



Número: **0823989-10.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **20/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RONIELE PEREIRA DONATO (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47003976	12/08/2021 10:35	<a href="#">Petição</a>	Petição
47003977	12/08/2021 10:35	<a href="#">2769247_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
47003979	12/08/2021 10:35	<a href="#">2769247_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200339871

Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO

Data do Acidente: 17/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONIELE PEREIRA DONATO

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 16145540





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

**Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200339871**

**Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO**

**Data do Acidente: 17/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RONIELE PEREIRA DONATO**

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: RONIELE PEREIRA DONATO**

**Valor: R\$ 3.375,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000737**

**Conta: 00000114978-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 099 722 954 35 4 - Nome completo da vítima: Romêli Pereira Amato

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

5 - Nome completo: Romêli Pereira Amato 6 - CPF: 099 722 954 35  
7 - Profissão: AUX. ser. gerais 8 - Endereço: Rua Moisés Rodrigues 9 - Número: 4 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Pôrto das Moedas 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53415 070  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 37741289

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0737 CONTA: 00114978 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 22/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**Nº03631.01.2020.2.00.401**

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

**Data da Ocorrência:** 17/03/2020

**Hora:** 13:24:00

**Forma da Comunicação:** Verbal

**Endereço:** Rua Iara Cordeiro da Rocha, Novo Cruzeiro, Campina Grande, PB.

**Ponto de referência:** Rua

**VÍTIMA(S)**

**Roniele Pereira Donato**, filiação: Josefa do Socorro Pereira Donato e Olegario Donato, idade: 32, data de nascimento: 19/12/1987, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Conceição, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino fundamental completo, profissão: Auxiliar de Serviços Gerais, documentos(s) de identificação: CPF nº 099.722.954-35, endereço: Av Joao Walling, 146, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Proximo do Mercadinho Estefanio/motel Saara, telefone: (83) 99633-9254.

**TESTEMUNHA(S)**

**Rosangela de Olinda Campelo Melo**, filiação: Rosa Silva de Olinda Campelo e Marcelo de Olinda Campelo, idade: 50, data de nascimento: 18/10/1969, identidade de gênero: feminino, nome social: Rosangela de Olinda Campelo Melo, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: viuvo(a), profissão: Do Lar, documentos(s) de identificação: CPF nº 691.338.914-00, endereço: Rua Sebastiana Pereira Brandao, 28, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Motel Saara, telefone: (83) 98711-5734.

**Arlane Liangelys Campello Melo Santos**, filiação: Rosangela de Olinda Campello Melo e Elinaldo Silva Melo, idade: 28, data de nascimento: 09/06/1992, identidade de gênero: feminino, nome social: Arlane Liangelys Campello Melo Santos, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: casado(a), profissão: Vendedora, documentos(s) de identificação: CPF nº 701.243.264-04, endereço: Rua Sebastiana Pereira Brandao, 28, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Motel Saara, telefone: (83) 98723-2319.

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**(1) Moto**, marca HONDA/CG 125 FAN KS, modelo HONDA/CG 125 FAN KS, tipo de veículo PASSEIO, cor preta, ano 2010/2011, UF: PB, placa NQH-9356, chassi 9C2JC4110BR406314, renavam 00274070545, características gerais: Roubo/furto não município - Uf monteiro - Pb marca/modelo honda/cg 125 Fan Ks cor preta ano Fabricação/ano Modelo 2010/2011 chassi 9c2jc4110br406314 renavam 00274070545 câmbio n/i motor jc41e1b406314 combustível gasolina capacidade de Passageiros 2 tipo do Veículo motocicleta situação do Veículo circulacao espécie do Veículo passageiro categoria do Veículo particular nome Proprietário joao Bosco Campos Simoes

**DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS**

**PARTE(S)**

**(1) Roniele Pereira Donato (VITIMA) - Exame de Lesão Corporal Nº 195.2020**

Procedimento Policial: 03631.01.2020.2.00.401






## HISTÓRICO


Que a vítima na data hora e local descrito acima estava a transitar na moto já citada, momento que estava na via preferencial, onde foi surpreendido por um veículo que o mesmo não sabe descrever; Que a colisão foi na parte esquerda da moto da vítima, atingido neste momento a perna esquerda da vítima; Que com o impacto a vítima foi lançada ao solo e posteriormente socorrida pelo SAMU, para o hospital de trauma de Campina Grande PB; Que neste citado hospital a vítima passou por procedimento cirúrgico na perna esquerda e no joelho direito, conforme documentos em anexo.

**Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.**

Campina Grande/PB, 09 de setembro de 2020.

  
ELIZABETH REGINA BECKMAN DE SOUZA  
Delegado(a) de Polícia Civil

  
RONIELE PEREIRA DONATO  
Noticiante

  
JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA  
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 03631.01.2020.2.00.401





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 099 722 954 35 4 - Nome completo da vítima: Romeli Pereira Renato

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

5 - Nome completo: Romeli Pereira Renato 6 - CPF: 099 722 954 35  
7 - Profissão: AUX. ser. gerais 8 - Endereço: Rua Moisés Rodrigues 9 - Número: 4 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Pôrto das Moedas 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53415 070  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 37741289

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0737 CONTA: 00114978 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 22/09/2020

Romeli Pereira Renato

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	17/3/2020	HORA:	13:24 HRS	ID Nº:	2003170088
NOME:	RONIELE PEREIRA DONATO				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA: IARA CORDEIRO DA ROCHA - NOVO CRUZEIRO				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 9 de setembro de 2020.

  
Deoclecio F. Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



# 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: 30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: RONIELE PEREIRA DONATO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000114978-3

---

---

Nr. da Autenticação ECD16117EE565903





**IT'S ON FERRERA LIMA**  
T.A. VOSES RODRIGUES, 4 / B CHREDE - DIST. MECANICOS -  
A. F. MA. GRANDE / PG CEP 53415070 (AQ: 4011)

F7/CHRYPAN 045 077 034-BB

GRUPO CONVEIÇÃO SANA TENSÃO / Subgrupos B3  
11/11/11 COM/TCB3 / Substitua: COMERCIAL  
11/11/11 TRF/11/11/11  
11/11/11 11-401-350-553 Nº Medidor 00000000000

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
4/230990-4

REGISTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000022300004

WILSON JAYNE

R\$ 1.068,46



VINCENZO

06/07/2020



**01778**

Jun / 2020



## CONCLUSIONS

1289kWh

[illegible]

**Sujeito a corte!**

Resto do vencimento  
Seu fornecedor, a pagar em suspenso  
a partir de 14/07/20

## FATURA9 EM ATRASO

Mar/20 18:02:00.99

C	Descrição	Quant	DESGASTOS					
			Valor Base Calc R\$	Valor Total R\$	Alc R\$	ICMS Base Calc R\$	ICMS Base Calc R\$	
3.1	Consumos em Vltb	1330	0,72670	930,16	35	222,68	100,79	48,4
3.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1	COMBUSTÍVEIS							
3.1								

Cl. Código de Classificação do Item	Q. de s. Tributar	C. 497960	TOTAL	1.630,46	820,76	227,58	820,78	10,39	46,43
RESERVADO AO FISCAL			5004.1014.0014.6016.1e13	edit. 7299.7265					

RESERVADO AO PLECO 570d.1014.d01d.801e.1c13.ed77.7279.f.c25.

Year	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100
Year	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

# NEBA ALERGIA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do promitório: 2130509 Paciente: RONIELE PERFEIRA DONATO Idade: 632

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Sexo: M

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 10 Diagnóstico: - FRATURA EXPOSTA PATELA (E)

- FRATURA FECHADA PATELA (E)

DIA 17/03/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO, 8h/8h	22 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	22 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	24 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	24
7	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	06
9	CUIDADOS CERAIS + SINAIS VITAIS	06

17/03/20 PATELA. C/ HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOR-  
CICLISTAS APÓS INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA;  
PO EXAME, APARECE BEM, CONSISTENTE, NÃO HÁ  
ETÍLICO E FALA ARRASTADA. BOM ESTÁVEL,  
F.L.C. EM ADEQUADA CALÇA (E); F.L.C. EXTENSO E  
FAZ ATENÇÃO DO PACIENTE (E) C/ EXPOSIÇÃO DE  
FRATURA DA PATELA (E) / F.L.C. ABILITADO (E)  
ID: SURTIU DO GORO CABELODO E PE (E)  
TAM GESSÃO ORTOPÉDICA (E)  
A Centro Cirúrgico

Eriesson A. Marques  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MEDICINA ESPORTIVA  
CRM 4770 / TEOT SBO 7297  
Rua: Pedro II, 429 - Prata - Campina Grande - PB  
Tel. (83) 3341 - 4666

17.03.20

22:15

PA: Jaox 70m45

Docente consueve ointado.  
Admitido do bloco. geral  
este deb. de jo mo nio  
sem infco nua. M e PN  
e segue as curdas do Egipi

500





Número do Prontuário: 123255

DATA DA CIRURGIA: 17/03/2020

Número do Atendimento: 2130509 Clin: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 10

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO

Data da Internação: 17/03/2020

Atendimento: 2130509

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA + FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSINTESE TIBIA DISTAL ESQUERDA Data da Cirurgia: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: RAQUEANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL MESA CIRURGICA  
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA  
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS  
4. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS, LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICA E IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DA FERIDA COM SF 0,9% EM JOELHO DIREITO.  
5. OBSERVADO FRATURA COMINUTIVA DA PATELA COM PERDA ÓSSEA DE APROXIMADAMENTE 50 % DA PATELA E DESINSERÇÃO PARCIAL DE TENDÕES PATELAR E QUADRICIPITAL.  
6. RETIRADA DE FRAGMENTOS COMINUTOS DIMINUTOS E TENODESE TENDÃO PATELAR E QUADRICIPITAL COM FIOS DE ETHIBOND.  
7. SUTURA DA FERIDA OPERATÓRIA.  
8. VIA DE ACESSO A TIBIA DISTAL ESQUERDA.  
9. REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTESE DA TIBIA DISTAL ESQUERDA COM PLACA EM T BLOQUEADA E PARAFUSOS CORTICAIS 4.5 mm SOB RADIOSCOPIA  
10. IRRIGAÇÃO DA FERIDA COM SF 0,9%  
11. SUTURA  
12. CURATIVO.

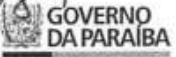
Data 17/03/2020

Assinatura/Carimbo  
Fabio De Moura Spa

Dr. Fábio de Moura Spá  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6119



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Romiele Pereira Donato</b> D N 19-12-1987					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	 <p>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</p> <p>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</p>
CIRURGIA: <b>Fúndula exp. Patelar</b>		CIRURGIÃO: <b>Dr. F. de F. (R1)</b>			
ANESTESIA: <b>Lequi</b>		ANESTESIA: <b>Dr. Ricardo</b>			
INSTRUMENTADORA: <b>Flavio</b>	DATA: <b>17-03-20</b>	INÍCIO: <b>17:40</b>	FIM: <b>19:00</b>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Catel. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº	01	Ethibond <b>Ne 05</b>
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Ketalar 0,2% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Ketalar 0,2% ml		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	03	Mononylon <b>2-0</b>
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico	08	SG-Normotérmico-fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor p/ lixo	01	SG-Gelado fr 500 ml
	Medrotrinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	01	SG-Ringr fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		
			Sonda Uretral nº	01	
			Sterydrem ml		
			Torneirinha	07	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latesa		
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque nº 25				
03	Álcool de Enfermagem 70%				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
<p><b>ORTOSE E PRÓTESE</b></p> <p><b>Bio-F-Plat</b></p> <p><b>placa T" PFI dupla angula</b></p> <p><b>cas. de 08 furos;</b></p> <p><b>para furos</b></p>					
<p><b>EQUIPAMENTOS</b></p> <p>( ) Oxímetro de Pulso ( ) Foco Auxiliar</p> <p>( ) Serra ( ) Eletrocautério</p> <p>( ) Desfibrilador ( ) Oxícapiógrafo</p> <p>( ) Foco Frontal ( ) Cardiomonitor</p> <p>( ) Fonte de Luz ( ) Perfurador Elétrico</p>					

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

Tipo 5 / ISO 11140-1

CL5240619

Referência:

Assinatura e carimbo de quem realizou a limpeza e a esterilização.

VAL.: 15-AGO-2021

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

Tipo 5 / ISO 11140-1

CL5240619

Referência:

Assinatura e carimbo de quem realizou a limpeza e a esterilização.

VAL.: 24-JUN-2021

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

**Vanda Lucia B. Medeiros**

TÉC. DE ENF. - RMAC/FF

COREN - PE 703.724

**Sabrina**

MOD 066








## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Rendell Pereira Donato		Idade:	32	
Convênio:			Data:	17/03/20	
Procedimento:	Frontoplastia patelar.				
Cirurgião:	Dr. Fabio	Auxiliar:	Dr. Mateus	Anestesista:	Dr. Ricardo
Início:	17:40	Término:	19h	Anestesia:	Rarguêl

[illegible][illegible]

Observações:

Ab Novo.



Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 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
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

  
Dra. Karolina S. Figueiredo  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PB 300

Assinatura do anestesista





**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0162

Hospital: Hospital de Trânsito Código: \_\_\_\_\_  
Procedimento: Placa de fixação dos ossos da mandíbula esquerda Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_Paciente: Roniel PereiraData da Cirurgia: 17/03/2020 Nº prontuário: 213050915 Convênio: ESPCMCirurgião: M. Fábio Spá Código: \_\_\_\_\_ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa em T tipo angular PE 6063 Bisagreira			

**ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 4,5 mm	Nº	28	30	32	44			
	Qtd.	01	01	02	01			
	Cód.							
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº	45						
	Qtd.	02						
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS**

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anotações do Médico

Dr. Fábio Spá  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 12.129

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05  
Fone/Fax: (88) 3521.4801 \* www.bioimplants.com.br

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210352734700000044643946>

Número do documento: 21081210352734700000044643946

Num. 47003977 - Pág. 17



Somos todos  
**PARAIBA**  
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/03/2020

Horas: 11:49:17

Médico (a) Diarista : Claudia Ferreira Ribeiro Leao

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 1

Clinica: NEUROBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 18/03/2020

MÉDICO(A): Claudia Ferreira Ribeiro Leao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 25 08
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	15 28 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	14 26 03
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	15 28 24 02
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	16 24
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	08
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 18/03/2020 HORA: 11:47:46

ORTOPEDIA

1 DPO - 12 HORAS DE EVOLUÇÃO

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÉRMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E SANGRAMENTO MODERADO EM JOELHO DIR

DOR: 3/4 +

CD:

VPM

AGUARDANDO RADIOGRAFIAS DE CONTROLE JÁ SOLICITADAS

MANTENHO ATB EV

ASSINATURA + CARIMBO  
Claudia Ferreira Ribeiro Leao

HALLISON OLIVEIRA DE SOUZA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9562



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210352734700000044643946

Número do documento: 21081210352734700000044643946

18.03.20. 14h - 110x70 - Paciente consciente, orientado, com AUP,  
restrito ao leito. Acuta dista. Eliminação @. Sem quei-  
nas. Com MIE utilizado. Poliyona ~~~~~

18  
03  
2020

PA- 110x70

Segue observações  
de enfermagem.  
J.





Paraíba  
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/03/2020

Horas: 16:22:44

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 2

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 19/03/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	18 22 06 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	18 22 06 24 06
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 22 06 24 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06 24 06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06 18 24 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 19/03/2020 HORA: 16:21:55

ORTOPEDIA

2 DPO

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÉRMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E SANGRAMENTO MODERADO EM JOELHO DIR (AINDA PERSISTENTE)

DOR: 3/4 +

CD:

VPM

MANTENHO ATB EV

OTIMIZO ANALGESIA

OPA

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9562



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210352734700000044643946>

Número do documento: 21081210352734700000044643946

19  
03  
2020 841- Pcte consciente, supnêico, acuta disto U-9, apresenta  
ferimento região icpálica e MMII, SIC, diurese  
presente, repere dor em MID, realizado cura-  
tivo. Rendell

11h- Pcte repere dor intensa em MID (peleto), medi-  
cado com tramal 400. Rendell

13/03/2020 paciente consciente orientado sem queixas até o momento  
segue aos cuidados de enfermagem - P = 120x70; 20A5 Medica





20/03/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-03-20&amp;contar=2130509&amp;IDC=100243



Sumar  
PARAÍBA  
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/03/2020

Horas: 08:36:41

Médico (a) Diarista: Eldiman Soares De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 3

Clínica: NEUROBUÇO Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 20/03/2020

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12 18 24 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
5	CRIOterapia EM MIE 4 X DIA	12 18 24 06
6	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 18 24 06
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	12 18 24 06
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
10	FISIOTERAPIA MOTORA	Cte
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Cte
12	CURATIVOS	Cte

### EVOLUÇÃO

DATA: 20/03/2020 HORA: 08:35:48

ORTOPEDIA

3 DPO

PCT EM BEG,  
ESTAVEL CLINICAMENTE,  
SEM DISTERMIASFO: EDEMA IMPORTANTE E HEMATOMA IMPORTANTE EM MIE  
DOR: 2+/4 +

CD:

VPM

MANTENHO ATB EV

OTIMIZO ANALGESIA

Dr. Eldiman Soares De Araujo  
Médico Traumato-Ortopedista  
CRM 6960  
CPF: 043.079.784-20

ASSINATURA + CARIMBO  
Eldiman Soares De Araujo



20-03 20

30.15

3a: 120x80mmHg

T: 37°

P: 81 bpm

R: 22

Paciente consciente, orientado  
acordado, afável, alerta, de  
afável com eliminação fisiológica  
presente. Foi realizado curativo.  
Até o momento sem infecções.  
M.e. p. M. e segw as unidades de  
Equipos.

21 horas -> PA: 120 x 80. Valência ne - x - x -





Samos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/03/2020

Horas: 09:00:17

Médico (a) Diarista : Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 21/03/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	
5	CRIOTERAPIA EM MIE 4 X DIA	
6	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUÍDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	CURATIVOS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 21/03/2020 HORA: 08:59:29

ORTOPEDIA

4 DPO

PCT EM BEG,  
ESTÁVEL CLINICAMENTE,  
SEM DISTÉRMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E HEMATOMA IMPORTANTE EM MIE  
DOR: 2+/4 +

CD: ALTA HOSPITALAR

Dr. Matheus Pedrosa  
MÉDICO  
CRM-PB 12.869

ASSINATURA + CARIMBO  
Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210352734700000044643946>

Número do documento: 21081210352734700000044643946



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 21/03/2020

NOME : Matheus Pedroso Cavalcanti D



PARAÍBA  
Governo do Estado

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO

Data da Internação: 17/03/2020

Data da Alta: 21/03/2020

Registro: 2130509

Tempo de Permanência: -18339

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA + FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Final: O MESMO

Cirurgia: LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSINTESE

Data: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: SIM

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM LESAO SU'PRACITADA

Orientações: FISIOTERAPIA + RETORNO AMBULATORIAL + ANTIBIOTICOTERAPIA

Medicações para Casa: ARTROSIL 1CP 12/12 POR 5 DIAS CIPROFLOXACINO 500MG 1CP DE 12/12 POR 7 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Matheus Pedroso  
MÉDICO  
CRM-PB 12.862

Data: 21/03/2020

Assinatura/Carimbo  
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210352734700000044643946>

Número do documento: 21081210352734700000044643946

Num. 47003977 - Pág. 25

PACIENTE:	RONIELE PEREIRA DONATO
DATA DO EXAME:	17/03/2020

**ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**


**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

**ANÁLISE:**

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

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos, retroperitônio e vísceras ocas.

  
Dr. Filipe Anderson  
Médico Radiologista  
CRM-PB 8649







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

## EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

Larson 649



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210352734700000044643946>

Número do documento: 21081210352734700000044643946

17/03/2020



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2130433 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: 17/03/2020  
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: RONIELE PEREIRA

Nascimento: 19/12/1987

DONATO

Sexo: M

Endereço: LUIZA CABRAL DE CASTRO

Telefone: 986678680

Cidade: Campina Grande

Idade: 032

Bairro: SAO JOSE DA MATA

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA

RG:

CPF:

Profissão: AUX DE SERVICOS GERAIS

Responsável:

CNS: 708509310177778

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atend: 17/03/2020

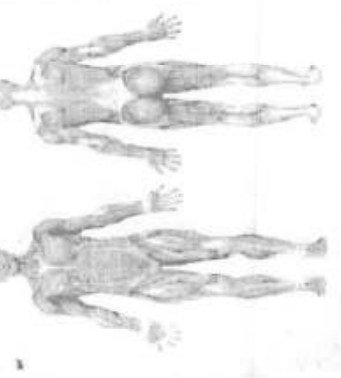
CONVENIO: SUS

Hora: 14:04:44

OBS: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

## 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. Emagamento
  11. Equimose
  12. F. Arma branca
  13. F. Arma de fogo
  14. F. Cortado
  15. F. Cortante
  16. F. Certo-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. Luxação
  26. Mordedura
  27. Movimento torácico paradoxal
  28. Objeto Encaixado
  29. Otorragia
  30. Paralisia
  31. Paralisia
  32. Paratetania
  33. Queimadura
  34. Rinoorragia
  35. Sinais de Isquemia
  - 36.

OBS:

## QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Politraumatizado

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?conta=2130433&amp;dataatend=2020-03-17&amp;horaatend=14:07:13

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vit. me de acidente automobilístico  
 no to A carro vem para serviço consciente, tendo  
 pelo SAVU, devidamente mobilizado e relatado de fato  
 ingestão de 02 doses de captopril.  
 A: Vies arterial, PA: 100/60, PR: 100/60, com calos cerival.  
 B: MV + em AIT, PA: 100/60, PR: 100/60, com calos cerival.  
 ALERGIA: c/ Exantema quando de uso, intere hum diminuído.

MEDICAMENTOS:

Negu.

PATOLOGIAS:

Negu.

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais  
 ( ) Gasometria arterial  
 ( ) Tomografia Computadorizada  
 Multirassonografia: FAST  
 Radiografias: Cervical, Torax, pelvis, Pnmoas, Joelhos

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia, 1 às 17:20 Dia 17/03/20

Especialista: BMF 1 às : Dia 17/03/20

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Diplopia - Figue 1 FA + AD, SV agudo 14-25	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Francisco de Assis  
 DR. Livia D. Balduino Silva  
 CIRURGIA GERAL  
 CRM - PB 7606

REALIZADO EM:  
 17/03/20

1/3

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Cirurgia Geral (17/03/2020) 16:07

Paciente com comorbidade de Orientação, Na Exame  
perito Abdominal Intestinal Sem Sinais de peritonite  
TAXA Para ruptura e apresenta Sem comorbidades.  
Fig V56 FAST que não evidencia líquido livre

CD: Alta da Cirurgia Geral, aos cuidados da  
Otopneumia.

BMF:

Paciente em fase de

recuperação.

CD. Suelio de Lencastre

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

( ) Centro cirúrgico

( ) Alta hospitalar / ( ) Já revela

( ) Internação (setor) / ( ) Decisão Médica

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL / ( ) Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

17/03/2020



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: 17/03/2020

Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 N° ATEND: 2130433

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO  
DATA: 17/03/2020 HORA : 14:07:13

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO  
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINANIS DE EMBRIAGUEZ : NAO

SINAIS VITAIS  
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ( ) SIM (X) NÃO HAS ( ) SIM (X) NÃO  
DEF. MOTORA ( ) SIM (X) NÃO

ALERGIAS:  
MEDICAÇÃO EM USO:  
ESTADO GERAL : REGUL  
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO  
( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA  
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor				média dor						pior dor

ESCALA DE DOR:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO

OBS:

TERCELA VIANA Duarte  
ENFERMEIRO  
COREN-PB 267.537



Recatário Simples

Vara médico

Declaro que o Sr.  
Noriele J.P. Loureiro  
foi submetido a flebo  
e injeção de patina do  
ombro para (E) e  
flebo da patela (D)  
em março de 2020,  
situando-se a  
do posto de inten-  
do pedis. CIO T93

Ericsson A. Marques  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MEDICINA ESPORTIVA  
CRM - 4770/2007-3804797  
Rua: Pedro II 428 - Fone: 3341-4666  
Tel. (83) 3341 - 4666

14/08/20  
Data





GOVERNO  
DA PARAÍBA

ATEST

SÉRIE

TRATAMENT

O PERÍODO

1206

Campina Grande

21/12/20



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma de  
Campina Grande Dom  
Luis Gonzaga Fernandes

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

PARA O PACIENTE Ranelli Pereira  
Demato

COM DIAGNOSTICO Fratura Exposta  
patela (D) + Fratura comoss Perna (E)

SUBMETIDO A TRATAMENTO

Osteossíntese

CAMPINA GRANDE, 21 / 03 / 2020.

Dr. Matheus Pedrinho  
CRM: 95.12.672

AUTORIZAÇÃO

autorizo o  
a registrar o diagnóstico

Eu, \_\_\_\_\_

Dr., \_\_\_\_\_  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável

MOD. 060





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Droguaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Matheus Pedrosa  
CRM-PB 12.869

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: Renilde Teves Bonato 24,50

Endereço: Rua Subst. de Catag (123), 5º andar.

Prescrição: 1 comprimido 500mg 14 dias

Por favor, apresentar este documento para o farmacêutico.

Dr. Matheus Pedrosa  
CRM-PB 12.869

Data: 21/03/2011

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_







HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 21/03/2020  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

**PARAIBA**  
Governo do Estado

NOME: Matheus Pedrosa Cavalcanti D.



**PARAIBA**  
Governo do Estado

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO

Data da Internação: 17/03/2020

Data da Alta: 21/03/2020

Registro: 2130509

Tempo de Permanência: -18339

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA + FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Final: O MESMO

Cirurgia: LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSINTESE

Data: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: SIM

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM LESAO SU'PRACITADA

Orientações: FISIOTERAPIA + RETORNO AMBULATORIAL + ANTIBIOTICOTERAPIA

Medicações para Casa: ARTROSIL 1CP 12/12 POR 5 DIAS CIPROFLOXACINO 500MG 1CP DE 12/12 POR 7 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Matheus Pedrosa  
- MÉDICO  
CRM-PB 12.865

Data: 21/03/2020

Assinatura/Carimbo  
Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL: Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza



ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A):

PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N.º \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_

ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N.º: 542.7 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE

14/03/2020

A

21/03/2020

NECESSITANDO DE

120 (Cetoacidose)

DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

Ass. do médico - N.º do CRM

Campina Grande

21/03/2020

Ass. do médico - N.º do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_

Dr., \_\_\_\_\_

a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande  
Dom Luiz Gonzaga Fernandes  
Rua Floriano Peixoto 4700 Malvinas  
Campina Grande-PB CEP 58432809  
CNPJ 08.778.268/0001-60

Nome: *Penaldi Pereira Dantas*

Uso oral

1 - Artrosil.....01 ex *26,32*  
Tomar 01 cp 12/12 horas por cinco dias.

2 - Dipirona 1g.....01 ex *13,30*  
Tomar 01 cp 6/6h caso dor

Dr. Mathias Pedrosa  
CRM-PB 12.859

Assinatura e carimbo do médico

Data: *21/03/2021*





ESTADO DA PARAIBA

UBSF ~~RECEBEMOS~~ PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
ALESSURREYAN SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPES - 38866689

5485754

## REQUISIÇÃO DE CONSULTA

RG:

PACIENTE: KENIALE PEREIRA  
RAIRRO/CIDADE: TEMPO DO

BAIRRO/CIDADE:

NOME DA MÃE:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: 11, 12, 35 após 100% de  
exame / PASSEI E OS 505 DA PLANO D

CÓDIGO:

ESPECIALIDADE SOLICITADA:

*V. J. 2A-719*

CARIMBO DO MÉDICO

DATA: 16 b5/c

UNIDADE SOLICITANTE

## REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

UNID. PRESTADORA:

DATA: / / HORA: : —

SENHA DA CENTRAL DE MARCAÇÃO:

**MÉDICO:**

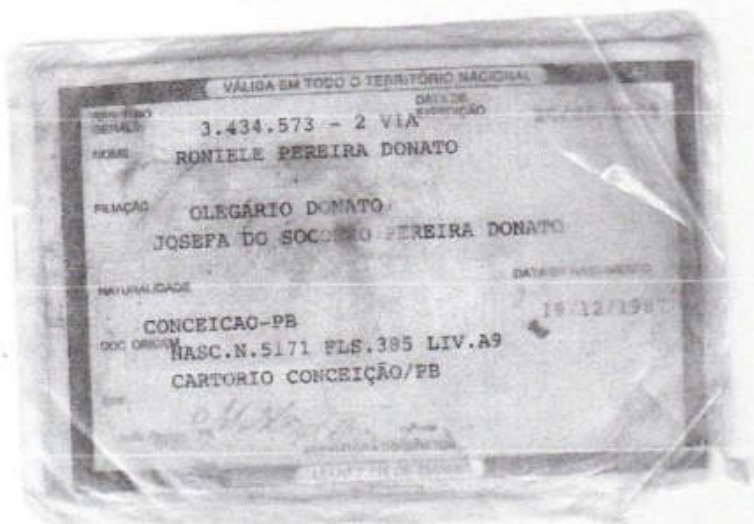
CONDOMINIO CILIBETTO (AZUL, FARETO)

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR

ASSINATURA DO USUÁRIO







## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268128/20

**Vítima:** RONIELE PEREIRA DONATO

**CPF:** 099.722.954-35

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 17/03/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RONIELE PEREIRA DONATO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**RONIELE PEREIRA DONATO : 099.722.954-35**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/09/2020  
Nome: RONIELE PEREIRA DONATO  
CPF: 099.722.954-35

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

RONIELE PEREIRA DONATO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200339871 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONIELE PEREIRA DONATO **Data do acidente:** 17/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 25/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO COM FRATURA COMINUTIVA DE PATELA.  
FRATURA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO EM JOELHO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA, PATELECTOMIA E OSTEOSÍNTESE COM FIO DE ETHIBOND), TÍBIA (OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).  
PÁG 3/4/8/25  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO E TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO JOELHO  
DIREITO E TORNOZELO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00







**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

Processo n.º 08239891020208150001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **RONIELE PEREIRA DONATO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 10 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210352793900000044643948>  
Número do documento: 21081210352793900000044643948

Num. 47003979 - Pág. 2