



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
EVLIAZIO DE ALMEIDA PACHU (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
36202 866	03/11/2020 18:41	<u>2760287_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15250048



230 00411/000412 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:41:12
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031841121910000034567300>
Número do documento: 2011031841121910000034567300

Núm. 36202866 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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 inde

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

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

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:

Seguradora Lider-DPVA





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

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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: **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, **Fox Penas, 17/12/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A ROGO

XEVIL12-00 ALMADA 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 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.

É OBRIGATÓRIO 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:41:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318411219100000034567300>
Número do documento: 20110318411219100000034567300

Num. 36202866 - Pág. 4



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. 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

EVLAZIO 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: 0455311/30	CPF da vítima: 101.473.264-60	Nome completo da vítima: Evalazio de Almeida Paixão		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Evalazio de Almeida Paixão		CPF: 101.473.264-60		
Profissão: Ricardo	Endereço: Rua Sverino Bezerra Labinal	Número: 511	Complemento:	
Bairro: Anaia Rural	Cidade: Quiximadas	Estado: PB	CEP: 58495-000	Tel.(DDD): (83) 98805-6654
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO 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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0044 <input type="checkbox"/> CONTA: 485317 <input type="checkbox"/> 8 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ <input type="checkbox"/> (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 Pernambuco, 17/12/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A ROGO

XEVIL12-0 DE ALM LID

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 6D000B032FBF4A0



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:41:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318411219100000034567300>
Número do documento: 20110318411219100000034567300

Num. 36202866 - Pág. 7

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segurança-via 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

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 - 03/11/2020 18:41:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318411219100000034567300>
Número do documento: 20110318411219100000034567300

Num. 36202866 - Pág. 8

20/07/2019



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

Atendente: acolhimento

PACIENTE: EVILAZIO DE ALMEIDA CEP:58475000

Nascimento:22/10/1991

PACHU

Endereço:JOÃO BATISTA LOPES

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Queimadas

Idade:027

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA

RG: 3514777

Nº:25

Responsável: GIOVANNA

CPF: 10147326460

Profissão:AUXILIAR
ADMINISTRATIVO

Estado Civil:Casado(s)

Data de Atend:20/07/2019

CNS:708903792680515

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

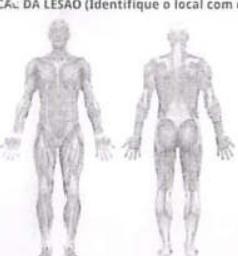
Hora: 01:19:22

CONVÉNIO:SUS

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.Contusão
- 15.F.Contante
- 16.F.Corto-contuso
- 17.F.Perfur.o-contuso
- 18.F.Perfur.o-contante
- 19. Fratura ossos fechada
- 20. Fratura ossos aberta
- 21. Hematoma
- 22. Ingerimento/Venoso
- 23. Lacerção
- 24. Lesão tendinária
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Enravado
- 29. Ossificação
- 30. Paralisia
- 31. Paresi
- 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
ho. cerca de 01h. Chegou ao serviço trazido pelo SAMU em franchisa
máscara 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 - Glasgow = 15

E - Escoriações e provável fratura em punhos. E.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 15 PA HGT: Sat02 98%

AP: MV+ e simétrica, sem RA.

ACV: RCR em 2T, sem ZQPS.

ABD: Depressível, móbil a 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
CHURGIA GERAL
CRM/PB 8108

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

1/3

<p>DA PARÁIBA</p> <p>CONTROLE DOS SINAIS VITIAIS</p> <p>HOSPITAL DE ENFERMAGEM DA TRAJUA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52</p> <p>Paciente: EVALIZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027 N° ATEND: 1948151</p> <p>DATA: 20/07/2019 HORAS: 01:20:29</p> <p>ACIDENTE DE TRABALHO: NAO</p> <p>ESPECIALIDADE: CIRURGIA</p> <p>MOTIVO: ACCIDENTE DE MOTO</p> <p>ESPECIFICO ADO MOTO: MOTO X MOTO</p> <p>SINAIS VITIAIS: HGT: 54,00 - PA: 100 - TEMP: 36,5°C - FC: 80 - FR: 18 - PESO:</p> <p>DEA: Motora (SIM) Nao: Has (SIM) Nao</p> <p>ALTERGACAO EM USO: ESTADO GERAL: Avaliacao Neurológica</p> <p>CONSUMUDO (INCOSCIENCIA) (X) CONSCIENTE (ORIENTADO)</p> <p>(DESOBRIENTADO) (AGITADO) (CODEPRESIVIO) (DEPRESSIVO) (APATICO)</p> <p>(CONFUSAO) (INCONSCIENCIA) (X) CONSCIENTE (EXCENTRICO)</p> <p>(DEPRESIVO) (INTOXICO) (DEPRESIVIO) (APATICO)</p> <p>SINTOMAS REFERIDOS</p> <p>AVALIACAO NEUROLÓGICA</p> <p>CONVULSAO (INCOSCIENCIA) (X) CONSCIENTE (EXCENTRICO)</p> <p>(DEPRESIVO) (INTOXICO) (DEPRESIVIO) (APATICO)</p> <p>(PRERECO) (DISPNEIA) (DOR) (INPELICIA) (ALTERACOES VISUAL)</p> <p>(ANAFILAXIA) (FLEBITE) (INPELICIA) (ALTERACOES VISUAL)</p> <p>(EGASMO) (CONSTIPACAO) (MELENA) (SIBILOS) (TOSSE)</p> <p>ERGASIA (OBSTACO) (ALTERACOES DA DOR)</p> <p>VERMELHO</p> <p>CLASIFICACAO DE RISCO:</p>											
DO	ASSISTENCIARIA	DIURESE	ENFERMEIRO/COREN								
HORA PA	TEMP FC	FR	DIA/MESES	ASSISTENCIARIA	DIURESE	ENFERMEIRO/COREN	ENFERMEIRO/COREN	ENFERMEIRO/COREN	ENFERMEIRO/COREN	ENFERMEIRO/COREN	ENFERMEIRO/COREN
<p>Escala de intensidade da dor</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>geral dor medida da dor pior da</p>											





GOVERNO DO ESTADO DA PARÁIBA
SECRETÁRIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Evilaizie 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: 20-7-2019	HORA DA SOLICITAÇÃO:

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

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

**GOVERNO
DA PARÁBA** SECRTÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: *Silviano O. Almeida* **PRONTUÁRIO:**
DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Cancre

MATERIAL A EXAMINAR:

*X 2 gmas (E) P.D.
10.000 mg
24.000 mg*

EXAME SOLICITADO:

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: <i>22/01/07</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

Elzir de Almeida Pachue

DATA DE NASCIMENTO:
10/07/19

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

DADOS CLÍNICOS:

Pelitrum2

MATERIAL A EXAMINAR:

*R-X de
R-X de bico
esquerda AP e
R-X de bico AP e
esquerda AP e
perfil*

EXAME SOLICITADO:

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

URGÊNCIA:

ROTTINA:

DATA: 20-4-2019

HORA DA SOLICITAÇÃO:

*Dr. Antonio Bidó Neto
MÉDICO 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:	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ /	às : h
IDADE:	SETOR:	LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESença DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVd <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	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 <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. RONENTAL: (DIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:				
RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/>	RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/>	CD/FR:			
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
NÁUSEA	CD/FR:				
DOR AGUDA <input type="checkbox"/>	DOR CRÔNICA <input type="checkbox"/>	CD/FR:			
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/>	ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/>	PARA BANHO <input type="checkbox"/>	CD/FR:		
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO PARA INT PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
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 6L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.	<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIENCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS.			
<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





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				
NOOME:	Tonilasen de Oliveira Tacheu			
IDADE:	37	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:
SETOR:	Amarela LEITO: 3			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Fractura Radial Distal			
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"/>
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
INT. GAS. RÓNTÉTINAL (DIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <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				
RISCO DE QUEDA	<input checked="" type="checkbox"/>	CD/FR:	pac. em mala	
RISCO DE ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
RISCO DE INFECÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	CD/FR:	AVP	
RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/>	CD/FR:	RETENÇÃO URINÁRIA	
RISCO DE SANGRAMENTO	<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
NÁUSEA	<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/>	CD/FR:	DOR CRÔNICA	
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
DEFÍCIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/>	CD/FR:	ALIMENTAR-SE	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/>	CD/FR:	PARA BANHO	
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<i>Samara Suaia</i>	<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<i>Samara Veríssimo Quirino</i>	<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<i>ENFERMEIRA</i>	<input type="checkbox"/>	CD/FR:	CD. CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
<i>COREN-PB 290690</i>	<input type="checkbox"/>	CD/FR:	FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL				
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	<input type="checkbox"/>	M - T - N		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.	<input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).	<input type="checkbox"/>	contínuo		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<input type="checkbox"/>	contínuo		
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/>	contínuo		
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS. AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE	<input type="checkbox"/>	contínuo .		

MOD 125







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

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

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





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 LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMÁRIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Suelcio Almeida</i>			IDADE: <i>Recole</i>	SENO:	COR:	
DATA: <i>07/07</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAIS	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
	URINA							
AP: RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUIITE		
AP: CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP: DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP: URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES <i>fet radio distal</i>								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO		
LÍQUIDOS						Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
					Laringo: _____	espasmo: _____	Lenta: _____	
					Náuseas: _____	Vômitos: _____		
					Outros: _____	MANUTENÇÃO		
					<i>zufocando</i>	<i>zufocando</i>		
					<i>Novefupi - 10ml</i>	<i>Novefupi - 10ml</i>		
					<i>ape 6g</i>	<i>ape 6g</i>		
					<i>drumel ne</i>	<i>drumel ne</i>		
					<i>cebofupi 15g</i>	<i>cebofupi 15g</i>		
					<i>dimex 250</i>	<i>dimex 250</i>		
					<i>Terat 1</i>	<i>Terat 1</i>		
					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
					Não, por quê? _____			
					DESPERTAR			
					Reflexos na SO: _____			
					Obstr.: _____	Co.: _____	Excit.: _____	
					Náuseas: _____	Vômitos: _____		
					Outros: _____	CONDIÇÕES:		
					Com cânula: _____			
					Para o Leito: Sim _____ Não _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:								
POSIÇÃO:								
AGENTES:								
TÉCNICA:		<i>Respiratória ms. Winnie</i>					CÂNLULA: <i>O.</i>	
OPERAÇÃO:		<i>Reduzir fet radio distal</i>						
CIRURGIÕES:		<i>Iniciar</i>						
ANESTESISTAS:		<i>de Suelcio 28/04</i>					<i>Suelcio</i>	
OBSERVAÇÕES:								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.							PERDA SANGUÍNEA	

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





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 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
TOTAL DE PONTOS:	9	10.

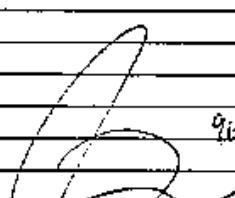
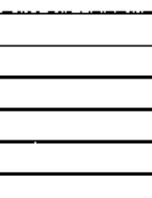
Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Enzo de Almeida Porto Idade: 27
Convênio: Sisu Data: 20/09/2018
Procedimento: Tbc na lingula e hérnia diafrágma

Observações:		
Assinatura Anestesista	Circulante	

Assinatura Anestesiista

Circulante

Relatório de Operação

WED 123



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: NAO			
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>Dr. Otávio Ferreira Jr. Ortopedico Traumatólogo CRM-PB 7105</p>			



26/07/2019

HPM-Painel Administrativo



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 huius (fus-q)

DR. SCHUBERT COSTA
CIRURGIA DE COLUNA
CIRURGIA DE TRAUMATOLOGIA
CRM-SP 5523

Item	Prescrição	Apresentação			
1	DIFERONASODICA 500 MG/ML 2 ML	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	RECONSTITUIR 2ML ABD.	NECESSARIO	MANTER COM JELO HEPARINIZADO
2	DIFERONASODICA 500 MG/ML 2 ML	E.V. IAMPOLA 12ML12H	E.V. IAMPOLA FAZER SE	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML	EV. IAMPOLA FAZER SE
3	DIFERONASODICA 500 MG/ML 2 ML	E.V. IAMPOLA 6H6H	RECONSTITUIR 2ML ABD.	ONDANESTRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML	NECESSARIO
4	DIFERONASODICA 500 MG/ML 2 ML	E.V. IAMPOLA FAZER SE	NECESSARIO	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML	EV. IAMPOLA FAZER SE
5	DIFERONASODICA 500 MG/ML 2 ML	E.V. IAMPOLA FAZER SE	NECESSARIO	NECESSARIO	NECESSARIO
6	DIFERONASODICA 500 MG/ML 2 ML	E.V. IAMPOLA FAZER SE	NECESSARIO	NECESSARIO	NECESSARIO

DATA 26/07/2019 MEDICO(A): Schubert Lüdig Costa Rödergues /

Clínica: CRM-SP Endereço: Rua Dr. J. Dargatzka, 60 Distrito: FX RÁDIO DISTAL E

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

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVH AZIO DE ALMEIDA PACIUL Idade: 027

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIGO MEDICA

GOVERNO DA PARÁIBA



Medico (a) Diarista: Schubert Lüdig Costa Rödergues

Hora: 09:22:43

Data: 26/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

26/07/2019



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 PARÁIBA

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. OS

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
ORTOPEDIA 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	10/11/19 22-6
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	10/11/19 22-6
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA-AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/11/19 22-6
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA FAZER SE NECESSARIO	18/11/19 22-6
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA FAZER SE NECESSARIO	18/11/19 22-6
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	18/11/19 22-6
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18/11/19 22-6

Dr. Otávio Ferreira Jr.
Ortopedista/Traumatologista
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: EXTRÁ Leito: I 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. Otávio Ferreira Jr.
CRM-PB 7103



Item	Descrição	Prescrição	Apresentação
1	DIETALIVRE		
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	E.V., IAMPOLA, 66/66h
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	E.V., IFLRA ANH, 12h/12h
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML	E.V., IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML	E.V., IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO
6	MINTER COM JELCO HEPARINIZADO	MINTER COM JELCO HEPARINIZADO	

DIA 25/07/2019

MEDICO(A): Schubert Lulié Costa Rorrigues /

Assinatura: Schubert Lulié Costa Rorrigues /

Nome da Paciente: EVANIZIO DE ALMEIDA PACHU
Número de protocolo: 1948170
Paciente: EVANIZIO DE ALMEIDA PACHU
Idade: 027
Clima: AMARELA
Endereço: 3
Letreiro: 4
Diagnóstico: EX RADIO DISTAL E

DADOS DO PACIENTE:

3

PRESCRITO MEDICA

Medico (a) Dairisca : Schubert Lulié Costa Rorrigues
Data: 25/07/2019
Horas: 09:29:29
HCTG-Painel Administrativo

25/07/2019

GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA GRANDE TIARAJU



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:41:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318411219100000034567300>
 Número do documento: 20110318411219100000034567300

Num. 36202866 - Pág. 28

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

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/07/2019

Horas: 09:51:14

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

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
GCM/PR 19807
SISTEMA DE TRAUMATOLOGIA

Aquele que
é: um
diverse e seu
Bem, Belo, se quer.

J = 054

Item	Prescrição	Apresentação
2	DIPRIVONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 6h/6h	DIETA LIVRE
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE 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	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO

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

Clínica: MARIELA Endometriose II - Letra: 7 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

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

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

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRITO MEDICA

Data: 21/07/2019 Hora: 13:40:09
Medico (a) Diarista: Willy De Paiva Camara

HCG-Painel Administrativo

DA PARAIBA



21/07/2019

Andrade
Wanderley
Dra. Andrade Wanderley
Cirurgião-Dentista
CRM-RJ 3962-Ped

Medicamento / remédio
de uso diário
de uso diário / uso de
fumar e alcool / uso de
alimentação / uso de

Item	MEDICO(A): Andrey Leal Wanderley /
	DIA 20/07/2019
	Clinica: MARIELA Enfermeira: II Ligeiro: 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 PACHE Data: 027
	DADOS DO PACIENTE:
	5046

PRESCRIÇÃO MÉDICA



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

HCTG-Painel Administrativo

20/07/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:41:12

DR Schubert CSDL
Grunderne der
Computer-
und Daten-
verarbeitung
S 523

Item	Medicação	Prescrição	Apresentação
1	DIETALIVRE	Prescrição	Item
2	DIPRIBONA 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	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML
5	NECESSARIO	E.V. LAMPOLA. FAZER SE	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML
6	NECESSARIO	E.V. LAMPOLA. FAZER SE	MANTEC COM JELCO HEPARINIZADO

PRESRICAO MEDICA

Tables 09-14-53

HTCG-Página Administrativa



24/07/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:41:12
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031841121910000034567300>
Número do documento: 2011031841121910000034567300

Num. 36202866 - Pág. 33

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
CIRURGICO - ORTOPEDICO
CRM/PB 5523



Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETALIVRE	
2	DIPIRONA SODICO 500 MG/ML 2 ML E.V., IAMPOLIA, 6h/6h	Recomendar 2ML ABD.
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILETTE E.V., IAMPOLIA, 12h/12h	
4	ONDANESTRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V., IAMPOLIA, FAZER SE NECESARIO	
5	TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/2ML 2ML E.V., IAMPOLIA, FAZER SE NECESARIO	
6	ANTIFER COM JELLO HEPARINIZADO	

MEDICO(A): Schubert Lübig Costa Rodrigues /

Data 23/07/2019

CRM: MARCELA Endereço: 3 Lote: 4 Diagnóstico: FX RADIO DIGITAL, E

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

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

DADOS DO PACIENTE:

PRESRICAO MEDICA

Médico (a) Diretora: Schubert Lübig Costa Rodrigues

Horas: 10:18:18

Data: 23/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



23/07/2019

22/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



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

03 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

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
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	3/08 00/00
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	3/08 00/00
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	3/08
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	3/08
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO AMT	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

EVLAZIO 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

1ª HABILITAÇÃO

01/12/2011

OBSERVAÇÕES

A;

SUELIO MOREIRA TORRES

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO

15/03/2018

LOCAL

CAMPINA GRANDE, PB

48048176497

PB036478733

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1549095332

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
2	003580300	UDUD000000	2018

NOME

ROSINALDO TIRTE DA SILVA

CPF/CNPJ	PLACA
51863499415	QET2970/PB
PLACA ANT/UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KD0540CR502205

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		1º
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º
	0000000000		3º

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

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

QUE IMAGENS	LOCAL	DATA
QUE IMAGENS	LOCAL	DATA

QUE IMAGENS	LOCAL	DATA
QUE IMAGENS	LOCAL	DATA

QUE IMAGENS	LOCAL	DATA
QUE IMAGENS	LOCAL	DATA

IPVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB

Nº 014665985886

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

LACRE

VIA COD. RENAVAM

RNFU

4444

EXERCÍCIO

2

003580389

000/0000000

2018

NOME

ROSTINALDO TIBETE DA SILVA

00400504122

CPF/CNPJ

51863499415

PLACA

DET2970/PB

PLACA ANT/UF

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^a

I
P
V
A

FAIXA IPVA

PRATICAMENTO/COTAS

2^a

3^a

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

09/01/201

OBSERVAÇÕES

SIM RECEBEU DE DOMINGO

0

QUE IMADAS

LOCAL

DATA

10/06/201

VALID

41076

361



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:41:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318411219100000034567300>

Número do documento: 20110318411219100000034567300

Num. 36202866 - 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 (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

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 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 - 03/11/2020 18:41:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318411219100000034567300>
Número do documento: 20110318411219100000034567300

Num. 36202866 - Pág. 41