



19/01/2021

Número: **0825391-29.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **27/10/2020**

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	
ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38523 521	19/01/2021 14:50	2778393_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 05 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200373078

Vítima: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

Data do Acidente: 07/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000326259-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

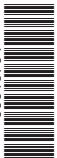
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01401/01402 - carta_15R - INVALIDEZ

00010701



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373078 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE **Data do acidente:** 07/06/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PÉ DIREITO (LISFRANC). P.4/13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

050.005.634-09

Alexandre da Cruz Andrade

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Alexandre da Cruz Andrade

050.005.634-09

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Ricardo

Jose Doroteia Duha

69

Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Liberdade

Compania Grande

PB

58414-220

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83 988056654

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)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

326259

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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(vários)?

☐ 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 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa 29/09/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 14:50:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914504142100000036733605

Número do documento: 21011914504142100000036733605



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00332.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00332.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 18:26 horas do dia 13 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Alexandre da Cruz Andrade**, conhecido(a) por Xande, CPF nº 050.005.634-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fátima da Cruz Andrade e Aroldo Chaves de Andrade, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 22/09/1983 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Dorotéia Dutra, Nº 69, complemento CASA, bairro Liberdade, tendo como ponto de referência Próximo da "casa do Pão", na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua José Dorotéia Dutra, nº 69, Casa, De Frente Ao Antigo Hospital João Ribeiro, Campina Grande/PB, bairro Liberdade; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/06/20 00:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo NXR 150 BROS ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2008/2008, UF: PB, placa MNS-1652, chassi 9C2KD03308R034505, renavam 0095494789-4, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVA FOI TRANCADO POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA, DESTE TRANCAM VEIO A BATER EM UM PARALEPÍPEDO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA. PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTES ESTADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
André J. N. de Souto Lima
Assessor - Atm. 153 33640

Procedimento Policial: 00332.01.2020.1.05.101



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

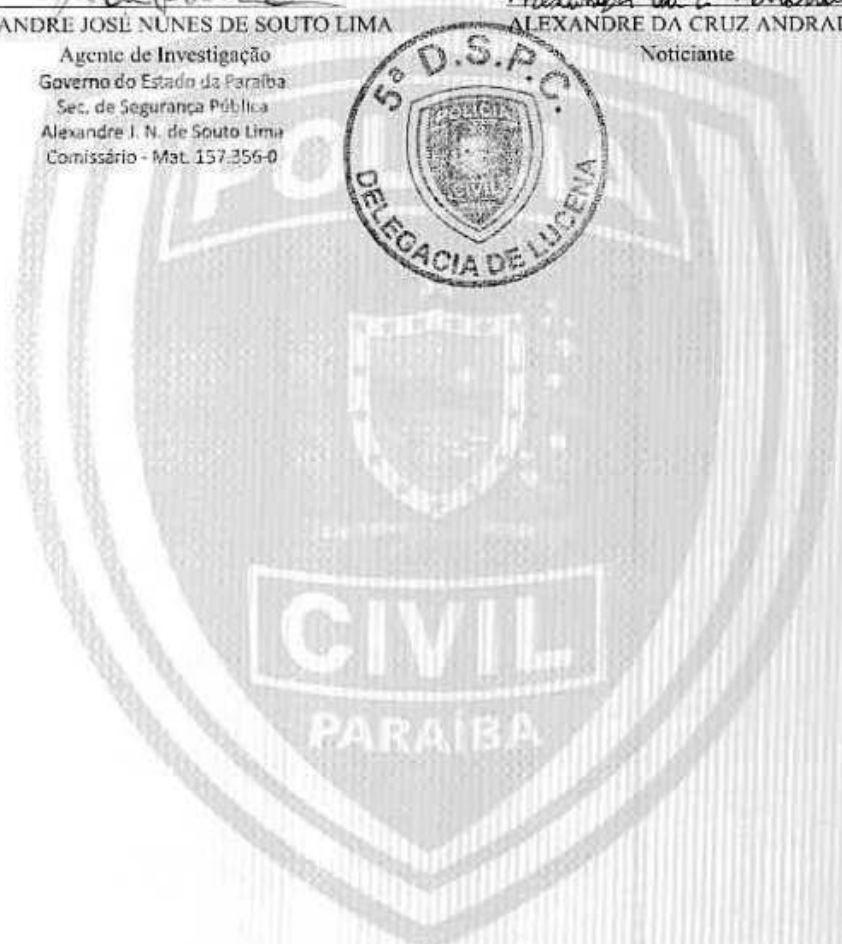
Lucena/PB, 13 de outubro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agência de Investigação
Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

Noticiante



Procedimento Policial: 00332.01.2020.1.05.101





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

050.005.634.09

Alexandre da Cruz Andrade

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Alexandre da Cruz Andrade

050.005.634.09

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Ricardo

Jose Doroteia Duha

69

Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Liberdade

Compania Grande

PB

58414-220

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83 988056654

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)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

326259

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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(vários)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa 29/09/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 28/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000326259-1

Nr. da Autenticação C95D15033593E479



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é substitutivo de conta

Receber para depósito: (copiar e enviar para o banco e não a energia) 00000000000000000000

Nº 007.198.861



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-730
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. 16.032.032-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA ARAUJO DA CRUZ
RUA JOSE DOROTEIA DUTRA 69
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/76186-6

REFERÊNCIA

JUL/2020

APRESENTAÇÃO

24/07/2020

CONSUMO

162

VENCIMENTO

31/07/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 136,11

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/08/2020

Pagador: MARIA DE FATIMA ARAUJO DA CRUZ CNPJ/CPF: 113.798.984-04

RUA JOSE DOROTEIA DUTRA 69 - LIBERDADE - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360002319346	000076186202007	31/07/2020	R\$ 136,11	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 14:50:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914504142100000036733605>

Número do documento: 21011914504142100000036733605



PARAÍBA
Governo do Estado



PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

Data da Internação: 07/06/2020

Data da Alta: 10/06/2020

Registro: 2165758

Tempo de Permanência: -18421

Diagnóstico Inicial: FRATURAS MULTIPLAS DO PE

Diagnóstico Final: FRATURAS MULTIPLAS DO PE

Cirurgia: SINTESE

Data: 07/06/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JÚNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 10/06/2020

Assinatura/Carimbo

Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIÃO DA COLUMNA
CRM/PB 5523

RESPONSÁVEL : Schubert Luigi Costa Rodrigues



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

PACIENTE: <u>Alexandre da Cruz Andrade</u>	IDADE: <u>36a</u>
DATA DE CHEGADA NO CC: <u>07/06/2020</u>	HORA: <u>09:05h</u>
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>Tto. crânio para exposição de p.</u>	CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: <u>Dr. Apolônio</u>

ACOLHIMENTO

ESTADO GERAL:	☐ GRAVE ☐ COMPROMETIDO ☐ REGULAR ☒ BOM
PREPARO:	☒ JEJUM TEMPO DE JEJUM: <u>> 12h</u> ☐ RETIRADA DE PRÓTESES ☐ RETIRADA DE ADORNOS
ACESSO VENOSO:	☒ SIM ☐ NÃO ☐ JVP ☐ AVC LOCAL: <u>MLD</u>
VENTILAÇÃO:	☒ AR AMBIENTE ☐ M.V. ☐ INTUBADO ☐ TQT
ANTECEDENTES:	☐ HIPERTENSÃO ☐ DIABETES ☐ DOENÇA RENAL ☐ AVC ☐ MARCAPASSO ☐ CONVULSÃO ☐ TABAGISTA ☐ ISOLAMENTO DE:

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: ☐ SIM ☒ NÃO	NOMES:
RESERVAS SANGÜÍNEAS: ☐ SIM ☒ NÃO	☐ CONC. HEMÁCIAS ☐ PLASMA ☐ PLAQUETAS ☐ CRIOPRECIPITADO

CIRURGIAS ANTERIORES:	QUANDO:
EXAMES	☐ RISCO CIRÚRGICO ☒ JEX. LAB. ☐ RAIO-X ☐ USG ☐ TOMOGRAFIA
PRE-OPERATÓRIOS:	TERMO DE CONSENTIMENTO: ☐ PARA CIRURGIA ☐ NSA ☐ OUTROS:
NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE:	☒ SIM ☐ NÃO LOCAL: <u>MLD</u>

PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O PACIENTE CONFIRMA: ☒ IDENTIDADE ☒ LOCAL DO PROCEDIMENTO	ALERGIAS CONHECIDAS: ☒ NÃO ☐ SIM, DEVIDO A
☒ PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: ☒ NÃO ☐ SIM
☒ CHEGAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA	MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: ☐ NÃO ☒ SIM
☒ EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): ☐ SIM ☒ NÃO	☒ MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO

OBSERVAÇÕES:	ACOLHIDO POR: <u>João Samuel</u>
--------------	----------------------------------

TRANSOPERATÓRIO

POSICIONAMENTO:	☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ LITOTÔMICA ☐ GENUPEITORAL ☐ OUTRAS:
PLACA DE BISTURI:	☐ SIM ☒ NÃO LOCAL:
EQUIPAMENTOS:	☐ BISTURI ELÉTRICO ☐ MICROSCÓPIO ☐ TORRE VDL ☒ JARCO CIRÚRGICO ☐ LASER ☐ OUTROS:
USO DE COXINS:	☐ SIM ☒ NÃO LOCAL:

SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

☒ TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM	☒ NOME DO PACIENTE ☐ LOCAL DO PROCEDIMENTO
☒ PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: <u>50'</u>	☒ CIRURGIA PROGRAMADA
☒ PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA	☒ PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM <u>cefazolina</u>
	☒ EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA: <u>12h30</u> <u>Propofol + N2O + Oxigênio</u>	HORA:		
HORA: <u>12h30</u> <u>Cefazolina + Toradol + SVO</u>	HORA:		
HORA: <u>12h30</u> <u>Defenda + N2O + Oxigênio</u>	HORA:		
HORA: <u>12h30</u> <u>Fedrina</u>	HORA:		
HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
ADMISSÃO NA S.O.: <u>12h40</u>	<u>15 x 93</u>	<u>75 bpm</u>	<u>95%</u>
IM DA CIRURGIA: <u>12h40</u>	<u>120 x 58</u>	<u>76 bpm</u>	<u>95%</u>

PROCEDIMENTOS	REALIZADO POR:	DRENOS E CANULAS
☐ IOT n.º ☐ SNG n.º ☐ SNE n.º		☐ PENROSE LATEX ☐ PENROSE SILICONE
ACESSO CENTRAL TIPO: LOCAL:		☐ WATERMAN ☐ BLAKE
AVP: CATETER N.º LOCAL:		☐ GUEDEL ☐ SUÇÃO
PAM CATETER N.º LOCAL:		☐ DRENO TORÁCICO ☐ DRENO DE MEDIASTINO
SVO n.º BALÃO COM ml ABD ☐ SVA		☐ IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

☒ NOME DO PROCEDIMENTO	☒ CONTAGEM DE COMPRESSAS
☒ ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.	☒ MATERIAIS PARA EXAMES ☐ NÃO ☐ SIM
	QUAL:
	PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: ☒ NÃO ☐ SIM
	QUAL:

OBSERVAÇÕES DE SALA:	
INTEGRADORES DOS	
INSTRUMENTAIS	



LEGENDA PARA SINALIZAÇÃO DE ACESSOS/DRENOS/LOCALIZAÇÃO DA CIRURGIA

AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO ✓ DT - DRENO TORÁCICO
 AVC - ACESSO VENOSO CENTRAL DP - DRENO PENROSE
 IC - INCISÃO CIRÚRGICA ✓
 C - COLOSTOMIA
 N - NEFROSTOMIA
 PB - LOCALIZAÇÃO DA PLACA DE BISTURI
 PAI - PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA
 DVE - DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA
 DB - DRENO DE BLAKE



RESPONSÁVEIS DE SALA/REGISTRO NO CONSELHO: *Marta Gomes Flandino* PACIENTE ENCAMINHADO: ☒ SRPA ☐ UTI ☐ ENFERMARIA ☐ OUTRO:
 EQUIPE DE TRANSPORTE: *Manoel*

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO- SRPA

HORA DE ADMISSÃO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	☒ ACORDADO ☐ SONOLENTO ☐ ACORDA QUANDO CHAMA ☐ DORMINDO										
ESCALA DE DOR (CIRCULE O NÚMERO)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	LEVE			MODERADA				INTENSA			
TROCADO CURATIVO	☐ SIM ☒ NÃO			MOTIVO:							
DESPREZADO	☐ SIM ☒ NÃO			VOLUME TOTAL:							
DRENAGEM DE Sonda E/OU DRENO	☐ SIM ☒ NÃO			ASPECTO/COR:							
DESPREZADO DIURESE	☐ SIM ☒ NÃO			VOLUME TOTAL:				ASPECTO/COR:			

SINAIS VITAIS						
HORA/SSVV	FC	P.A.	TEMPERATURA	FR	SpO2	HGT
12:30	77 bpm	124/62	-	-	96%	-

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK						
HORA	CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	SATURACÃO	CIRCULAÇÃO	ATIVIDADE	I.A.K. / TOTAL
ENTRADA:						
SAÍDA:						

INTERCORRÊNCIAS NA SRPA
☐ NÁUSEAS ☐ VÔMITOS ☐ SANGRAMENTOS ☐ DOR ☐ ALTERAÇÃO P.A. ☐ ALTERAÇÃO F.C. ☐ TREMORES
☐ EDEMAS ☐ BEXIGOMA ☐ DESSATURACÃO ☐ HIPERTERMIA ☐ ANAFILAXIA ☐ PCR REVERTIDA ☐ ÓBITO

AValiação de enfermagem: relato de intercorrências e condutas na SRPA
Destino - Alta em 14:34

TRANSFERIDO PARA: ☐ ENFERMARIA /LEITO: ☐ UTI/LEITO:	ALTA DO SRPA: ☐ SIM ☒ NÃO	ALTA HOSPITALAR: ☐ SIM ☒ NÃO
OUTRO:		
PRESCRIÇÃO MÉDICA:	☐ SIM ☒ NÃO	
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:	☐ SIM ☒ NÃO	
REQUISIÇÃO EXAMES:	☐ SIM ☒ NÃO	
REQUISIÇÃO ANATOMO-PATOLÓGICO:	☐ SIM ☒ NÃO	
REQUISIÇÃO CULTURA:	☐ SIM ☒ NÃO	
RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:	DATA/HORA:	

AValiação de anestesia: relato de intercorrências e condutas na SRPA	

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Alexandre da Cruz 3. Amador. DN=99/09/1983					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE Sala 04	CONVÊNIO 515	IDADE 36	REGISTRO		
CIRURGIA Fratura de fêmur c/ fixação			CIRURGIÃO Dr. Agnaldo			
ANESTESIA Raqui			ANESTESIA Dr. Rafael			
INSTRUMENTADORA		DATA 07/06/20	INÍCIO 12:15	FIM		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	15		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorfo amp.			Catgut Simplex	
02	Dolanina amp.			Catgut Simplex Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simplex Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simplex Sertix	
	Fentanil ml			Cera p/ osso	
	Indva ml			Ethicond	
	Ketalar ml			Ethicond	
	Mercaina % ml			Ethicond	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.			Fio de Algodão Sutapak	
	Protexido /ml			Fio de Algodão Sutapak	
	Quelich ml			Fio cardíaca	
	Rapfen amp.		01	Mononylon 2.0	
	Thionembital ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02		Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.			Prolene Sertix	
01	Decadron amp.			Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02		Prolene Sertix	
03	Flexido amp.	04		Vicryl Sertix	
01	Fletescor amp.			Vicryl Sertix	
01	Geramona amp.			Vicryl Sertix	
	Glicose amp.				
	Glucosa de Cálcio amp.				
	Haemacei ml				
	Heparema ml				
	Kanakuon amp.	05			
	Las x amp.	05			
	Medrotrinazol	02			
01	Plasi amp.	01			
	Prolema	02			
	Reviran amp.				
	Stuplanon amp.				
	Cefazolina 1g				
02	Cefazolina				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
	Agulha desc. 25 x 7				
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4.5	05			
01	Agulha p/ raque nº 25	01			
05	Alcool de Enfermagem	05			
	Alcool Iodado ml				
	Aduras de Crepon	30 cm			
	Aduras de Gossada				

Qtd.	Qtd.	SOROS
	02	SG Normotermico fr 500 ml
		SG Gelado fr 500 ml
		SG Hipertermico fr 500 ml
	01	SG Ring fr 500 ml
	04	SG fr 500 ml p/ limpeza

Qtd.	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	04	ST p/ limpeza
	03	Mod de limpeza

EQUIPAMENTOS	
☒ Oxímetro de Pulso	☐ Foco Auxiliar
☐ Serra	☐ Eletrocautério
☐ Desfibrilador	☐ Oxícapnógrafo
☐ Foco Frontal	☐ Cardiomonitor
☐ Fonte de Luz	☒ Perfurador Elétrico



Número do Prontuário: 50520

DATA DA CIRURGIA: 07/06/2020

Número do Atendimento: 2165758 Clin: ALA AMARELA / Enf: 10 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

Data da Internação: 07/06/2020

Atendimento: 2165758

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA-LUXAÇÃO LISFRANC PE *Direito*

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 07/06/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Aux 2:

x 3:

Instrumentador: JOSE

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDII

2- ASSEPSIA + AS + CAMPOS ESTÉREIS

3- OBSERVADO EDEMA IMPORTANTE, COM SINAIS DE HIPOPERFUSÃO PERIFÉRICA

4- OPTADO PELA DERMOFASCIOTOMIA COMPRESSIVA

5- AMPLIAÇÃO DA FERIDA + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0.9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

6- REDUÇÃO INCRUENTA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIOS DE KIRSCHNER UTILIZANDO A TÉCNICA DE "PALITEIRO"

7- REVISÃO HEMOSTÁTICA

8- OBSERVADA MELHORA DA PERFUSÃO PERIFÉRICA

9- CURATIVO

Data 07/06/2020

Assinatura/Carimbo
Agnaldo Lima Pereira Junior

[Handwritten signature]
Agnaldo Lima Pereira Junior
Cirurgião Geral
CRM 10.410 - RPPF 1.520



09/06/2020

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandre da Costa Idade: 36 Sexo: M Enf/Leito: 8-4

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fx pi

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SITUAÇÃO FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

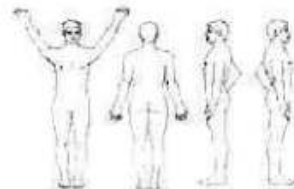
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida: Curativo em: ____/____/____.



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMPEZA FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO/REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 14:50:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914504142100000036733605

Número do documento: 21011914504142100000036733605

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL	
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE	
RISCO DE Desequilíbrio Eletrolítico	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS		
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL			() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA			
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL			
(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		Diário	(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO			
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			(X) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		C. pr.	
(X) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO			
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS			() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			
(X) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		Sempre	(X) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)			() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS			(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		Sempre	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			
OUTRO			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ☐ SIM ☐ NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ☐ SIM ☐ NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ☐ SIM ☐ NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ☐ SIM ☐ NÃO ESTADO MENTAL? ☐ AGITADO ☐ DISTÚRPIO NEUROLÓGICO

NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ☐ SIM ☐ NÃO

RA E CARIMBO:



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandre de Souza Idade: 30 anos Sexo: M Enf/Leito: 08109

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ex. de P.

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: (X) PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SITUAÇÃO FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: (X) VO () SNG () SNE () OUTROS:

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida: Curativo em: ____/____/____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

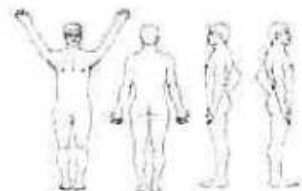
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATORIA () DISPNEIA () ENTUPIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
PP	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA (X) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO () EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR (X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO () APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS (X) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS (X) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO) () OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS (X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO OUTRO		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ (X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE () CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE) () MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LÍMITES FISIOLÓGICOS () MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO (X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO
 IRA E CARIMBO: _____



[illegible]



SERVIÇOS REALIZADOS:

Tipo do paciente	/	/	hs.

Centro cirúrgico _____
 Internação (setor) _____
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () Já revelta
 () Decisão Médica () Jobito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

UDADZ

087

CÓDIGO/PROCEDIMENTO



Contato: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE Idade: 036 N° ATEND: 2165657

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

NTS DE EMBRIAGUEZ

BETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
MOTORA ()SIM ()NÃO

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

EBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
RURDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
NAFLAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
PIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

1.148/proiecte/colimpreclassi.php?contar=2165657&dataatend=2020-06-07&horaatend=05:52:28

3/3

Data da internação: 07/06/2020 Hora: 12:42:29

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE		6 - N° DO PRONTUÁRIO 2165758
7 - CARTÃO DO SUS 701007868378592	8 - DATA DE NASCIMENTO 22/09/1983	9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DE FATIMA DA CRUZ ANDRADE		11 - ENDEREÇO DE CONTATO N° DE TELEFONE 83
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) JOSE DORETEIA DUTRA, 69, LIBERDADE		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CID - DOENÇA S05.0400	15 - UF PR
		16 - CEP 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO CORTO-CONTUSO PE E		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TTO CIRURGICO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS RESUMIDAS OU DE EXAMES REALIZADOS ANAMNESE + EXAME FÍSICO		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA-LUXAÇÃO LISFRANC EXPOSTA PE E		
21 - CID 10 PRINCIPAL S60.06		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA 	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGENTE	28 - DOCUMENTO () CNES () CUP 980016296777642
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR		30 - DATA 07/06/2020
31 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 33 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	35 - CNEI DA SEGURADORA 	36 - N° DO BILHETE
37 - CNEI EMPRESA 	38 - CNAE DA EMPRESA 	39 - CIDOR
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () VOTO PRECATORIO () NÃO SEGURO		
AUTORIZAÇÃO		
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		42 - CID ORGÃO EMISSOR
43 - DOCUMENTO () CNES () CUP 		44 - N° DO DOCUMENTO CNES DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		46 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARAÍBA

NOME
ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
2921515 **SEXO** **UF**
88P PB

CPF
050.005.634-09

DATA NASCIMENTO
22/09/1983

FILIAÇÃO
AROLDO CHAVES DE ANDRADE
MARIA DE FATIMA DA CRUZ ANDRADE

PERMISSÃO **ACC** **CAENAB**
[] [] AB

Nº REGISTRO
027630/25477

VALIDADE
23/02/2025

1ª HABILITAÇÃO
24/02/2003

OBSERVAÇÕES

Alexandre da Cruz Andrade
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
28/02/2020

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

43915411546
PB040632025

PARAÍBA

VALIDADEM TODOS
OTEGITÓRIO NACIONAL
1847961574

PROIBIDO PLASTIFICAR
1847961574



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB UF: 011545643835

98572660381
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT: 20150100069610-3

0095494739-4 00/00000000

LEANDRO SALES DOS SANTOS
R VILA N RAINHA EM CASA JEMILIA
CENTRO
58400220 CAMPINA GRANDE, PB

01606898485 MNC1652788

SEBASTIÃO DOS SANTOS
PLACA ANT. CHASSI

NOVO PB 9C2KD03308R034505

ESPECIE DEPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES

2008 2008

CAP/POT/CL: 2 E/149/CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : KD03E38034505

CAMPINA GRANDE-PB



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MNS1652**2017**

[Imprimir Consulta](#)**MNS1652****PASSA / MOTOCICLET****GASOLINA****HONDA/NXR150 BROS ES****2008 2008****PARTICULAR VERMELHA****30/04/2020****Comunicacao de Venda****CAMPINA GRANDE****16/10/2020**Último Licenciamento: **2017**

Proprietário: *****

Placa: **MNS1652**Combustível: **GASOLINA**Marca/Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**Ano de Fabricação: **2008**Ano Modelo: **2008**Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **VERMELHA**Vencimento Licenciamento: **30/04/2020**

Observação:

Restrição: **Comunicacao de Venda**

Financeira:

Município: **CAMPINA GRANDE**Situação: **IMPEDIMENTO ADMINIST**Data da Consulta: **16/10/2020**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294955/20

Vítima: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

CPF: 050.005.634-09

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 07/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE : 050.005.634-09

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: 19/10/2020
Nome: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE
CPF: 050.005.634-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

