



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
<b>MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA (AUTOR)</b>	<b>INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35675 401	20/10/2020 11:29	<a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>	Petição Inicial
35675 431	20/10/2020 11:29	<a href="#"><u>PETIÇÃO INICIAL</u></a>	Outros Documentos
35675 433	20/10/2020 11:29	<a href="#"><u>PROCURAÇÃO</u></a>	Procuração
35675 435	20/10/2020 11:29	<a href="#"><u>DOC. PESSOAIS E COMP. DE RESIDÊNCIA</u></a>	Documento de Identificação
35675 437	20/10/2020 11:29	<a href="#"><u>BO E COMP. DE PAG. ADMINISTRATIVO</u></a>	Outros Documentos
35675 442	20/10/2020 11:29	<a href="#"><u>DOC. MÉDICA 1</u></a>	Outros Documentos
35675 445	20/10/2020 11:29	<a href="#"><u>DOC. MÉDICA 2</u></a>	Outros Documentos
35676 167	20/10/2020 11:29	<a href="#"><u>DOC. MÉDICA 3</u></a>	Outros Documentos
36296 861	05/11/2020 20:37	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho

Petição Inicial em anexo.



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291751100000034075203>  
Número do documento: 20102011291751100000034075203

Num. 35675401 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA  
CIVEL 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 CONCILIACÃO**

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

---

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)





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 OSTEOPROTESE (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 perícia 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/invalidade 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

---

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)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291803500000034075483>  
Número do documento: 20102011291803500000034075483

Num. 35675431 - Pág. 2

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 anexo, 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)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291803500000034075483>  
Número do documento: 20102011291803500000034075483

Num. 35675431 - Pág. 3

**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 N° 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,

#### **D O R E Q U E R I M E N T O:**

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 inicio 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)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291803500000034075483>  
Número do documento: 20102011291803500000034075483

Num. 35675431 - Pág. 4



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 cópia 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 encontram-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**

---

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)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291803500000034075483>  
Número do documento: 20102011291803500000034075483

Num. 35675431 - Pág. 5



## 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)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291803500000034075483>  
Número do documento: 20102011291803500000034075483

Num. 35675431 - Pág. 6

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL**

**OUTORGANTE:** Michael Sohn de Senza Pereira, brasileiro (a),  
soltaino, moto boy portador da Cédula de Identidade nº:  
50527509, inscrito no CPF nº: 048 1278 029 104, residente e domiciliado  
na Rua Eivaldo Gonzaga de Albuquerque Nº 75, Bairro, Ourizinho,  
na Cidade de Campina Grande /PB. 83 - 998107461

**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, Dinamarca, 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 n.º 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 advocatícia 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 n.º 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, 12 de Agosto de 2020.

Michael Sohn de Senza Pereira  
Outorgante/Declarante

Rua: Dinamarca Alves Correia, nº1020, loja 02,  
Dinamarca, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000.  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)





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

Num. 35675435 - Pág. 1

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

CPF/CNPJ/RANI 048 278 028-04

Grupo CONVENCIONAL LAMA TENSÃO/Subgrupo B1  
Classe RES-MTC B1/Subclasse RESIDENCIAL  
Ligação MONOFASICO  
Roberto 14-401 792-2175 N° Medidor 000080969880



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
4/262991-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002629913

<b>R\$ 68,46</b>	<b>29/07/2020</b>
<b>Jul / 2020</b>	<b>84kWh</b> <small>2,80 kWh MÉDIA DIÁRIA</small>
<b>SITUAÇÃO DE DÉBITOS</b>	

DESCRITIVO								
CCI	Descrição	Quant.	Tarifa c/ Tributos	Valor Base Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$) 0,045% 4,9955%
0801	Consumo em kWh LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	84	0,722070	60,65	60,65	25	15,16	60,65 0,65 3,02
0807	CONTRIBUUIUM PÚBLICA			7,52	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA/06/2020			0,11	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
0805	MULTA/06/2020			1,05	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
0899	BÔNUS ITAPIU/LEI10458/2002 12/2019			-0,87	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item  
Tarifa s/ Tributos 0,497680

RESERVADO AO FISCO 939b.bd4b.75b6.9a79.e2ad.1821.53bf.4124.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Julho	63	Leituras	Descrição	Valor (R\$) %
Agosto	59		Serviços de Dist. da Energisa/BC	14,72 21,23
Setembro	63		Compra de Energia	21,17 30,64
Outubro	61			



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

Num. 35675435 - Pág. 2

**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 Kubitcheck

**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 Kubitcheck, 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**



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de Campina Grande -  
Setor de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

## HISTÓRICO

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

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

Campina Grande/PB, 14 de agosto de 2020.

Demétrius Patrício L. de M.

EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO  
MAT 181.826.17/PB  
Delegado(a) de Polícia Civil

MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Noticiante

JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA  
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 02957.01.2020.2.00.401

2/2



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291884300000034075489>  
Número do documento: 20102011291884300000034075489

Num. 35675437 - Pág. 2



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

informações que o pagamento da multa exigida no artigo 21, § 1º, II, da Lei Federal de Crimes contra o Meio Ambiente.

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%  
Painel de Exercícios Físicos

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar:  $12,50\% \times 13.500,00 =$  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, retorno 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-DRVAT

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 C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes  
  
Heloísa Fernanda Aragão - OAB/PB 6384722  
Mat. 6384722 - OAB/PB 22.893

**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 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 **OK**

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

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 <i>Zewa — da 00:00</i>	<i>cte</i>
2	JELCO HEPARINIZADO	<i>cte</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	<i>xt 18</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>24</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>X8</i>
6	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	<i>OK</i>
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: 6960  
CFO: 043-075.784-20

ASSINATURA + CARIMBO  
Eldiman Soares De Araujo



PA-140/90

P-71

T-35,9





## 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

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

**DIA 18/12/2019**

**MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	<i>17/12/2019</i>
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 03FRASCO ,	<i>18/12/2019</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	<i>19/12/2019</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>18/12/2019</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>19/12/2019</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	<i>19/12/2019</i>
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	<i>19/12/2019</i>

**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 Falcão*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB: 8643  
ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner de Melo Falcão





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

Num. 35675442 - Pág. 5



GOVERNO DA PARAÍBA

J  
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 /

vn

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	16 22 06 12 18 24 08
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,	18 06 26
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	SN
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 0502



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

Num. 35675442 - Pág. 6



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

Num. 35675442 - Pág. 7

16/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-12-16&amp;contar=2063864&amp;IDC=72560



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 6-3

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 *direito*
**DIA 16/12/2019****MÉDICO(A): Agnaldo Lima Pereira Junior /**

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	<i>24/12/3º</i>
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 03FRASCO ,	<i>24/12/3º</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<i>24/12/3º</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>24/12/3º</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>26/12/3º</i>
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 22h) TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE	<i>26/12/3º</i>
7	NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	<i>SN</i>
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 Junior

*Jr. Agnaldo Lima P. Junior  
 Ortopedista Traumatologista  
 Cirurgia do Joelho  
 CRM-PB 9116 - TEOF-15263*




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

Num. 35675442 - Pág. 9

GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA  
RG: 0000503584 RG: NÃO INFORMADO  
Orgão: AGUINALDO L. P. JUNIOR Data: 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

HEMOGRAMA

DATA DA COLETA: 17/12/2019 08:25 ]

Resultados

Valores de Referências

SERIE VERMELHA

eritrócitos.....	4.59 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
hemoglobina.....	13,1 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
hematócrito.....	40,0 %	40,0 à 52,5 %
leucócitos.....	87 fL	80,0 à 100,0 fL
plateletas.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
hematocrito.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SERIE BRANCA

	9.900 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
neutrófilos.....	0	0
basófilos.....	0	0
monócitos.....	0	0
eosinófilos.....	3,0	297
mastócitos.....	72,0	7.128
amadurecidos.....	2,0	198
metamadurecidos.....	0	0
monócitos.....	20,0	1.980
histiocitos.....	0	0
macrófagos.....	3,0	297
total.....	239.000 mm <sup>3</sup>	2.0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup> 140.000 à 400.000 / mm <sup>3</sup>

PRÉPARAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

MÉTODO: CARBÓ TOTAL  
Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra  
Biomédica  
CRBM 5411

Laboratório  
**Newlab**



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: FGDE-600C-1071-D8F4-1AA8-F5AE-43CB-28D9



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

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

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

Valores de Referência:  
DE 1 A 3 MINUTOS.

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

Valores de Referência:  
DE 5 A 10 MINUTOS.

Ana Cássia Miguel Agra  
Biomédica  
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7295-DB8E-64E0-D757-27BE-6883-1FA8-FB27



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



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

Num. 35675442 - Pág. 12



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

Num. 35675442 - Pág. 13

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

*Mickael John de Souza Pereira*

DR. 1209-85

AI	LEITE	CONVÉNIO SUS	IDADE 34 ANOS	REGISTRO P.E. 2063852
----	-------	-----------------	------------------	--------------------------

CIRURGIA Tumor - Cirurgico fechado Tumor Tumoreto de leite	CIRURGIA Dr. Melho, MP Everlen
---	-----------------------------------

ANESTESIA raque	ANESTESIA Dr. Valdeleiro
--------------------	-----------------------------

INSTRUMENTADORA Taco	DATA 20-12-19	INÍCIO 9:50	FIM 11h
-------------------------	------------------	----------------	------------

GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO
03	Adrenalina amp.		Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
1	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimorpha amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoides		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
03	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercapina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
03	Protigmine amp.	03	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak	
1	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml	03	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adul		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
03	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
03	Dipirona amp.		Luvas 7.0	03	Vicryl Sertix 1	
	Flaxidol amp.	1	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flabocorlid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	701	Oxigênio l/m 2L			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degermante ml			
	Reparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
02	Lasix amp. Temozolam 20		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	1	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	1	SG Ringr fr 500 ml	
02	Prelamina celofalona	1	Seringa desc. 05 ml	1	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda		SF para Cavidade	
	Stuplanon amp.		Sonda folley	Qty.	ORTSESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	02	Pacientes expontâneos Cr 3.5	
03	Neocaf na 0.5		Sonda Uretral nº	02	Arrebol MAZ	
03	Deman 0.2		Styldrem ml			
03	Dormone		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
03	Aguilha desc. 26x7 40Y12	03	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latase			
	Aguilha desc. 3 x 4,5					
03	Aguilha p/ raque nº 25G	03	8 Jato das			
	Álcool de Enfermagem	100ml	8 Jato vr desc.			
	Álcool Iodado ml		Clorexidina			
1	Ataduras de Crepon	15cm	Degermante			
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

## EQUIPAMENTOS

- ( ) Oxímetro de Pulso ( ) Foco Auxiliar central
- ( ) Serra ( ) Eletrocautério
- ( ) Desfibrilador ( ) Oxícapiógrafo
- ( ) Foco Frontal ( ) Cardiomonitor
- ( ) Fonte de Luz ( ) Perfurador Elétrico

## CIRCULANTE RESPONSÁVEL

M. Inacio Bruno Sarmento  
Téc. Enfermeiro  
COPEM 02/05/01

Macenada

MOD 058





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE

*o trabalho* LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	<i>Ortopedia II</i>		
NOME:	<i>Mickael John de Souza</i>		
PROCEDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP:LOCAL: <i>MSD</i>	GELCO Nº:	<i>22</i>	AVC <input type="checkbox"/> JEJU <input checked="" type="checkbox"/>
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/>	COM CLOREXIDINA	<input 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"/> RÔMOTOGRAFIA <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: <i>Kaline Pontes dos S. Lima</i> <i>R</i> 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

Num. 35675442 - Pág. 16

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





## **CONTROLE CIRÚRGICO**

• Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso  
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540  
CNPJ: 26.296.089/0001-79

№ 1213

Paciente: Michael John de Souza Pereira  
Hospital: Instituto de C. grande  
Médico: Dr. Evandro  
Data da Cirurgia: 20/12/20 Procedimento: Tomada  
Prontuário: 2063852 Convênio:  
Instrumentador(a): Thiago Circulante:

20 de 12 de 2019

**Dr. Julio Cesar Castro**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9965 / CRM-RN 8320

**Circulante**

### **Médico Responsável**





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		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 SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL		ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	<i>Traqueia intubada</i>			ESTADO FÍSICO	RISCO	<i>risco IE</i>	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			APLICADA	ÀS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	O <sub>2</sub>						INDUÇÃO
							Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____
LÍQUIDOS							Laringo espasmo: _____ Lenta: _____
							Náuseas: _____ Vômitos: _____
						Outros: _____	MANUTENÇÃO
CÓDIGOS	VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						<i>① cefazilic 02 ② delalube cl ③ Danan 02 ④ Tivaca 02 ⑤ Glucosolube cl</i>
						Não, por quê? _____	DESPERTAR
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							Reflexos na SO: _____
							Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit: _____
POSIÇÃO							Náuseas: _____ Vômitos: _____
							Outros: _____
AGENTES	<i>Neocaine desde 15g + Dmfl 60mg / Dormant 05g</i>					Com cânula:	
						Paro o Leito Sim _____ Não _____	
TÉCNICA	<i>Regruimostole + Sidca</i>					CONDIÇÕES:	
OPERAÇÃO	<i>Tretante amputação braço traqueia intubada</i>						
CIRURGIÕES	<i>Ricardo + Jeferson</i>						
ANESTESISTAS	<i>Valdejúlio Cesar de Abreu Junior Anestesiologista</i>						
OBSERVAÇÕES	<i>CRM 9736 CPF: 034.413.044-46</i>						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



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

Num. 35675442 - Pág. 20

INACIO BRUNO SARMENTO  
TJPE  
20102011291929200000034075494



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

Num. 35675442 - Pág. 21



~~D - 19 / 12 / 19  
D - 19 / 03 / 20~~

X. Básica Ortopédica

*aberto*



20/12/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malfinas, Campina Grande - PB.  
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

Diagnóstico Pré-Operatório: fx maleolo medial d

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTSE 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 + ANTISSEPSIA 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 (SÍNTSE PERDIDA), SOB ESCOPA  
5. LAVADO DE FO COM SF  
6. SUTURA

Data 20/12/2019

Assinatura/Carimbo  
Everlan Da Silva Meira





Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291963300000034075497>  
Número do documento: 20102011291963300000034075497

Num. 35675445 - Pág. 4



# Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Michael John de Souza Pereira	Idade:	34
Convênio:		Data:	20/12/19
Procedimento:	TIO em fix TNZ ①		
Cirurgião:	Dr Juliano	Auxiliar:	Dr Fábio
Anestesista:	Dr Valdebruno		
Início:	09:50	Término:	11h
		Anestesia:	Rapida

Observações: 13.00  
Alto Serra  
S 147 // 3830

**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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

Assinatura do anestesista



17/12/19



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

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gibson 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 BIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE ( ) 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: ( ) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.:

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

EDEMA: ( ) LOCAL OBS.:

## ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

## INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS:

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

localização anatômica da ferida;

## CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

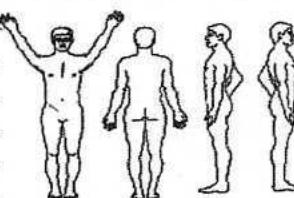
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS:

## 6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais

RELIGIÃO: ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

## 7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(mL)	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(mL)	(0a10)	(Kg)			
9:30	120/70	35.4	55	70	-	-	-	-	-	Adriano 520125	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 RESPIRATÓRIA ( ) DISPNÉIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNÉIA ( ) OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO 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
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 DESEQUILIBRIO 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		( ) AJUXÍLIO 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 LIQUIDOS		
( ) 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 DESEQUILIBRIO DIMINUIDO
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		( ) REDUZIR 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 ( ) DISTÚRBIO NEUROLOGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Assistente de Enfermagem  
CORPO DE ENFERMAGEM



17/12/19



## FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPEDICA (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 ( ) 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: ( ) INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM (X) NÃO ESTÁGIO (BRADÉN): Local: \_\_\_\_\_

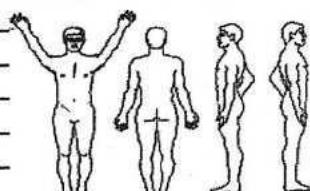
localização anatômica da ferida;

## 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 (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE 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	



**ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:**

**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINidoras
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNPÉIA ( ) OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR <del>( ) OUTRO</del>	( ) 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
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 DESEQUILIBRIO ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	<del>( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO</del>	
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		<del>( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE</del>
<del>( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO</del>		
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		<del>( ) CONTROLE DA DOR ( MELHORADA OU AUSENTE)</del>
( ) 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		( ) MANTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUIDOS		
( ) 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 DESEQUILÍBRIOS DIMINUIDO
<del>( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS</del>		<del>( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO</del>
<del>( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS</del>		
<del>( ) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO</del>		
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 ( ) DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:



16/12/2019

HTCG-Paine! Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

- ( )Centro cirúrgico \_\_\_\_\_ ( )Alta hospitalar / ( )A revelia  
( )Internação (setor) \_\_\_\_\_ \ ( )Decisão Médica  
( )Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_ ( )Óbito

*Josélio Danielle S. Andrade*  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



GOVERNO  
DA PARÁIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Flóriano 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: 150/90 mmHg TEMP: 36.7°C EC: ER: PESO:

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

ALERGIAS: NAO  
MEDICACAO EM

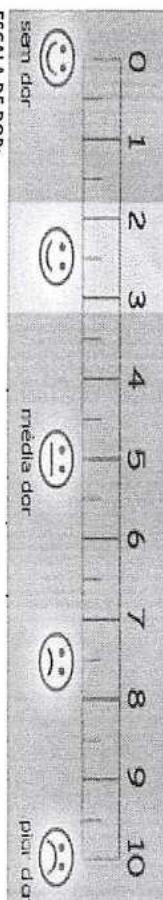
ESTADO GERAL: BOM  
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

1) CONVULSIVO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO  
2) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
3) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

## SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VOMITO ( ) DIARREIA ( ) EXANTEMAS  
 ( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAIS  
 ( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAIS  
 ( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE

### Escala de Intensidade da Doença



#### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO**

10.1.1 148/projeto/hcgg/impreclassi.php?contar=2063852&dataatend=2019-12-16&horatalend=22:34:38





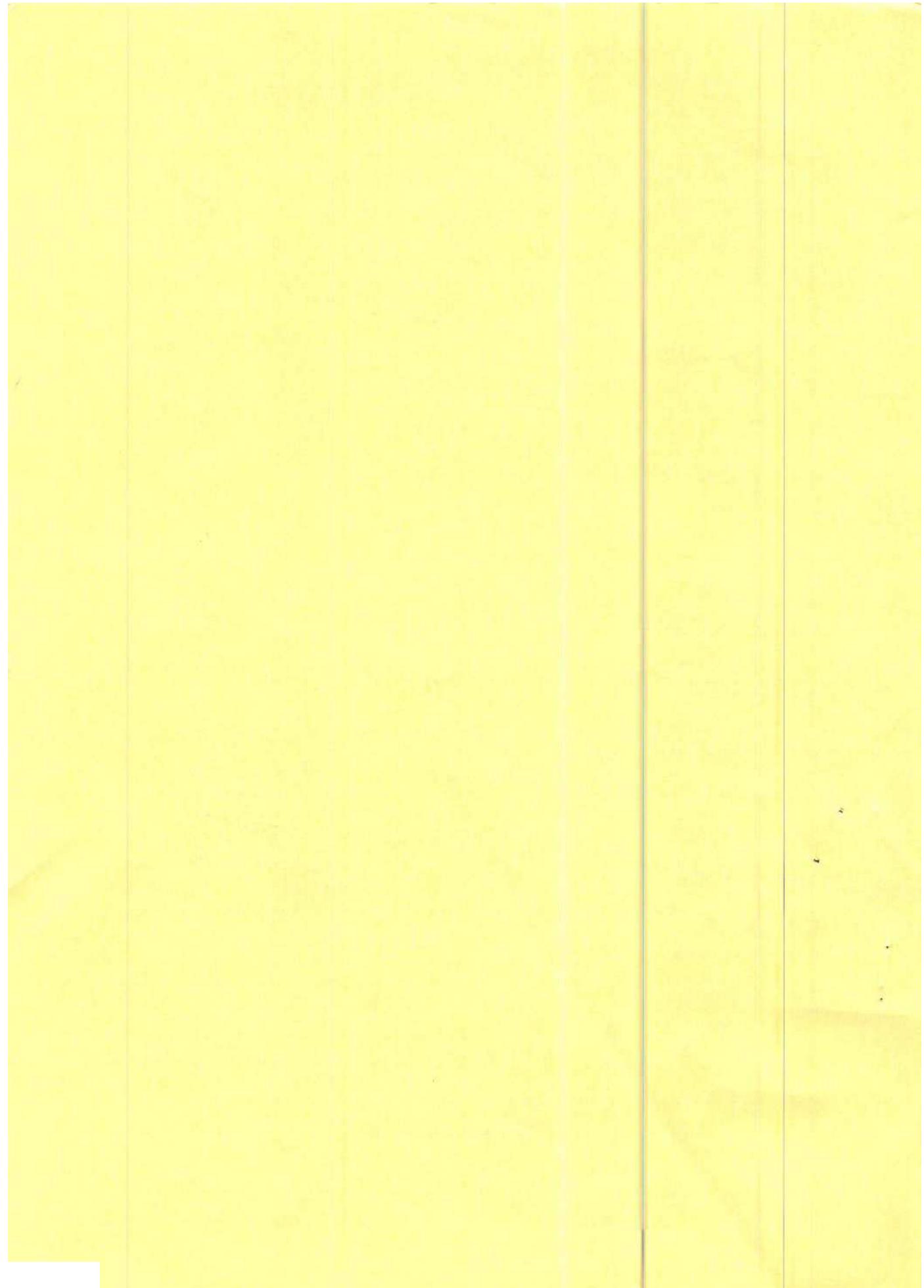
Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011292014500000034076108>  
Número do documento: 20102011292014500000034076108

Num. 35676167 - Pág. 5

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

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 <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				2 - CNES <b>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									
5 - NOME DO PACIENTE <b>MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA</b>				6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>2063864</b>					
7 - CARTÃO DO SUS				8 - DATA DE NASCIMENTO <b>12/09/1985</b>		9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARILENA DE SOUZA PEREIRA</b>				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> N° DE TELEFONE <b>986095336</b>					
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) <b>AV PRESIDENTE JUCELINO KUBISCH , 1646 , PRESIDENTE MEDICE</b>									
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>				14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO <b>250400</b>		15 - UF <b>PB</b>		16 - CEP <b>58400002</b>	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO									
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>DOR, DEFORMIDADE E LIMITACAO DA ADM EM TORNOZELO DIREITO</b>									
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>TRATAMENTO CIRURGICO</b>									
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>ANAMNESE + EX FISICO</b>									
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D</b>				21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO									
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  <i>L</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>		28 - DOCUMENTO ( <input checked="" type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)		29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016296777642</b>			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR</b>				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>18/12/2019</b>		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Aginaldo Lima P. Junior Orthopedista e Traumatologista Chirurgia do Joelho IEOT-15263 CRM-PB 9116</i>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)									
33 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA				37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO									
35 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA				40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADO      ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADOR		43 - AUTÔNOMO		44 - DESEMPREGADO		45 - APOSENTADO		46 - NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO									
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)		47 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  <i>/ /</i>		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)  <i>/ /</i>							





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. 7

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  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 21/12/2019

NOME : Eldiman Soares De Araujo



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: 6960  
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

Num. 35676167 - Pág. 9

21/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-12-21&contar=2063864&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

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLÓ 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, IFRA 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

ESTAVAL  
DOR+  
FEBRE -  
NV OK  
FO SANGUE

CURATIVOS  
ALTA HOSPITALAR

Dr.  
Eldiman Soares de Araujo  
Médico Ortopedista  
CRM: 6560  
PFC: 04310/97-24-20

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

Num. 35676167 - Pág. 11

20/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-12-20&amp;contar=2063864&amp;IDC=73548



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	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	cr
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	JF106
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	JF106
8	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	JF106
9	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	(6)
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  
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
Dr EVERLAN MEIRA



20.12.19

12hs

PA: 120180

P: 72

T: 36.9





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE

**5<sup>a</sup> 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 Mangueira 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.**



Assinado eletronicamente por: VALERIO ANDRADE PORTO - 05/11/2020 20:37:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110520375488900000034654990>  
Número do documento: 20110520375488900000034654990

Num. 36296861 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: VALERIO ANDRADE PORTO - 05/11/2020 20:37:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110520375488900000034654990>  
Número do documento: 20110520375488900000034654990

Num. 36296861 - Pág. 2