
Convênio: <u>Sus</u>	Data: <u>27/09/2013</u>
Procedimento: <u>1to. e 2to. grau de desbridamento</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Othmar</u>	Auxiliar:
Anestesista: <u>Dr. Ama Delfino</u>	
Início: <u>10:00</u>	Término: <u>11:00</u>
Anestesia: <u>BPD</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
11:00	145/81	81	100%	Rodrigues + Edgar	—	POH/Amor
11:30	146/81	74	100%	Rodrigues + Edgar	—	Amor

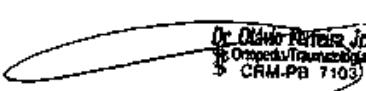
Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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	
Anestesiista: 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			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
<p>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</p> <p style="text-align: right;">  Dr. Otávio Ferreira Jr. Especialista em Traumatologia CRM-PB 7103 </p>			



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
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523



26/07/2019



GOVERNO DA PARAIBA

HTCG-Painel Administrativo

Data: 26/07/2019

Horas: 09:22:43

Médico (a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

OK

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHE Idade: 027

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

Clínica: CATARATA Enfermeira: 0 Lector: 0 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 26/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE (Nada zero a partir de 00:00 h)	UC
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h-6h	UC
3	TENOXCAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	UC
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	UC
5	NECESSÁRIO	UC
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	UC
7	NECESSÁRIO	UC
8	MANTER COM JEI.CO HEPARINIZADO	UC

Dr. Schubert Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 5523

Dr. Ana Maria de S. Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7815

- Solicito exames laboratoriais (Ct-qt).

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

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMNA
CRM/PB 5523

Enf. 03



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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
Clínica: 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. 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Dr. Otavio Ferreira Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 7103



27/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 10:42:17

Médico (a) Diarista : Otavio Ferreira Junior

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: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

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

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

ASSINATURA + CARIMBO
Otavio Ferreira Junior


Dr. Otavio Ferreira Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 7103



25/07/2019

HTCG-Panel Administrativo

Data: 25/07/2019

Horas: 09:29:29

Médico (a) Diarista : Schubert Luizl Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3

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

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leitor: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 25/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luizl Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aproximadamente
1	DIETA LIVRE	
2	DIFIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML. E.V. I.V.A.M.P.O.L.A. 6h/6h	5 no
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. I.F.R.A.A.M.P. 12h/12h	12 18 00 06
4	Reconstituir 2ML ABD.	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 ML. E.V. I.V.A.M.P.O.L.A. FAZER SE	5 no
6	NECESSARIO	5 no
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML. E.V. I.V.A.M.P.O.L.A. FAZER SE	5 no
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	5 no

Dr. Schubert Costa
Médico(a) Diarista
CRM: 1948170

10.1.1.148/projeito/htcg/emitapreescr.php?datasai=2019-07-25&contar=1948170

24/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/07/2019

Horas: 09:45:22

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 - 18101

Clínica: 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

De Schubert Luigi Costa Rodrigues
Médico (a) Diarista



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
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMNA
CRM/PB 5523



Ywly de Pave Câmara
ORIENTE E TRAMATICA
CAMPA 1987

BB6, Babil, 51 gues. 10
Diameter 4 1/2 inch 10
ed: 1000
Agave de 1000

$$h \in \mathcal{F}$$

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	DIFIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	18
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	15
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	02
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	02

MEDICO(A): Wty De Paiva Camara /

DIA 21/07/2019

Clínica: AMARELA	Enfermagem: 11	Leito: 7	Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E
------------------	----------------	----------	--------------------------------

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

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

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA



21/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Date: 21/07/2019
Hora: 13:40:09

Médico (a) Dentista : Wry De Paiva Camara



20/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAIBA

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: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 7 Diagnóstico:

DIA 20/07/2019

MÉDICO(A): Andrey Leal Wanderley /

Item	Prescrição	Apresentação
6	NECESSARIO	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	5/11
4	NECESSARIO	
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	5/11
2	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
1	OMEPRAZOL 100 MG/20ML 20 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	5/11
1	Reconstituir 2ML ABD.	
1	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IAMPOLA, 6h/6h	5/11
1	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	5/11
1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 02FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	5/11

Admãe
 Paciente admitido vítima de acidente
 de carro. Aguarda produção de
 radiografia de tórax
 Indicação para cirurgia

Dr. Andrey Leal Wanderley
 CRM: 5525-PB

10.1.1.148/projetohtcg/envia/prescri.php?data=2019-07-20&conta=1948170

1/1

24/07/2019

HTCG-Panel Administrativo

Data: 24/07/2019
Hora: 09:44:53

Médico (a): Schubert Luiz Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

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

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

Clínica: AMARELA Enfermagem: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

Data 24/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luiz Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, 2 ML. E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
3	TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	
4	Reconstituir 2ML ABD.	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML, 2 ML. E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
5	NECESSARIO	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML, 2 ML. E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
6	NECESSARIO	
6	MANTER COM JEJUNO HEPARINIZADO	

Dr. Schubert Costa
Cirurgião de Coluna
CRM/PA 5523

23/07/2019

HPM-Panel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Clínica: 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 Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE MÃO E PULMÃO
CRM/PB 5523



Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	ST
2	DIFIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 6h/6h	ST
3	TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IFRAMP. 12h/12h	ST
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. FAZER SE	ST
5	TRANIADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA. FAZER SE	ST
6	MANTER COM JEIJO HEPARINIZADO	ST

MÉDICO(A): Schubert Luiz Costa Rodrigues /

DIA 23/07/2019

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA
 Nome do Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU
 Nº do prontuário: 1948170
 Idade: 027
 Sexo: M
 Data de Nascimento: 22/10/1991
 Clínica: AMARELA
 Enfermidade: 3
 Leito: 4
 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

03

GOVERNO
DA PARAIBA

Data: 23/07/2019
 Horas: 10:18:18
 Médico (a): Schubert Luiz Costa Rodrigues

HTCG-Painel Administrativo

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

22/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 22/07/2019

Horas: 09:51:29

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA03 JK
OK

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

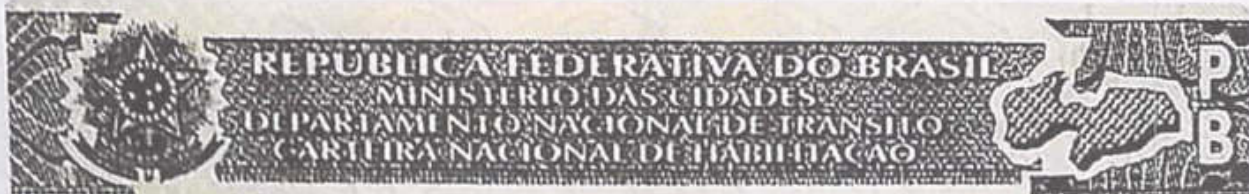
Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 22/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	5.20
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1.20 1.20 1.20 1.20
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1.20 1.20 1.20 1.20
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5.20
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	3.20
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO ATT	CT

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1549095332

NOME
EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3514777 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
101.473.264-60 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 ;

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
15/03/2018

48048176497
PB036478733

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1549095332



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014665985886

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

LA
C
R
E
D
O
O
4
O
O
3
O
4
1
2

VIA 2 COD. RENAVAM 003580300000 ENTRC 04426 EXERCÍCIO 2018

NOME
ROSINALDO TIETE DA SILVA

CPE/CNPJ 51863499415 PLACA 0ET2970/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

I P V A	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	
	*****	0	

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SÉLIO P A G O 09/01/201

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTO DE ORIGEM
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL QUE IMADAS DATA 10/06/20

01076 361



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014665985886

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

LA
C
R
E
0
0
4
0
3
3
0
4
1
2

VIA	COD. RENAVAM	ENTR	EXERCICIO
2	003580386	00/00000000	2018

NOME
ROSINALDO TIBTE DA SILVA

CPE/CNPJ	PLACA
51863499415	0ET2970/PB

PLACA ANT/UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KBD540CR502205

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/NXR150 BROS ESD	2011	2012

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA

I P V A	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
	IPVA PAGO EM	00/00/0000	1ª
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª
	*****	0	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	*****	09/01/201

OBSERVAÇÕES
SIM RESERVA DE DOMINIO
DOCUMENTO DE PORTO OBRIGATORIO
NAO VAL PARA TRANSFERENC

LOCAL	DATA
QUEIMADAS	10/06/20

VALID	361
01076	

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 (OSTEOSSÍNTESE). 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

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455111/19

Vítima: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

CPF: 101.473.264-60

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

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 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



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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 **EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**, 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:

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.joaobarbosaadvass.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