



Número: **0823999-54.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **20/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35675401	20/10/2020 11:29	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
35675431	20/10/2020 11:29	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL</a>	Outros Documentos
35675433	20/10/2020 11:29	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Procuração
35675435	20/10/2020 11:29	<a href="#">DOC. PESSOAIS E COMP. DE RESIDÊNCIA</a>	Documento de Identificação
35675437	20/10/2020 11:29	<a href="#">BO E COMP. DE PAG. ADMINISTRATIVO</a>	Outros Documentos
35675442	20/10/2020 11:29	<a href="#">DOC. MÉDICA 1</a>	Outros Documentos
35675445	20/10/2020 11:29	<a href="#">DOC. MÉDICA 2</a>	Outros Documentos
35676167	20/10/2020 11:29	<a href="#">DOC. MÉDICA 3</a>	Outros Documentos
36296861	05/11/2020 20:37	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

Petição Inicial em anexo.



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.**

**MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**, brasileiro, solteiro, moto boy, portador do CPF de nº 048.278.029-04, residente e domiciliado na Rua Evaldo Gonzaga de Albuquerque, nº 75, Bairro: Cruzeiro na cidade de Campina Grande/PB por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex<sup>a</sup>, propor o presente:

**ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.**

**COMPLEMENTO**

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

**DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO**

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do



procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015.**

### **DOS FATOS E DOS DIREITOS**

No dia **16/12/2019**, foi vítima de um acidente automobilístico pilotando sua motocicleta HONDA/CG 150 START, na cor preta, de placa LMD 9437, licenciada em seu nome, que ao trafegar com sua motocicleta um outro veículo ao adentrar em uma garagem tomou parte da via, fazendo com que a vítima não tivesse tempo de evitar, colidindo assim na lateral do veículo e vindo ao solo e sofrer lesões graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma na cidade de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, o que ocasionou incapacidade permanente na parte autora, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de Ocorrência da Polícia, Ficha de Internação e Cirurgia, todos em anexos.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como o como **FRATURA DE OSSOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO DIREITO ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSÍNTESE (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS)**, devido ao acidente, o que sem duvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudo médicos acostados aos autos e pericia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 1.687,50 (MIL, SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com



veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

**Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:**

***I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;***

***II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;***

***III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.***

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação mencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

***Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.***

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

***APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006.***

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 -B, Severino Cabral,  
Bodocongó, Campina Grande - PB. CEP: 58430-340.  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



**PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO.** 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

#### **DO REQUERIMENTO:**

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,  
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



04- seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

**05- com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);**

06- seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo cópias das documentações;

**08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já encontra-se em anexo;**

09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor de **R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

**Campina Grande - PB, em 13 de Outubro de 2020.**

**INACIO BRUNO SARMENTO**  
**- Advogado - OAB/PB 21.472**



## QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:\_\_\_\_\_.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, por volta das \_\_\_\_\_ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA ( ), de que forma?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Sem mais, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

(Assinatura – carimbo – CRM)

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,  
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)





**PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL**

**OUTORGANTE:** Michael Sohn de Souza Pereira, brasileiro (a),  
solteiro, motoboy portador da Cédula de Identidade nº:  
50527509, inscrito no CPF nº: 048 / 278 / 029 / 04, residente e domiciliado  
na Rua Eivaldo Gonzaga de Albuquerque, Nº 75, Bairro, Purizinho,  
na Cidade de Campina Grande /PB. 83-998107441

**OUTORGADO:** INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na  
OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: **Dinamarca Alves Correia,**  
**1020, loja 02, Dinamérica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-**  
**5048/98769-2274.**

**PODERES:** Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do  
Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta  
Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante,  
defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar,  
desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar  
compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a  
presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os  
atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme  
e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo  
Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de  
04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

**CONTRATO:** O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária  
advocatória remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%,  
calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS**

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei nº 1.060/50, declara que é pobre  
na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem  
comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 17 de Agosto de 2020.

Michael Sohn de Souza Pereira  
**Outorgante/Declarante**

Rua: Dinamérica Alves Correia, nº 1020, loja 02,  
Dinamérica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000.  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
50527509 SSP SC

CPF  
048.278.029-04 DATA NASCIMENTO  
12/09/1985

FILIAÇÃO  
JUVENAL DA SILVA  
PEREIRA  
MARILENA DE SOUZA  
PEREIRA

PERMISSÃO ACC CATNAB  
AB

Nº REGISTRO  
05053227587 VALIDADE  
01/08/2024 1ª HABILITAÇÃO  
08/10/2010

OBSERVAÇÕES  
EAR:

Assinatura do Portador

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO  
07/08/2019

Assinatura do Emissor

50441294837  
PBO38380551

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1838505736

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1838505736



MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA  
RUA EVALDIO FONSECA DE ALBUQUERQUE, 75 - CRUZEIRO  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58417553 (AG 401)

CPF/CNPJ/RANI: 048.378.028-04

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
Classe: RES-MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligação: MONOFÁSICO  
Roteiro: 14-401-782-21/5 Nº Medidor: 00008090880



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
4/262991-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002629913



VALOR DA FATURA

R\$ 68,46



VENCIMENTO

29/07/2020



REFERÊNCIA

Jul / 2020



CONSUMO

84kWh

2,80 kWh  
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$)	Cofins (R\$)	ICMS (R\$)	PIS (R\$)	Cofins (R\$)
0801	Consumo em kWh	84	0,722070	60,65	60,65	25	15,16	60,65	0,65	3,02	
	LANÇAMENTO E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB LUM PUBLICA			7,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORANG2020			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA06/2020			1,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0809	BÔNUS ITAIPULEI104382002120019			-0,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	88,46	60,65	15,16	60,65	0,65	3,02
Tarifa s/ Tributos	0,497680						

RESERVADO AO FISCO 939b.b44b.75b6.9a79.e2ad.1821.53bf.4124

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Jul/19	63
Ago/19	58
Set/19	63
Out/19	61

LEITURAS

Anterior 29/06/2020 3654

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist da Energisa/BO	14,72	21,23
Compra de Energia	21,17	30,54



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291863800000034075487>

Número do documento: 20102011291863800000034075487





**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

## **BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**Nº02957.01.2020.2.00.401**

### **OCORRÊNCIA(S)**

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

**Tipificação 1:** LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

**Data da Ocorrência:** 16/12/2019

**Hora:** 21:58:00

**Forma da Comunicação:** Verbal

**Endereço:** Av Almirante Barroso, Cruzeiro, Campina Grande, PB.

**Ponto de referência:** Giradouro Que Dá Acesso a Av Pres Juscelino Kubitchek

### **VÍTIMA(S)**

**Michael John de Souza Pereira**, filiação: Marilena de Souza Pereira e Juvenal da Silva Pereira, idade: 34, data de nascimento: 12/09/1985, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino médio completo, profissão: Moto Boy, documentos(s) de identificação: CPF nº 048.278.029-04, endereço: Rua Evaldo Gonzaga de Albuquerque, 75, Cruzeiro, Campina Grande, PB, ponto de referência: Medfarma, telefone: (83) 99810-7441.

### **TESTEMUNHA(S)**

**Maria Eduarda Domingos de Oliveira**, filiação: Maria Adriana Domingos e Eduardo Julio de Oliveira, idade: 19, data de nascimento: 11/04/2001, identidade de gênero: feminino, nome social: Maria Eduarda Domingos de Oliveira, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Itabaiana, estado civil: casado(a), profissão: Manicure, documentos(s) de identificação: CPF nº 111.590.804-96, endereço: Rua Prefeito Antônio Luiz Coutinho, 690, Liberdade, Campina Grande, PB, ponto de referência: Churrascaria Paulistano, telefone: (83) 98873-2223.

**Jhoais Felipe Coutinho**, filiação: Maria do Socorro Leal e Pedro Coutinho de Castro, idade: 27, data de nascimento: 06/10/1992, identidade de gênero: masculino, nome social: Jhoais Felipe Coutinho, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: casado(a), profissão: Moto Boy, documentos(s) de identificação: RG nº 3751178 SSP/PB, endereço: Av Pres Juscelino Kubitchek, 1648, Presidente Médice, Campina Grande, PB, ponto de referência: Casa/proximo a Medfarma, telefone: (83) 99600-3041.

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

**(1) Moto**, marca HONDA/CG150 START, modelo HONDA/CG150 START, tipo de veículo passeio, cor PRETA, ano 2014/2015, UF: PB, placa LMD-9437, chassi 9C2KC1670FR000777, renavam 01031521140, características gerais: Roubo/furto não município - Uf campina Grande - Pb marca/modelo honda/cg150 Start cor preta ano Fabricação/ano Modelo 2014/2015 chassi 9c2kc1670fr000777 renavam 01031521140 câmbio n/i motor kc16e7f000777 combustível alcool/gasolina capacidade de Passageiros 2 tipo do Veículo motocicleta nome Proprietário michael John de Souza Pereira

### **DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS**

#### **PARTE(S)**

(1) Michael John de Souza Pereira (VITIMA) - **Exame de Lesão Corporal Nº 172.2020**

Procedimento Policial: 02957.01.2020.2.00.401



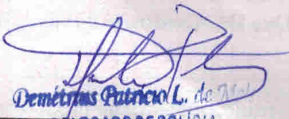


## HISTÓRICO

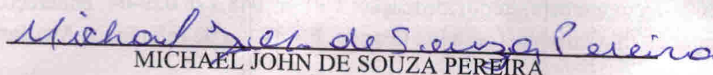
Que a vítima na data hora e local descrito acima estava a transitar com sua moto descrita acima, momento que a vítima colidiu sua moto com um veículo que estava a adentrar a garagem da casa porém o veículo ficou tomando parte da via para adentrar a garagem; Que a vítima com impacto na lateral do veículo que o mesmo não sabe identificar qual seria o veículo, foi lançado ao solo e posteriormente socorrido pelo samu para o hospital de trauma de Campina Grande PB, onde a vítima passou por procedimento cirúrgico em seu tornozelo direito onde foi colocado dois pinos.

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

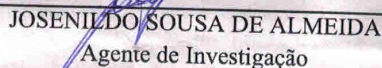
Campina Grande/PB, 14 de agosto de 2020.

  
EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO

Delegado(a) de Polícia Civil  
MAT 181.826-17/PB

  
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Noticiante

  
JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA  
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 02957.01.2020.2.00.401





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 Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200295411**

**Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**

**Data do Acidente: 16/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um 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: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000041**

**Conta: 00000568227-0**

**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**

Estamos aqui para Você







## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que o paciente atendido no dia 16/12/2019 nesta unidade hospitalar foi **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**, nascido em 12/09/1985, filho de Juvenal da Silva Pereira e Marilena de Souza Pereira, inscrito no RG 50527509 SSP SC e no CPF de nº 048.278.029-04, residente e domiciliado a Rua Evaldo Gonzaga de Albuquerque, 75, Cruzeiro, Campina Grande - PB, onde lê-se **MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** leia-se **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**.

Sem mais para o momento.

Campina Grande/PB, 13 de agosto de 2020

Hospital de Emergência e Trauma  
de Campina Grande  
Dr. Heloísa Fernanda Silva Aragão  
OAB/PB 22.893  
End. 638.472-2 - Assessoria Jurídica

**HELOÍSA FERNANDA SILVA ARAGÃO**

Assessora Jurídica do Núcleo de Auditoria do HETDLGF

Mat.: 6384722 – OAB/PB 22.893

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas  
Campina Grande – PB CEP: 58.432-809

Email: [juridico.traumacg@gmail.com](mailto:juridico.traumacg@gmail.com) [hospitalregionalcg@hotmail.com](mailto:hospitalregionalcg@hotmail.com)  
CNPJ: 08.778.268-0001-60





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/12/2019

Horas: 08:05:15

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 19/12/2019

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO HEPARINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	CURATIVOS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 19/12/2019 HORA: 08:04:21

ORTOPEDIA

3 DIH

PACIENTE SEGUE EM BEG,  
ESTÁVEL CLINICAMENTE,  
SEM INTERCORRÊNCIAS.

ESCORIAÇÕES +  
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES  
NV OK

PRÉ OP: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Eldiman Soares de Araujo  
Médico Traumato-Ortopedista  
CRM: 8360  
CPF: 043.075.784-20

ASSINATURA + CARIMBO  
Eldiman Soares De Araujo





PA-140/90

P-71

T-35,9



18/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-12-18&amp;contar=2063864&amp;IDC=72943

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/12/2019

Horas: 09:17:26

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M  
Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 2  
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 18/12/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 03FRASCO ,	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	FAZER DE 88H SE NECESSARIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA:18/12/2019 HORA:09:17:15

### ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

PRÉ OP: AGUARDA EXAMES

NV: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcao  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643  
ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner de Melo Falcao







GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/12/2019

Horas: 05:48:35

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 1

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 17/12/2019

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 03FRASCO ,	15 22 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	5 N
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 17/12/2019 HORA: 05:47:23

### ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

PRÉ OP: AGUARDA EXAMES

NV: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 0562



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291929200000034075494>

Número do documento: 20102011291929200000034075494





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/12/2019

Horas: 23:43:57

Médico (a) Diarista : Agnaldo Lima Pereira Junior

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 0

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL

DIA 16/12/2019

MÉDICO(A): Agnaldo Lima Pereira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 03FRASCO ,	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

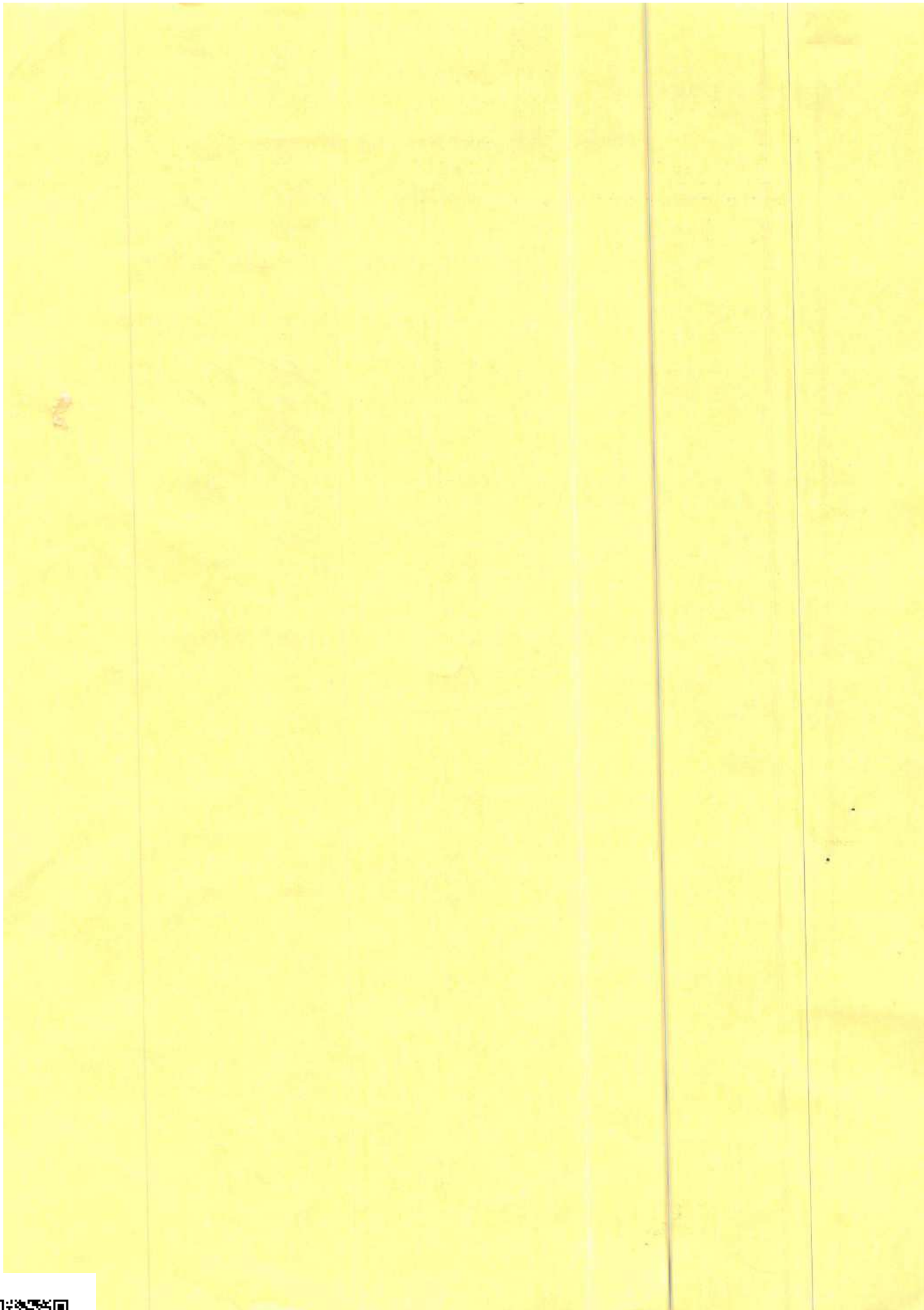
DATA: 16/12/2019 HORA: 23:42:12

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR, EDEMA IMPORTANTE E LIMITAÇÃO DA ADM EM TORNOZELO ESQUERDO

RX COM FRATURA COM DESVIO NA INCIDENCIA AP COM ROTAÇÃO INTERNA  
FRATURA INSTÁVEL  
OPTADO PELO TTO CIRURGICO

CD = SOLICITO PRÉ OP

ASSINATURA + CARIMBO  
Agnaldo Lima Pereira JuniorDr. Agnaldo Lima P. Junior  
Ortopedista/Traumatologista  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 9116 - TEOT-15263









GOVERNO  
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Nome: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA      Protocolo: 0000503584      RG: NÃO INFORMADO  
Data: AGUINALDO L. P. JUNIOR      Hora: 17-12-2019 08:29      Origem: CLINICA ORTOPEDICA II  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 34 anos      Destino: ENF 06 - L 03

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 1'30''

Data: 17/12/2019 08:29

Valores de Referência:  
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO ..... 6'25''

Data: 17/12/2019 08:29

Valores de Referência:  
DE 5 A 10 MINUTOS.

Ana Cassia Miguel Agra  
Biomédica  
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7295-DE8E-64E0-D757-27BE-6883-1FA8-PB27





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Michael John de Souza Pereira</b>		DN: 12-09-85	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE
		SUS	34 anos
CIRURGIA <b>Trauma - Cirurgia para</b>		CIRURGIÃO <b>Dr. Welton, MR Borden</b>	
ANESTESIA <b>raquer</b>		ANESTESISTA <b>Dr. Valdeciro</b>	
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM
<b>Teago</b>	<b>20-12-19</b>	<b>9h50</b>	<b>11h</b>
MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		FIOS	
Adrenalina amp.	02	Catgut cromado Sertix	
Atropina amp.		Catgut cromado Sertix	
Diazepam amp.	1	Catgut cromado Sertix	
Dimore amp.		Catgut Simples	
Dolantina amp.		Catgut Simples Sertix	
Efrane ml		Catgut Simples Sertix	
Fenegan amp.		Catgut Simples Sertix	
Fentanil ml		Cera p/ osso	
Inova ml		Ethibond	
Ketalar ml	02	Ethibond	
Merceína % ml		Ethibond	
Nubain amp.		Fio de Algodão Sertix	
Pavulon amp.		Fio de Algodão Sertix	
Proligmine amp.	025	Fio de Algodão Sulupak	
Proloxido l/m		Fio de Algodão Sulupak	
Quelicin ml	1	Fila cardiaca	
Rapifen amp.		Mononylon 2-0	
Thionembital ml		Mononylon	
Tracrium amp.		Prolene Sertix	
Qtd. MEDICAÇÕES	02	Prolene Sertix	
Agua Destilada amp.		Prolene Sertix	
Decadron amp.		Prolene Sertix	
Dipirona amp.		Vicryl Sertix 1	
Flaxidol amp.	1	Vicryl Sertix	
Flebocortid amp.		Vicryl Sertix	
Geramicina amp.			
Glicose amp.	701		
Glucon de Cálcio amp.			
Haemacel ml			
Heparema ml			
Kanakion amp.			
Lactan amp. Tenoxen 20			
Medrotriazol.	1		
Plasil amp.			
Proclina clazodone	1		
Revivan amp.			
Stuplanon amp.			
Cefalotina 1g			
Neocaina 0,5			
Dimon 0,2			
Dormonid			
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES			
Agulha desc. 26x7 40412	02		
Agulha desc. 28 x 28			
Agulha desc. 3 x 4,5	02		
Agulha p/ raque nº 256	02		
Álcool de Enfermagem	1002		
Álcool Iodado ml			
Ataduras de Crepon 15cm			
Ataduras de Gessada			
Azul metileno amp.			
Benzina ml			
Bolsa Colostoma		CÓDIGO	
Catel. p/ Oxyg.			
Catel. De Urinar Sist. Fech.			
Compressa Grande <b>Pacote</b>			
Compressa Pequena			
Cotonóide			
Dreno			
Dreno Kerr nº			
Dreno Penrose nº			
Dreno Pezzer nº			
Equipo de Macrogotas			
Equipo de Macrogotas			
Equipo de Sangue			
Equipo de PVC			
Esparradrapo Larco cm			
Furacin ml			
Gase Pacote c/ 10 unidades			
H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml			
Intracath Adulto			
Intracath Infantil			
Lâmina de Bisturi nº 23			
Lâmina de Bisturi nº 11			
Lâmina de Bisturi nº 15			
Luvas 7.0			
Luvas 7.5			
Luvas 8.0			
Luvas 8.5			
Oxigênio l/m 2L			
Poliflix			
PVPI Degemante ml			
PVPI Tópico ml.			
Sabão Antiséptico			
Saco coletor			
Seringa desc. 10 ml			
Seringa desc. 20 ml			
Seringa desc. 05 ml			
Sonda			
Sonda Foley			
Sonda Nasogátrica			
Sonda Uretral nº			
Sterydrem ml			
Torreirinha			
Vaselina ml			
Gelcoon 18			
Lasele			
8 Botões de			
3 Botões de desc.			
1002 cloroóxido			
Degemante			
Qtd. SOROS			
SG Normotérmico fr 500 ml			
SG Gelado fr 500 ml			
SG Hipertérmico fr 500 ml			
SG Ringr fr 500 ml			
SF fr 500 ml			
SF para cavidade			
Qtd. ORTESE E PRÓTESE			
02 Parafusos esponjosos Cr 3.5			
02 Arcondes			
MA 2			
EQUIPAMENTOS			
(x) Oxímetro de Pulso		(x) Foco Auxiliar Central	
( ) Serra		( ) Electrocautério	
( ) Desfibrilador		( ) Oxícapiógrafo	
( ) Foco Frontal		(x) Cardiomonitor	
( ) Fonte de Luz		(x) Perfurador Elétrico	
CIRCULANTE RESPONSÁVEL			

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291929200000034075494

Número do documento: 20102011291929200000034075494

MCU 055





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUIE

o trabalho

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia II		
NOME:	Mickael John de Souza		
PROCEDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	MSD	GELCO Nº:	22
<input type="checkbox"/> AVC		<input type="checkbox"/> JEJU	
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input checked="" type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA		<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:		COREN:	Kaline Pontes dos S. Lima
			COREN - PB 528.295 - ENF

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas  
Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: [chefiarhtraumacg@hotmail.com](mailto:chefiarhtraumacg@hotmail.com) [hospitalregionalcg@hotmail.com](mailto:hospitalregionalcg@hotmail.com)

CNPJ: 08.778.268-0001-60



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291929200000034075494>

Número do documento: 20102011291929200000034075494

*[Faint, illegible text and markings, possibly a signature or stamp, spanning the middle of the page.]*







Data da Cirurgia:

Procédimento:

Dr. Julio Cesar Castillo  
Ortopedia y Traumatología  
Calle 15 No. 1000, C.A. 1500

05eb



<b>HUECG</b>		<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		ENFERMARIA		LEITO		Nº PRONTUÁRIO									
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Mickael John de Souza</i>						IDADE <i>34 anos</i>	SEXO <i>M</i>	COR							
DATA <i>20/12/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA										
TIPO SANGÜINEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA		OUTROS										
	URINA																
AP. RESPIRATÓRIO							ASMA		BRONQUITE								
AP. CIRCULATORIO							ELETROCARDIOGRAMA										
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO												
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES										
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura torácica direita</i>							ESTADO FÍSICO		RISCO <i>ASA II</i>								
ANESTESIAS ANTERIORES																	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO											
AGENTES ANESTÉSICOS	O <sub>2</sub>									INDUÇÃO							
LÍQUIDOS										Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____							
										Laringo esparmo: _____ Lenta: _____							
										Náuseas: _____ Vômitos: _____							
CÓDIGOS VP - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO	260									MANUTENÇÃO							
	240									Bupivacaína 0.5%							
	220									Fentanyl 0.5%							
	200									Propofol 1.5%							
	180									ANESTESIA SATISF. <input checked="" type="checkbox"/> Sim _____ Não _____							
	160									Não, por quê? _____							
	140									DESPERTAR							
	120									Reflexos na SO: _____							
	100									Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____							
	80									Náuseas: _____ Vômitos: _____							
	60									Outros: _____							
	40									Com cânula:							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES										Paro o Leito <input checked="" type="checkbox"/> Sim _____ Não _____							
POSICÃO										CONDIÇÕES:							
AGENTES										<i>Nelocaine plaseide Bx + Dimp / 60mg / Darnand Bx</i> <i>Resumonsbica + Gluco</i> <i>Trauma cirurgico de Fratura Toracica direita</i> <i>Ricardo + Jale</i> <b>Valdelúcio Cesar de Abreu Junior</b> Anestesiologista CRM 9736 CPF: 034.413.044-46							
TÉCNICA																	
OPERAÇÃO																	
CIRURGIÕES																	
ANESTESISTAS																	
OBSERVAÇÕES																	
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E RÓS OPERATÓRIAS										PERDA SANGÜINEA							



20102011291929200000034075494  
SISTEMA DE JUSTIÇA  
20102011291929200000034075494





Núcleo de Segurança do Paciente  
TRAUMA - CG

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Michael John de Souza Pereira.

IDADE:

PRONTUÁRIO:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

## ENTRADA

- ☐ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ✓
  - SÍTIO CIRÚRGICO ✓
  - PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ✓
  - CONSENTIMENTO ✓

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

- ☒
- OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO**

- ☐ O PACIENTE POSSUI:

## ALERGIA CONHECIDA?

NÃO ✓

SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

NÃO ✓

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

**RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML  
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?**

NÃO ✓

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E

## PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

**ANTES DA INCISÃO ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶**

## PAUSA CIRÚRGICA

- ☐ CIRURGIAO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO  
CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ✓
  - SÍTIO CIRÚRGICO ✓
  - PROCEDIMENTO ✓

### EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

- ☐ **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS? *nao, 10', não*  
☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? *nao*  
☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS. COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) *OK*  
 HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÕES? *nao*

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SIM ✓

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

SIM ✓

NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

## SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- ☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO: ✓
- ☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM ✓
- ☐ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE. *Mai houve perç*  
*P/ Exame.*
- ☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Marek Duda

Assinatura

M. Linsley C. da S.  
TEC. ENFERMAGEM  
COREN-PR 2262



D-19/12/19  
V-19/03/20 X. Básica Ortográfica

Wabete



20/12/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.  
NOME: Everlan Da Silva Meira

CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Data: 20/12/2019



Número do Prontuário: 173745

DATA DA CIRURGIA: 20/12/2019

Número do Atendimento: 2063864 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 3

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data da Internação: 16/12/2019

Atendimento: 2063864

Diagnostico Pré-Operatório: fx maleolo medial d

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 20/12/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: THIAGO

Anestesista: VALDELUCIO CESAR DE ABREU JUNIOR

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE E APOSIÇÃO DE CAMPOS

3. INCISÃO SOB MALEOLO MEDIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4. REDUÇÃO CRUENTA DE FX + FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS + 1

ARROELA E 1 FIO L 1,5 (SÍNTESE PERDIDA), SOB ESCOPIA

5. LAVADO DE FO COM SF

6. SUTURA

Data 20/12/2019

Assinatura/Carimbo  
Everlan Da Silva Meira





## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Michael John de Souza Pereira	Idade:	34a
Convênio:		Data:	20/12/19
Procedimento:	TTO em fx TNZ (D)		
Cirurgião:	Dr. Julio	Auxiliar:	Dr. Furlan
		Anestesista:	Dr. Valdeir
Início:	09:30	Término:	11h
		Anestesia:	Rap

[illegible][illegible]

Observações: 13.00  
Acto SEPA  
S 117/3831

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		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

Assinatura do anestesista





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

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilson da Silva Idade: 32 Sexo: M Enf/Leito: 7-3

## 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:

## 4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSOMOBILIDADE 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.:

SEGURANÇA 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

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;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ☒ INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTEHIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

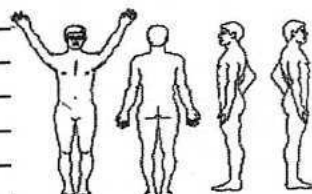
COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA ( ) PREJUDICADASENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO ( ) OUTROS:

## 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)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
8:30	120/70	35,5	55	70	-	-	-	-	-	Adriano	SOG/SNG/SNE	
										520/25	SVE	
											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 RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO 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 SANGÜÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) 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 ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		( ) CONTROLE DA DOR ( MELHORADA OU AUSENTE)
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) 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		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		( ) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		( ) RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
( ) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 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 ( ) DISTÚRBO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:







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

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Michael John Idade: 34 Sexo M Enf/Leito 6-3

## 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:

## 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.:

SEGURANÇA FÍSICA: (X) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.:

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

EDEMA: ( ) LOCAL OBS:

## ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO

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: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida;

## CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

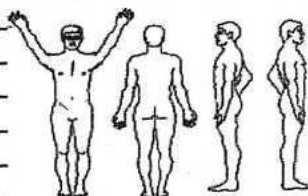
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO ( ) OUTROS:

## 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)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
8:00	130/80	36,3	76	98	-	-	-	-	-	Adriana 520125	SOG/SNG/SNE	
											SVE	
											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 RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNEIA ( ) OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR (X) OUTRO	(X) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO (X) 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 ( ) 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	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(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		( ) CONTROLE DA DOR ( MELHORADA OU AUSENTE)
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) 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		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		( ) 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 À CADA 72HS		
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 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 ( ) DISTÚRBO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

*Inácio Bruno Sarmiento*  
122484







HTCG-Paine! Administrativo

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs.

Joselia Danelli S. Andrade  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

tohtcg/impreclassi.php?contar=2063852&datacontar=20 9-12-16&horaatend=22:34:38

2/3



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011292014500000034076108>  
 Número do documento: 20102011292014500000034076108

Num. 35676167 - Pág. 3

16/12/2019

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES GNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mdl. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Data: 16/12/2019

Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Nº ATEND: 2063852

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO  
DATA: 16/12/2019 HORA : 22:34:38

ESPECIALIDADE : ORTOPEdia

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO  
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS  
HGT: SAT 02: PA: 102/80 TEMP: FC: FR: PESO:

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

ALERGIAS : NAO  
MEDICAÇÃO EM USO :  
ESTADO GERAL : BOM  
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARREIA ( ) EXANTEMA  
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA (X) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBIOS ( ) 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 :  
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

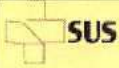
OBS:  
ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento







Data da internação: 16/12/2019 Hora: 23:39:48

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				<b>2 - CNES</b>	
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				<b>4 - CNES</b> 2362856	
<b>Identificação do Paciente</b>					
<b>5 - NOME DO PACIENTE</b> MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA				<b>6 - Nº DO PRONTUÁRIO</b> 2063864	
<b>7 - CARTÃO DO SUS</b>		<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b> 12/09/1985		<b>9 - SEXO</b> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b> MARILENA DE SOUZA PEREIRA				<b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b> DDII 83 Nº DE TELEFONE 986095336	
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</b> AV PRESIDENTE JUCELINO KUBISCH , 1646 , PRESIDENTE MEDICE					
<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> Campina Grande				<b>14 - CÓDIGO MUNICÍPIO</b> 250400	
		<b>15 - UF</b> PB		<b>16 - CEP</b> 58400002	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> DOR, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DA ADM EM TORNOZELO DIREITO					
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> TRATAMENTO CIRÚRGICO					
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> ANAMNESE + EX FÍSICO					
<b>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b> FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D		<b>21 - CID 10 PRINCIPAL</b>		<b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>	
				<b>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				<b>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	
<b>26 - CLÍNICA</b>		<b>27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b> 02		<b>28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF</b> 980016296772642	
<b>29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b>				<b>30 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO</b>	
<b>31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR				<b>32 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> 16/12/2019	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>					
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		<b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>		<b>37 - Nº DO BILHETE</b>	
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>		<b>39 - CNPJ EMPRESA</b>		<b>40 - CNAE DA EMPRESA</b>	
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>		<b>41 - CBOR</b>			
<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b> ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
<b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR</b>		<b>49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF</b>		<b>46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>			
<b>47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b> / /		<b>48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>			







21/12/2019

HTCG-Painel Administrativo

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: 21/12/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03



GOVERNO  
DA PARAÍBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data da Internação: 16/12/2019

Data da Alta: 21/12/2019

Registro: 2063864

Tempo de Permanência: -18247

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Diagnóstico Final:

Data: 20/12/2019

Equipe:

Cirurgião: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Eldiman Soares de Araujo  
Médico Traumato-Ortopedista  
CRM: 8360  
CPF: 043.079.784-20

Data: 21/12/2019

Assinatura/Carimbo  
Eldiman Soares De Araujo

RESPONSÁVEL : Eldiman Soares De Araujo



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011292014500000034076108>  
 Número do documento: 20102011292014500000034076108

21/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-12-21&amp;contar=2063864&amp;IDC=73727

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Horas: 07:38:54

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 5

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 21/12/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira / MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	JELCO HEPARINIZADO	
4	CURATIVO	
5	TALA BOTA D	
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
11	CURATIVOS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 21/12/2019 HORA: 07:36:41

### ORTOPEDIA

1 DPO

ESTAVEL

DOR+

FEBRE -

NV OK

FO SANGUE

CURATIVOS

ALTA HOSPITALAR

Dr. Eldiman Soares de Araujo  
Médico Traumatismo-Ortopedia  
CRM: 65860  
CPF: 043.079.784-20

ASSINATURA + CARIMBO  
Eldiman Soares De Araujo





Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011292014500000034076108>

Número do documento: 20102011292014500000034076108



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/12/2019

Horas: 11:16:44

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864    **Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**    Idade: 034    Sexo: M  
 Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA    Data de Nascimento: 12/09/1985    Admissão: 16/12/2019 DIH - 4  
 Clínica: ORTOPEDIA 2    Enfermaria: 6    Leito: 3    Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 20/12/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Apreçamento
1	DIETA LIVRE	cr
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	JP / 06
3	JELCO HEPARINIZADO	cr
4	CURATIVO	cr
5	RX DE CONTROLE	cr
6	TALA BOTA D	cr
7	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	JP / 24 / 06
8	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	JP / 06
9	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cr
11	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	cr
12	CURATIVOS	cr

### EVOLUÇÃO

DATA: 20/12/2019 HORA: 11:16:07

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: VPM+RX DE CONTROLE

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Everlan Da Silva Meira

 CRM-PB 9900  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 Dr. Everlan Meira


20.12.19

12h5

PA: 120180

P: 72

T: 36.9





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE

5ª VARA CÍVEL

0823999-54.2020.8.15.0001

AUTOR: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

Vistos, etc.

**Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).**

**Altere-se o ASSUNTO do processo para ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

**Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.**

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio o Dr. Sandro Manguiera Bezerra, com endereço na Rua João Bezerra Paz, 155, bairro do Catolé, nesta cidade, para o encargo de Perito Judicial, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se o perito nomeada para dizer se concorda com a referida perícia em 15 dias.**



Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a) intimem-se as partes para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e (b) intime-se a nomeada para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

Depositado o laudo em juízo, intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 10 (dez) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide.**

**Intimações e demais diligências necessárias.**

**Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.**

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito

