



Número: **0806182-82.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **14/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>NADIA MARIA BATISTA ALVES (AUTOR)</b>	<b>JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34244 474	14/09/2020 09:37	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
34244 486	14/09/2020 09:39	<a href="#">Peticao inicial</a>	Informações Prestadas
34244 489	14/09/2020 09:39	<a href="#">RG - CPF</a>	Documento de Identificação
34244 490	14/09/2020 09:39	<a href="#">Procuração</a>	Procuração
34244 491	14/09/2020 09:39	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>	Documento de Comprovação
34244 492	14/09/2020 09:39	<a href="#">Pagamento administrativo</a>	Informações Prestadas
34244 495	14/09/2020 09:39	<a href="#">documentos médicos - documentos do acidente</a>	Informações Prestadas

PDF em anexo.



Assinado eletronicamente por: JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES - 14/09/2020 09:37:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091409395470600000032751116>  
Número do documento: 20091409395470600000032751116

Num. 34244474 - Pág. 1

**EXCELENTESSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA -  
ESTADO DA PARAÍBA**

**NÁDIA MARIA BATISTA ALVES**, brasileira, solteira, do lar portador do RG de nº 1.155.966 SSP/PB, e CPF de nº 019.574.954-56, residente e domiciliado na Rua José Ferreira de Oliveira, nº 160, Mangabeira - João Pessoa-PB, por intermédio dos seus procuradores que esta subscrevem, com escritório profissional localizado no endereço que consta na procuração anexa, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex<sup>a</sup>, propor a presente:

**AÇÃO 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:

**JUSTIÇA GRATUITA**

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**.

## **DA SINÓPSE FÁTICA**

Segundo todo o relato na Certidão de Ocorrência em anexo, ocorreu o seguinte:

No dia 02/10/2016, por volta das 07h40 minutos, a autora vinha caminhando pela Rua Jobson de Almeida Fá, no bairro de Mangabeira, quando foi vítima de atropelamento por um veículo motocicleta Honda Bros.

Assim, vindo a cair no solo e se lesionar sendo socorrida para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico expedido pelo Dr. José de Almeida Braga - CRM 2329/PB, datada de 19/12/2016, bem como a certidão nº 0147/2018 datada em 26/02/2018 (doc. em anexo). Foram realizados exames e constatou-se a fratura do platô tibial esquerdo, sendo encaminhado para procedimento cirúrgico e tratamento.

Nos laudos médicos, em anexo, relata-se o que o autor sofreu:

- **CID 10: S 82.1 - Fratura do platô tibial esquerdo**

Como é possível observar, o autor teve sérios danos ocasionados pelo acidente. Inclusive, conforme consta no laudo, o autor passou por procedimento cirúrgico em razão da gravidade do acidente.



Hoje sente muita dor, não consegue carregar peso e não consegue fazer esforço, frente a gravidade de seu acidente e das sequelas deixadas.

O autor deu entrada no seguro obrigatório, foi reconhecida a sua lesão, mas erroneamente foi pago APENAS o valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Dessa forma, vem através da presente ação buscar a tutela jurisdicional para a efetivação da Justiça, sendo notório o enorme prejuízo sofrido, tendo consequências até os dias atuais, fato este que enseja a majoração da indenização.

## **DO DIREITO**

**CONFORME ACIMA SUSCITADO, A PARTE AUTORA TEM DIREITO AO RECEBIMENTO DA DEVIDA INDENIZAÇÃO PELAS LESÕES SOFRIDA EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

Ainda, tendo o acidente ocorrido em 11/01/2018 deve-se aplicar o novo valor indenizatório fixado pelo art. 3º, II, da Lei n. 8.194/74, introduzida pela Lei 11.945 de 2009, passa a ter o valor para invalidez permanente de R\$ 13.500,00, vejamos a tabela em anexo:

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um	



<b>membro inferior</b>	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	100
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais)</b>	Percentuais das Perdas
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar	
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais)</b>	Percentuais das Perdas
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10



**Por sua vez, o ART. 3º, II DA LEI Nº 6.194/74 NÃO EXIGE QUE A INVALIDEZ SEJA TOTAL, MAS APENAS PERMANENTE, SENDO QUE O GRAU DA INCAPACIDADE, NAS CIRCUNSTÂNCIAS, NÃO INTERFERE NO VALOR DA INDENIZAÇÃO.**

POR SUA VEZ, O ART. 5º E §§ 1º, 'B', E 2º, COM A ALTERAÇÃO DA LEI Nº 8.441/92, PREVÊ:

"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.

Aplicando-se a tabela encravada na Lei, Vislumbra-se, portanto, que o valor a ser deferido deverá estabelecer indenização sobre o percentual de 70% do valor total da indenização, ou seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Com a Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores, o valor arbitrado não poderá de maneira alguma ser menor do que R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais).

Devendo deste valor ser descontado o valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) que recebeu no âmbito administrativo.

## **DOS PEDIDOS:**

PRELIMINARMENTE, requer a V. Exa. O benefício da justiça gratuita, com fundamento nos Artigos 98 e seguintes, uma vez que a requerente é uma pessoa humilde não tendo condições de efetuar o pagamento das custas processuais, sem que haja prejuízo no seu sustento.



EX POSITIS, vem a promovente requerer a V. Exa. Que tome as providências legais cabíveis à espécie, determinando as seguintes medidas:

Seja concedida A TUTELA JURISDICIONAL, no sentido de:

1. Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo tenha início a instrução e julgamento;
2. Seja citado a SEGURADORA demandada, na pessoa do seu representante legal, para, querendo, dentro do prazo legal, contestar a presente ação pois, se não o fizer, arcará como o ônus da revelia;
3. Ao final, que seja julgado procedente a presente Ação de cobrança, assegurando ao autor o recebimento do respectivo seguro no percentual de 70% que alcança o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatro centos e cinquenta reais), não cabendo indenização menor do que R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), em virtude da Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores, isso devidamente corrigido.
4. Que seja descontado do valor da condenação o valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) recebidos na esfera administrativa.
5. 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;
6. Seja a demandada condenada a honrar com as custas e honorários advocatícios no percentual de 20% sobre o valor da condenação.



Dá-se a presente o valor de **R\$ 9.450,00 (NOVE MIL QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

**João Pessoa - PB, 13 de setembro de 2020.**

**EPITÁCIO F. LIMA NETO**

**Advogado**

**DAB/PB 25.810**

**JEEZISRAEL MOISÉS BEZERRA GOMES**

**Advogado**

**DAB/PB 25.883**

**RAMON DE ANDRADE GOUVEIA**

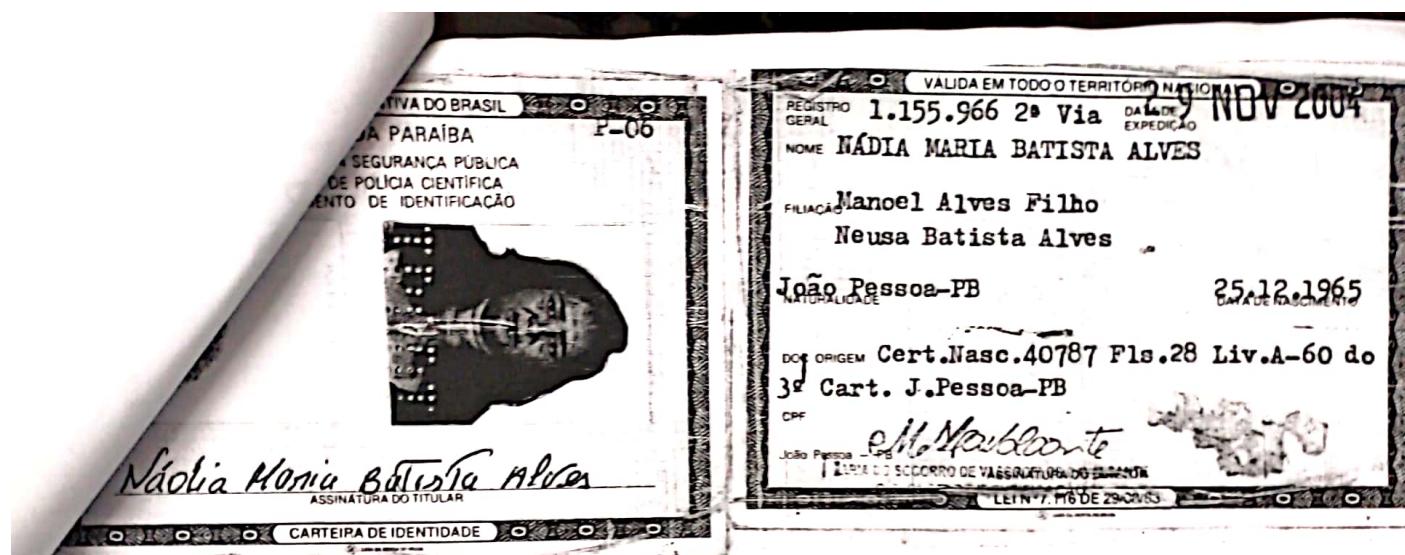
**Advogado**

**DAB/PB 21.485**

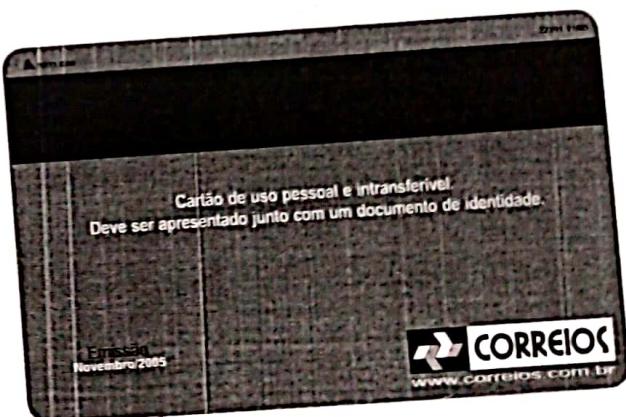


Assinado eletronicamente por: JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES - 14/09/2020 09:37:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091409375509300000032751678>  
Número do documento: 20091409375509300000032751678

Num. 34244486 - Pág. 7



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
27 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES - 14/09/2020 09:37:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091409375528100000032751681>  
 Número do documento: 20091409375528100000032751681

Num. 34244489 - Pág. 1



GOMES ADVOCACIA E CONSULTORIA

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**OUTORGANTE:** NOME NADIA MARIA BATISTA ALVES,  
NACIONALIDADE BRASILEIRA, ESTADO CIVIL SOLTEIRA, identidade  
nº 1.155.966, órgão expedidor SSP/PB, CPF nº 019.574.934-56 residente e  
domiciliado em RUA: - JOSÉ FERREIRA DE OLIVEIRA, 160, MANGABEIRA  
58056-200.

**OUTORGADOS:** **BEL JEEZISRAEL MOISÉS BEZERRA GOMES**, brasileiro, casado, Advogado, devidamente habilitado na OAB-Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado da Paraíba, sob o registro nº OAB 25883-PB, com endereço profissional situado à Rua Rodrigues de Aquino, 345, centro, João Pessoa - PB

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, para em conjunto ou isoladamente, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, estabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** a presente procuração outorga os causídicos descritos, os poderes, para, em nome do outorgante, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica.

João Pessoa - PB.

29 de janeiro de 2019.

Nadia Maria Batista Alves

**Outorgante**

Digitalizado com CamScanner







()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3180452863 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** NADIA MARIA BATISTA ALVES

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** NADIA MARIA BATISTA ALVES

**CPF/CNPJ:** 01957495456

#### Posição em 14-09-2020 02:25:22

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

11/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/10/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	<p></p> <p>(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZKHihxj5ouKexMPGdDkVcg==, api_key=XOpTBXPGKmYBwSV8NbD4OteLt58NwLYoS3JocybyKxw=)</p>

[Chat](#)




(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

### ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

### PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

### ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo/>)  
dpvat

Chat

[www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo](http://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo)

2/3



Assinado eletronicamente por: JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES - 14/09/2020 09:37:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091409375586200000032751684>  
 Número do documento: 20091409375586200000032751684

Num. 34244492 - Pág. 2

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))
- › Consulta a Pagamentos ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))
- › Saiba Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))
- › Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento](#))
- › Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT ([/Pages/Quem-Somos.aspx](#))
- › Sobre o Seguro DPVAT ([/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx](#))
- › Informações Gerais ([/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))
- › Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))
- › Dicionário do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT](#))
- › Perguntas Frequentes ([/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes](#))

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))

Chat





GOMES ADVOCACIA E CONSULTORIA

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**OUTORGANTE:** NOME NADIA MARIA BATISTA ALVES,  
NACIONALIDADE BRASILEIRA ESTADO CIVIL SOLTEIRA, identidade  
nº 1.155.966, órgão expedidor SSP/PB, CPF nº 019.574.934-56 residente e  
domiciliado em Rua: - JOSÉ FERREIRA DE OLIVEIRA, 160, manezinho  
58056-200.

**OUTORGADOS:** **BEL JEEZISRAEL MOISÉS BEZERRA GOMES**, brasileiro, casado, Advogado, devidamente habilitado na OAB-Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado da Paraíba, sob o registro nº OAB 25883-PB, com endereço profissional situado à Rua Rodrigues de Aquino, 345, centro, João Pessoa - PB

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, para em conjunto ou isoladamente, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** a presente procuração outorga os causídicos descritos, os poderes, para, em nome do outorgante, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica.

João Pessoa - PB.

29 de janeiro de 2019.

Nadia Maria Batista Alves

**Outorgante**

Digitalizado com CamScanner



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT

### SINISTRO

ASL-0356191/18

**Vítima:** NADIA MARIA BATISTA ALVES

CPF: 019.574.954-56

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/10/2016

**Titular do CPF:** NADIA MARIA BATISTA ALVES

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**GERLANDO PEREIRA DA SILVA : 008.014.944-86**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**NADIA MARIA BATISTA ALVES : 019.574.954-56**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

3180452863

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018

Nome: GERLANDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 008.014.944-86

GERLANDO PEREIRA DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018

Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA

CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Digitalizado com CamScanner



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02101.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02101.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:12 horas do dia 21 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Nádia Maria Batista Alves**, CPF nº 019.574.954-56, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Neusa Batista Alves e Manoel Alves Filho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/12/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) José Ferreira de Oliveira, Nº 160, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Silvio Porto, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98759-7760.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Jobson de Almeida Fá, Por Trás da Microlins, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/10/16 07:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 02/10/2016, por volta das 7:40 horas, ao atravessar a rua: Jobson de Almeida Fá, em mangabeira pro cindi,nesta capital PB, a mesma foi atropelada por um veículo tipo motocicleta, Honda Bros, que a notificante não lembra que foi o condutor nem tão pouco a placa da mesma;QUE devido ao fato a mesma veio a se lesionar e sendo socorrido por terceiro para o hospital de emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico,expedido pelo médico: Dr.José de Almeida Braga-CRM-2329/PB,datado de 19/12/2016,que não deseja representar criminalmente.

**ADENDO(S):**

Que na data 23/07/2018, à(s) 12:10 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE SEGUNDO A NOTIFICANTE, O FATO SE DEU NA RUA: JOBSON ALMEIDA SÁ, E QUE O PRIMEIRO ANTENDIMENTO SE DEU NO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA (GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY), CONFORME CERTIDÃO DE Nº 0147 E TRANSFERIDA NO MESMO DIA (02/10/2016) HETSHL, conforme laudo medico,entrada as 09:59 hs,sendo assinado um termo a pedido para ser transferida no hospital Samaritano no dia 04/10/2016, CONFORME DECLARAÇÃO DATADO DE 03/11/2017,assinado pelo médico Dr. Marcos Antonio Barros CRM 4617. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula: 1372611.

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



Digitalizado com CamScanner



## CERTIDÃO

Nº. 0147/2018

Atendendo solicitação de GERLANDO PEREIRA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº891959 e Prontuário Nº 2016.10.000156 pertencentes a **NÁDIA MARIA BATISTA ALVES** que foi atendida dia 02/10/2016 às 20H13min, vítima de atropelamento, apresentando trauma em pé e joelho esquerdos.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do platô tibial esquerdo. Medicada e transferida para o HETSHL.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

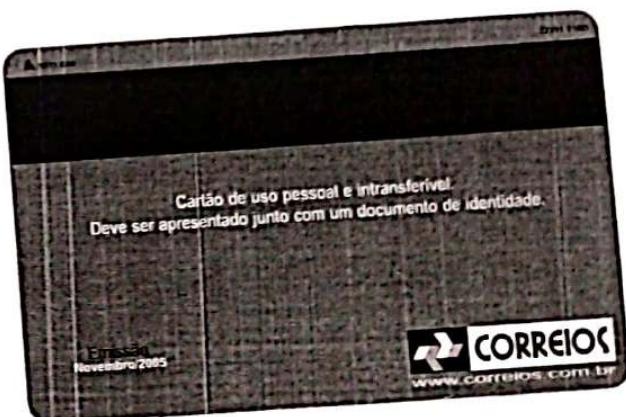
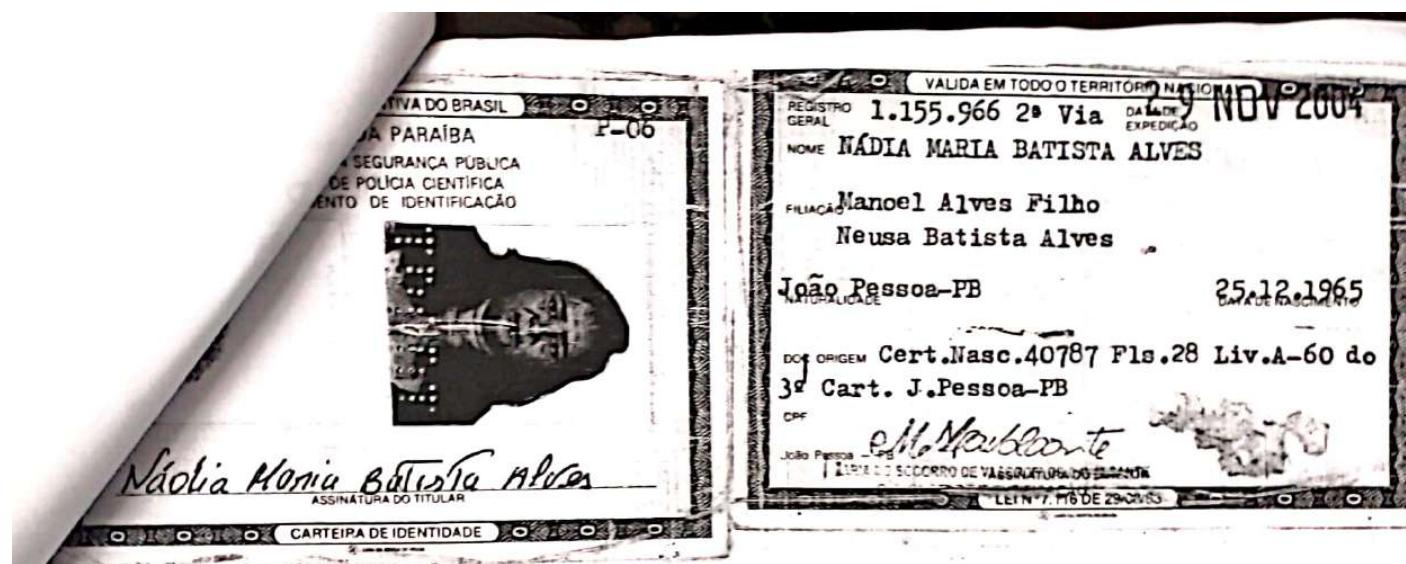
João Pessoa, 26 de fevereiro de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES - 14/09/2020 09:37:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091409375609900000032751687>  
 Número do documento: 20091409375609900000032751687

Num. 34244495 - Pág. 5

NEUSA BATISTA A. VES  
RUA JOSE FERREIRA OLIVEIRA, 180 - MANGABEIRA  
JOAO PESSOA/F-3-CEP. 58056-200 (AS 1)



Em 10/02/2018 Referencia Jun/2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO/210.Km25. Corte Redutor-João Pessoa/PB-CEP58021-690  
Retorno 12-5-200-21-0 N° medidor: 01J0052222

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.095.193/0001-40. Inscrição Estadual 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica 17002.213.665

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI

Jun / 2016 21/06/2018 23/07/2018 50746430400

UC (Unidade Consumidora): 5/405242-9

Canal de contato

- Tarifa Econômica Elétrica - TSEE fundada pela Lei  
nº 13.428, de 23 de outubro de 2002

COMPREV PREVIDÊNCIAS  
27 SET. 2018  
PROTÓCOLO 1  
AG. JOÃO PESSOA

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
Data Leitura: 20/05/18 23844	Data Leitura: 21/06/18 23895	1	250	50						
<b>Descriptivo</b>										
Quantidade Tarifa   Valor Base Calc. Aliq. Icms(R\$) ICMS Pct/Colis(R\$) Pct/Colis(R\$) (0,9005%) (4,1484%)										
260 Consumo ate 20. A/h-BR 30,000 0,249450 7,48 7,48 27 2,02 7,46 0,68 0,31	260 Consumo- 31 a 110KWh-BR 70,000 0,427820 29,33 29,33 27 8,08 29,93 0,27 1,24	260 Consumo- 1C1: 220KWh-BR 120,000 0,641420 78,37 78,37 27 20,78 78,97 0,69 3,19	260 Consumo acima e 220KWh-BR 30,000 0,712890 21,38 21,38 27 5,77 21,38 0,19 0,89	260 Adic.B. Amarela 0,32 0,82 27 0,22 0,82 0,01 0,03	260 Adic.B. Vermelha 8,30 9,80 27 2,85 9,80 0,09 0,41	2610 Subsídio 49,57 49,57 27 13,38 49,57 0,45 2,06				
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
282 CONTRIB SERV LUM PÚBLICA 8,58 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	284 JUROS DE MORA/04/2018 1,22 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	285 MULTA 34/2018 3,49 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	2904 COMPENSACAO POR INDICADOR-DIC 04/2018 -0,37 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	2905 ATUALIZACAO X ONETÁRIA 04/2018 0,09 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	2910 Devolucao Subsidi -33,98 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00					
DCI Cód. de Classificação do Item TOTAL: 172,98 195,85 52,80 195,85 1,78 8,12										

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
272	28/06/2018	R\$ 172,98

Historico de consumo (kWh)											
288	227	211	209	274	283	287	286	301	274	283	275
Jul/17	Jul/17	Ag/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Apr/18	May/18

RESERVADO AO FISCO 62.1.b.3a0.ccee.01a1.1b77.8deb.83b8.0d24.
---

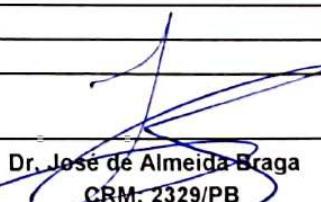
Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo	
Límites	Atingido	Límites de Referência	Descrição
DE MENSAL	5,76	NOMINAL	Base de Dist. de Energia/PB 34,58 19,91
DETRIMESTRAL	2,00	CONTRATADA	Compra de Energia 50,03 28,31
DE ANUAL	2,00	LIMITE INFERIOR	Serviço de Transmissão 8,40 3,05
FICHEIRISTRAL	2,00	LIMITE SUPERIOR	Encargos Sistóicos 74,17 42,71
FICAHM	2,95		Impostos Diretos e Encargos 0,00 0,00
DIAS	121		Outros Serviços
			Total 172,98 100,00
			Valor do Euro (Ref 4/2018) R\$156,92

ATENÇÃO	FATURAS EM ATRASO
FEVREIO E VENCIMENTO Informamos que em meses referentes permanecem pendentes as faturas acima mencionadas.	Maio/18 177,75
Caráter de efetuação: pagamento das fatura(s) emitirão a mais de 10 dias, desconsiderar este aviso.	
Este aviso é a inclusão de alertas de proteção ao crédito no caso de não pagamento.	
O seu endereço é: Rua Jose Ferreira Oliveira, 180 - Mangabeira, João Pessoa, PB, 58056-200, Brasil.	

Digitalizado com CamScanner



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
<b>NOME DO PACIENTE</b>	NADIA MARIA BATISTA ALVES	
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	25/12/65	
<b>NOME DA MÃE</b>	NEUSA BATISTA ALVES	
<b>DADOS EXTRAÍDOS</b>		
<b>PRONTUÁRIO N.º</b>	97.875	
<b>BOLETIM DE ENTRADA N.º</b>	951.711	
<b>DATA DO ATENDIMENTO</b>	02/10/16	
<b>HORA DO ATENDIMENTO</b>	21:59	
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO</b>	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
<b>DIAGNÓSTICO (S)</b>	FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO	
<b>CID 10</b>	S82.1	
<b><u>AVALIAÇÃO INICIAL:</u></b>		
Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, procedente do Ortotrauma, para avaliação pela cirurgia geral. Avaliada e liberada. Apresenta fratura de platô tibial esquerdo. Paciente foi transferida para o Hospital Samaritano. Acompanha RX com fratura de tibia proximal esquerda.		
<b><u>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</u></b>		
<b><u>TRATAMENTO:</u></b>		
Atendimento inicial. Transferida para o Hospital Samaritano.		
<b>ALTA HOSPITALAR:</b>	03/10/16	
<b>DATA DA EMISSÃO:</b>	19/12/16	

  
Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO *REV*

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, en -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 951711



#### Identificação do paciente

ID 1089179	Nome NADIA MARIA BATISTA ALVES			Sexo Feminino
Data de nascimento 25/12/1965	Idade 50 anos 9 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe NEUSA BATISTA ALVES				Pai MANOEL BATISTA FILHO
Escolaridade MÉDIO INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) VANDA LUCIA - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988855233	DDD Fixo 83	Fone Fixo 323875675	
Tipo documento CARTEIRA DE TRABALHO	Número documento 12446	Nº Cns		
Local de procedência MANGABEIRA				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
CBO/R				

#### Endereço

CEP 58056200	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ FERREIRA DE OLIVEIRA
Número 160	Complemento 83	Bairro MANGABEIRA	

#### Admissão

Data e Hora 02/10/2016 21:59:24	Número da pulseira 1000005943912	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	

#### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

#### Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

#### Exames complementares

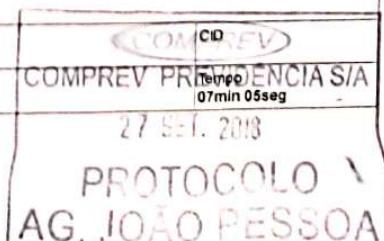
Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
AURINEIDE QUEIROGA DANTAS

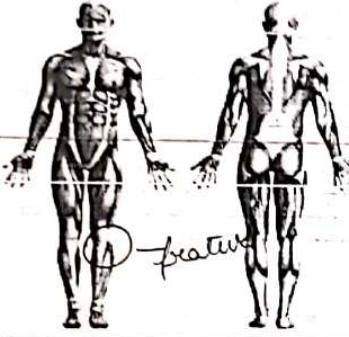
Imprimir



02/10/2016 22:05

Digitalizado com CamScanner



<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <u>lesionado, em perigo</u> <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim: <u>HAS + gastrito</u> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:																																													
<b>OS INGERIDOS:</b> <b>DA LESÃO</b> Identifique o local com o número correspondente ao lado → 																																													
<table border="0"> <tr> <td>1 Abrasão</td> <td>19 Fratura Óssea Fechada</td> </tr> <tr> <td>2 Amputação</td> <td>20 Fratura Óssea Aberta</td> </tr> <tr> <td>3 Avulsão</td> <td>21 Hematoma</td> </tr> <tr> <td>4 Contusão</td> <td>22 Ingurgitamento Nervoso</td> </tr> <tr> <td>5 Crepitação</td> <td>23 Lacerção</td> </tr> <tr> <td>6 Dor</td> <td>24 Lesão Tendinea</td> </tr> <tr> <td>7 Edema</td> <td>25 Luxação</td> </tr> <tr> <td>8 Empalamento</td> <td>26 Mordedura</td> </tr> <tr> <td>9 Efirsema subcutâneo</td> <td>27 Movimento torácico paradoxal</td> </tr> <tr> <td>10 Esmagamento</td> <td>28 Objeto Encravado</td> </tr> <tr> <td>11 Equimose</td> <td>29 Otorragia</td> </tr> <tr> <td>12 F. Arma Branca</td> <td>30 Parafisia</td> </tr> <tr> <td>13 F. Arma de Fogo</td> <td>31 Paresia</td> </tr> <tr> <td>14 F. Contuso</td> <td>32 Parestesia</td> </tr> <tr> <td>15 F. Cortante</td> <td>33 Queimadura</td> </tr> <tr> <td>16 F. Corto-Contuso</td> <td>34 Rinorrágia</td> </tr> <tr> <td>17 F. Perfuro-Contuso</td> <td>35 Sinais de Isquemia</td> </tr> <tr> <td>18 F. Perfuro-Cortante</td> <td>36</td> </tr> </table>		1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada	2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta	3 Avulsão	21 Hematoma	4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso	5 Crepitação	23 Lacerção	6 Dor	24 Lesão Tendinea	7 Edema	25 Luxação	8 Empalamento	26 Mordedura	9 Efirsema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal	10 Esmagamento	28 Objeto Encravado	11 Equimose	29 Otorragia	12 F. Arma Branca	30 Parafisia	13 F. Arma de Fogo	31 Paresia	14 F. Contuso	32 Parestesia	15 F. Cortante	33 Queimadura	16 F. Corto-Contuso	34 Rinorrágia	17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia	18 F. Perfuro-Cortante	36								
1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada																																												
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta																																												
3 Avulsão	21 Hematoma																																												
4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso																																												
5 Crepitação	23 Lacerção																																												
6 Dor	24 Lesão Tendinea																																												
7 Edema	25 Luxação																																												
8 Empalamento	26 Mordedura																																												
9 Efirsema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal																																												
10 Esmagamento	28 Objeto Encravado																																												
11 Equimose	29 Otorragia																																												
12 F. Arma Branca	30 Parafisia																																												
13 F. Arma de Fogo	31 Paresia																																												
14 F. Contuso	32 Parestesia																																												
15 F. Cortante	33 Queimadura																																												
16 F. Corto-Contuso	34 Rinorrágia																																												
17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia																																												
18 F. Perfuro-Cortante	36																																												
<b>OBS.:</b>																																													
<b>QUEIMADURA:</b> Superfície corporal lesada (regra da palma%)      % Graus de queimadura:      ( ) 1º grau      ( ) 2º grau      ( ) 3º grau																																													
<b>EXAMES SOLICITADOS</b> ( ) Radiografias      ( ) Lavado peritoneal ( ) Ultrassonografia (FAST)      ( ) Gasometria arterial ( ) Tomografia computadorizada      ( ) Tipagem sanguínea																																													
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CÓDIGO</th> <th>ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td><u>1º atendimento</u></td> <td></td> <td><u>J. M. ...</u></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><u>Exa. de exa. geral</u></td> <td></td> <td><u>J. M. ...</u></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><u>Encaminhado à ortopedia.</u></td> <td></td> <td><u>J. M. ...</u></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td><u>Acidentado reg. exa. de exa.</u></td> <td></td> <td><u>J. M. ...</u></td> </tr> </tbody> </table>			CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1	<u>1º atendimento</u>		<u>J. M. ...</u>	2	<u>Exa. de exa. geral</u>		<u>J. M. ...</u>	3	<u>Encaminhado à ortopedia.</u>		<u>J. M. ...</u>	4				5				6				7				8				9				10	<u>Acidentado reg. exa. de exa.</u>		<u>J. M. ...</u>
	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																										
1	<u>1º atendimento</u>		<u>J. M. ...</u>																																										
2	<u>Exa. de exa. geral</u>		<u>J. M. ...</u>																																										
3	<u>Encaminhado à ortopedia.</u>		<u>J. M. ...</u>																																										
4																																													
5																																													
6																																													
7																																													
8																																													
9																																													
10	<u>Acidentado reg. exa. de exa.</u>		<u>J. M. ...</u>																																										
<b>SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO</b> Solicito parecer da <u>ORTO</u> às <u>20:16</u> do dia <u>02/10/16</u> Solicito parecer da <u> </u> às <u> </u> do dia <u> </u>																																													
<b>DESTINO DO PACIENTE</b> DATA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> ( ) Centro cirúrgico DA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> ( ) Transferência (unidade de saúde) <u> </u> SAÍDA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> ( ) Internado (setor) <u> </u> HORAS: <u> </u> : <u> </u> ( ) Alta hospitalar      ( ) Declaração médica      ( ) A pedido      ( ) A revalia      ( ) Desistência ( ) Óbito      ( ) Até 48 hs.      ( ) Após 48 hs.      ( ) Família      ( ) IML      ( ) SVO																																													
ASSINATURA/CARIMBO      ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL																																													
ASSINATURA      ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL <b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b> F(NG).CC.001-1 27 SET. 2016 <b>PROTOCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>																																													

Digitalizado com CamScanner



CRAZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Primeiro Atendimento Médico

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

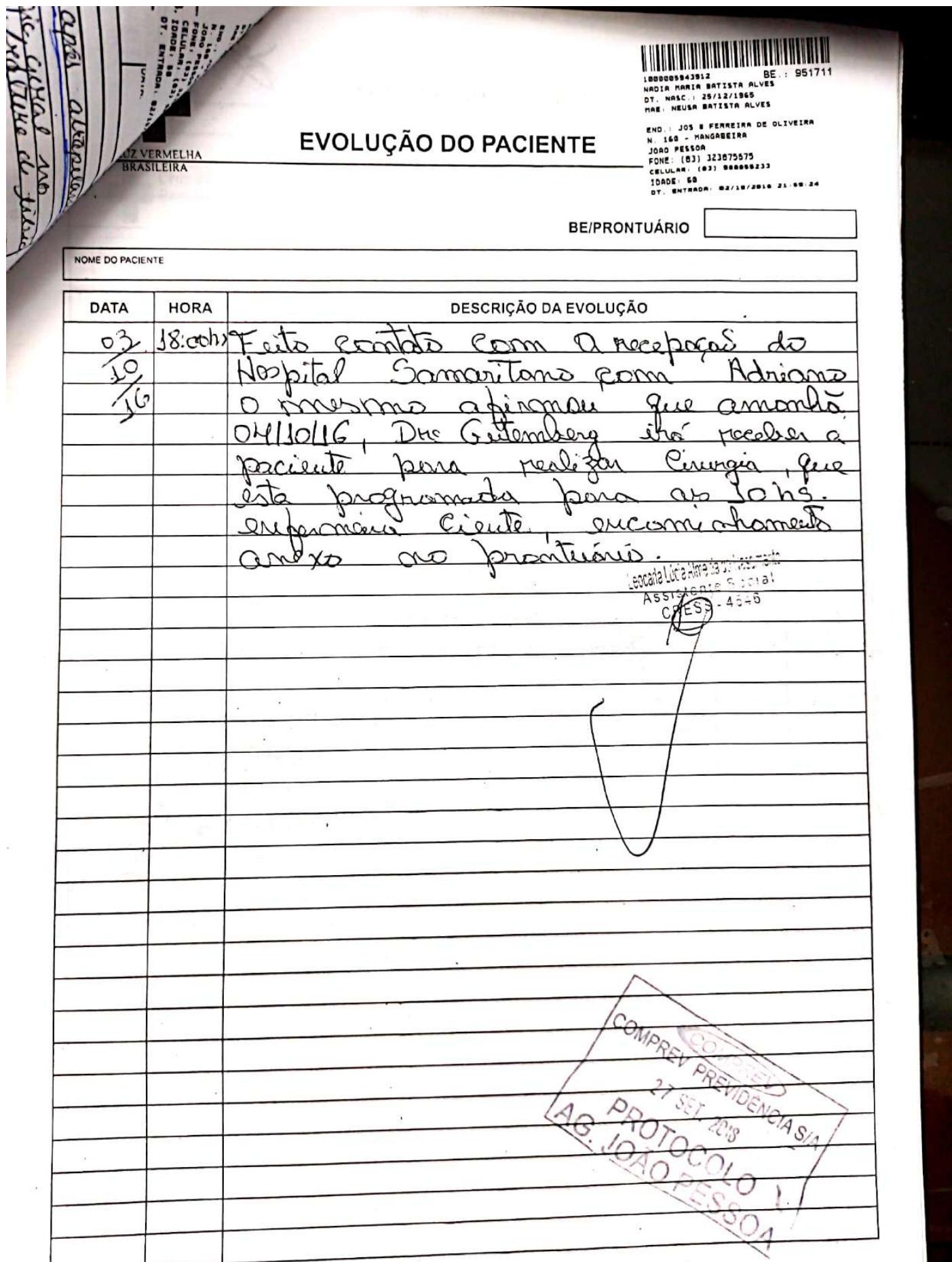
NOME DO PACIENTE:	IDADE:
DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA	
<p>Paciente encaminhada ao Ortopaume após acidente de trânsito por moto. Foi avaliada e libra da cintura cervical no Serviço de Urgência. Encaminhada para ORTO para realização de laudo Rx com fratura do plato ilíaco L.</p>	

EXAME PRIMÁRIO		CIRCULAÇÃO			
<p>VIAS <input checked="" type="checkbox"/> Pérvias <input type="checkbox"/> Obstruídas</p> <p>AÉREAS <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>CERVICAL IMOBILIZADA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>VENTILAÇÃO:</p> <p>TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> Sem dificuldade <input type="checkbox"/> Com dificuldade</p> <p>VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/></p> <p>APNÉIA <input type="checkbox"/></p> <p>AUSCUTA PULMONAR:</p> <p>1- MURMÚRIO VESICULAR</p> <p>HTD <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>HTE <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>2 - RUIDOS</p> <p>HTD <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não</p> <p>HTE <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores</p> <p>FR: _____ imp SaO<sub>2</sub>: _____ %</p>		<p>COR DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica</p> <p>TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria</p> <p>PULSO: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>AUSCUTA CARDÍACA: <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>RÍTIMO: <input checked="" type="checkbox"/> Normotônicas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas</p> <p>BULHAS: <input checked="" type="checkbox"/> Ausente</p> <p>SOPRO: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>BE OU B4: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>FC: _____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C</p> <p>ECG: _____</p> <p>ABDOMEN: <i>Flácido, indolor. Pélvis estavel.</i></p>			
DÉFICIT NEUROLOGICO		<p>Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Paralisadas <input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas (diferença = _____ mm)</p> <p>Escala de Glasgow:</p>			
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)			
Esportânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL:	35			Nenhuma	1

F(NG).CC.001-1

Digitalizado com CamScanner



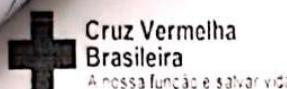


Digitalizado com CamScanner



LARANJA B A

951711



**PREScrição MÉDICA**  
**PREScrição MÉDICA POSTO -1**



Paciente	NADIA MARIA BATISTA ALVES	<b>DATA:</b>	<b>HORA</b>
UNIDADE:		04.10.2016	08:00
LEITO:			
<b>ITEM</b> <b>PREScrição - POSOLOGIA - ADMINISTRAÇÃO</b>			
1.	DIETA P/ HAS E DM	ATENÇÃO	
2.	SF 0,9% 1000 ML IV 24 H	48500 2º500	
3.	DIPIRONA 02 ML + AD EV 6/6 HORAS	46 22 04 10	
4.	CLEXANE 40 MG SC DIA	46	
5.	TRAMAL 100 MG + SF0,9% 100ML EV 12/12 HORAS	SN	
6.	NAUSEDRON 8MG IV 8/8HS, SE NAUSEAS		
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS	06	
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD >/= 110MMHG		
9.	GLICEMIA CAPILAR ANTES DAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS		
10.	INSULINA REGULAR SC CONFORME PROTOCOLO		
11.	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG 1 COMP VO PELA MANHÃ	40	
12.	LOSARTANA 50 MG 1 COMP AO DIA	46	
13.	CCGG E SSVV		
14.	$201 - 250 = 41$	$251 - 300 = 61$	
15.	$301 - 350 = 81$	$351 - 400 = 101$	
16.	$7401 = 121$		
17.	GA 50% - 40ml	IV 1/2 HG + 700ug/d	
18.		COMPREV PREVIDENCIA SIA	
19.	DIAGNÓSTICO: FRATURA DE COLO FEMUR.		
20.	EVOLUI ESTÁVEL NO MOMENTO. SOL VAGA NA ENFERM. MARIA AGUARDA CIRURGIA.	PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	
21.			

Digitalizado com CamScanner





PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO -1

95 1711

A  
casa

Paciente	NADIA MARIA BATISTA		DATA:	HORA
UNIDADE:			03/10/16	08:00
LEITO:				
<b>PRESCRIÇÃO - POSOLOGIA - ADMINISTRAÇÃO</b>				
1.	DIETA HIPOSSÓDICA + DM			
2.	SRL 1000 ML EV 24 HS	X	20	
3.	DIPIRONA 02 ML + AD EV 6/6 HORAS	16	22	01 16
4.	CLEXANE 40 MG SC DIA	16		
5.	TRAMAL 100 MG + SF0,9% 100ML EV 12/12 HORAS S/N		5N	21
6.	NAUSEDRON 8MG IV 8/8HS, SE NAUSEAS			
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS	X		
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD >/= 110MMHG	S/N		
9.	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG UM COMP. PELA MANHÃ			(Suspens)
10.	CCGG			
11.	LOSARTANA 50MG VO DE 3x dia 10			
12.	HGT 6/6h			
13.	Insulina Regular SC e HGT			
14.	$201-250 = 4U$	X	$251-300 = 6U$	
15.	$301-350 =$		NUN	
16.				
17.				COMPREV PREVIDÊNCIA
18.				27 SET. 2018
19.	DIAGNÓSTICO: FRATURA <del>do colo do fêmur</del>			PROTÓCOLO
20.	De Tibia	X		AG. ID. DA PESSOA
21.				

EVOLUI ESTÁVEL, AGUARDANDO CIRURGIA. SCL VAGA NA E. IFERMARIA.



PRESCRIÇÃO MÉDICA



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

ÔME DO PACIENTE: Adilice Junes Bezerra

DR:

B.E / PRONTUÁRIO		DATA: <u>02/10/16.</u>	
ENFERMEIRA		LEITO:	
MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	ARMazenamento	QUANTIDADE	OBSERVAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> <u>Augit 100mg 1000mg</u>	<u>1000mg</u>	<u>2</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> <u>Metformina 500mg</u>	<u>500mg</u>	<u>2</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> <u>Diurine 250mg</u>	<u>250mg</u>	<u>1</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> <u>aceclofenac 250mg</u>	<u>250mg</u>	<u>1</u>	
			<u>COMPREI / ÓXI / PREVIDÊNCIA S/A / SET 2013</u>
			<u>PROTÓCOLO / JOÃO PESSOA</u>

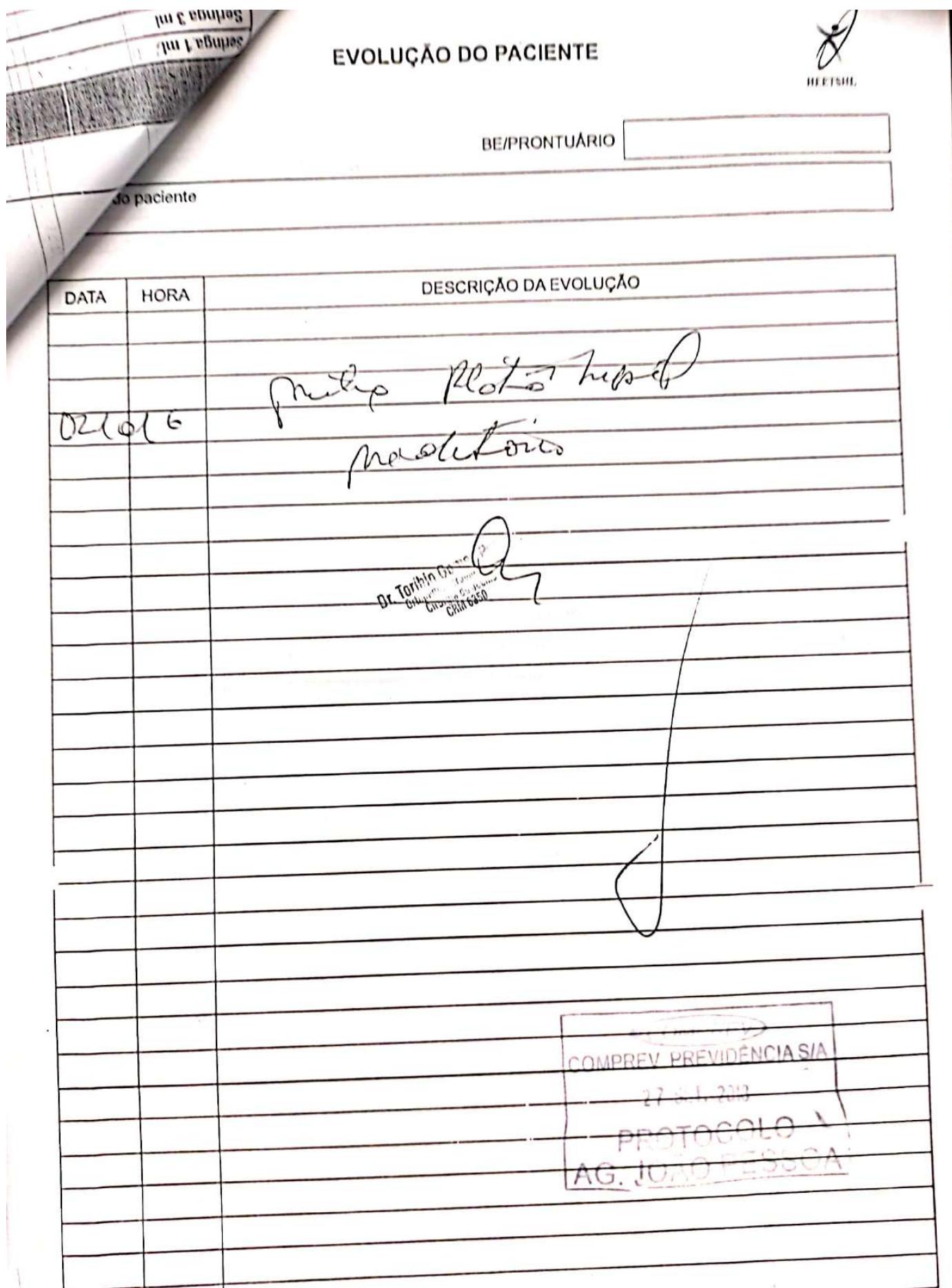
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO E CARIMBO

F(NG), ARQ.001-1

SERVIDOR DA FARMÁCIA

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO





Digitalizado com CamScanner



## Primeiro Atendimento Médico

### ATENDIMENTO MÉDICO

PACIENTE:

IDADE:

1000005943912 BE.: 951711

NADIA MARIA BATISTA ALVES

DT. NASC.: 25/12/1965

MAE: NEUSA BATISTA ALVES

END.: 1 JOSÉ FERREIRA DE OLIVEIRA

N. 160 - MANGABEIRA

JOÃO PESSOA

FONE: (83) 323875675

CELULAR: (83) 988855233

B. IDADE: 50

DT. ENTRADA: 02/10/2016 21:59:24

#### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente encaminhada com Orto traume após atropelamento  
para morte.  
foi feita cirurgia e liberação da pele cirúrgica queimado no  
serviço de urgência. Encaminhada para ORTO para reabilitação de ferida.  
Referiu claudicação de pele  
radiante com fratura do plateau tibial E.

#### EXAME PRIMÁRIO

VIAS  Párvias  Obstruídas

AÉREAS  Sim  Não

#### VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA  Sim  Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  Sem dificuldade

Com dificuldade

#### VENTILAÇÃO MECÂNICA

#### APNÉIA

#### AUSCUTA PULMONAR:

##### 1 - MURMÚRIO VESICULAR

Presente e normal  
 HTD  Rude  
 Diminuído  
 Ausente

Presente e normal  
 HTE  Rude  
 Diminuído  
 Ausente

##### 2 - RUIDOS

sim HTD  Roncos  
 Sibilos  Estertores HTE  Roncos  
 Sibilos  Estertores

FR:  imp SaO<sub>2</sub>:  %

#### DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas  Edorreatente

Paralisadas

Isocôricas

Anisocôricas

(diferença =  mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA
	ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5 <input checked="" type="checkbox"/> Obedece aos comandos <input checked="" type="checkbox"/> COMPREENDE <input checked="" type="checkbox"/> PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> S/A
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4 <input checked="" type="checkbox"/> Localiza a dor <input checked="" type="checkbox"/> 27 SET 2018
Ao continuto estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3 <input checked="" type="checkbox"/> Retira o Membro <input checked="" type="checkbox"/> PROTOCOLO <input checked="" type="checkbox"/> 3
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2 <input checked="" type="checkbox"/> Flexão anormal (decorticado) <input checked="" type="checkbox"/> 2
		Nenhuma / Nenhuma	1 <input checked="" type="checkbox"/> Extensão Anormal (decerebrado) <input checked="" type="checkbox"/> 1
TOTAL:	35		

F(NG) CC.001-1

Assinado eletronicamente por: JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES - 14/09/2020 09:37:56

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091409375609900000032751687

Num. 34244495 - Pág. 16

Número do documento: 20091409375609900000032751687

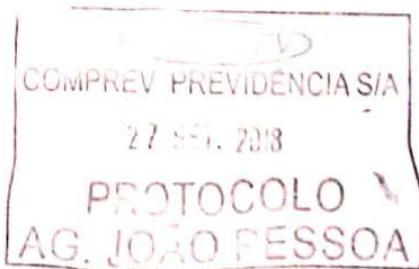


## DECLARAÇÃO

Conforme solicitação da Sr<sup>a</sup>. **NADIA MARIA BATISTA ALVES** estamos entregando copia do seu prontuário no período de 04/10/2016 a 05/10/2016.

João Pessoa, 03 de Novembro 2017.

*Dr. Marco Antonio Barros*  
Dr. Marco Antonio Barros  
Dotor Samaritano  
Hospital Clínico



Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES - 14/09/2020 09:37:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091409375609900000032751687>  
Número do documento: 20091409375609900000032751687

Num. 34244495 - Pág. 17



## DECLARAÇÃO

Conforme solicitação da Sr<sup>a</sup>. **NADIA MARIA BATISTA ALVES** estamos entregando cópia do seu prontuário no período de 04/10/2016 a 05/10/2016.

João Pessoa, 03 de Novembro 2017.

*Dr. Marco Antônio Barros*  
Dr. Marco Antônio Barros  
Gestor Empreendimentos  
Hospital Samaritano  
Doutor Clínico



Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083) 3048-2100

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES - 14/09/2020 09:37:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091409375609900000032751687>  
Número do documento: 20091409375609900000032751687

Num. 34244495 - Pág. 18



Hospital Samaritano

## CENTRO CIRÚRGICO – FICHA DE CIRURGIA

## **FICHA DA CIRURGIA**

PACIENTE: Naofe Queiroz D.O. 15.07.00 Convenio Facote  
Idade: 16 Sexo M Sala: 10 Data: 04/10/2016

## **SUMÁRIO CLÍNICO**

factor: gevormde al plast  
vaste vredefabriek  
sector: de basis of - en deel  
de industrie en handel

## EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: José Guterres Cruz de Cruz  
1º. Auxiliar: João Luís da Costa  
2º. Auxiliar: \_\_\_\_\_  
3º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Leandro Souza  
Instrumentador(a): \_\_\_\_\_

## DESCRICAO DA CIRURGIA

Data da Cirurgia: 04/10/2016 Hora Inicial: 12:20 Hora-Final: 14:40

Tipo de Cirurgia: ~~de descompressão crânica~~

Diagnóstico Pré-Operatório: ~~infarto agudo do miocárdio~~

Diagnóstico Pós-Operatório: \_\_\_\_\_ PROTOCOLO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado



PACIENTE <b>Mauro Name Batista Alves</b>		SEXO	COR	PESO (kg)	DATA CIRURGIA (d/m/a)													
					07/10/13													
					APT/ENF													
OPERAÇÃO INICIAL (mmHg)		PULSO (mmHg)	TEMP (°C)	ESTADO MENTAL														
OPERAÇÃO FINAL (mmHg)				AUXILIAR 1														
CIRURGIANO				AUXILIAR 2														
DIAGNÓSTICOS																		
FICHA ANESTÉSICA																		
Dr. Biffuratto																		
T.M.C.																		
PROCEDIMENTO REALIZADO																		
Interventio		TEMP (°C mmHg)	DURACAO (min)	EMERGÊNCIA	MPA	NPA	AMPA	DROGA	EFETO SATISFAATORIO	SIM	NAO	DESTINO DO PACIENTE	URPA	EFAT/ART	UNI	AMPS	COLAR ETIQUETA SE HOUVER	

#### HORÁRIO DO PROCEDIMENTO

10:00

10:30

11:00

11:30

12:00

12:30

13:00

13:30

14:00

14:30

15:00

15:30

16:00

16:30

17:00

17:30

18:00

18:30

19:00

19:30

20:00

20:30

21:00

21:30

22:00

22:30

23:00

23:30

24:00

24:30

01:00

01:30

02:00

02:30

03:00

03:30

04:00

04:30

05:00

05:30

06:00

06:30

07:00

07:30

08:00

08:30

09:00

09:30

10:00

10:30

11:00

11:30

12:00

12:30

13:00

13:30

14:00

14:30

15:00

15:30

16:00

16:30

17:00

17:30

18:00

18:30

19:00

19:30

20:00

20:30

21:00

21:30

22:00

22:30

23:00

23:30

00:00

00:30

01:00

01:30

02:00

02:30

03:00

03:30

04:00

04:30

05:00

05:30

06:00

06:30

07:00

07:30

08:00

08:30

09:00

09:30

10:00

10:30

11:00

11:30

12:00

12:30

13:00

13:30

14:00

14:30

15:00

15:30

16:00

16:30

17:00

17:30

18:00

18:30

19:00

19:30

20:00

20:30

21:00

21:30

22:00

22:30

23:00

23:30

00:00

00:30

01:00

01:30

02:00

02:30

03:00

03:30

04:00

04:30

05:00

05:30

06:00

06:30

07:00

07:30

08:00

08:30

09:00

09:30

10:00

10:30

11:00

11:30

12:00

12:30

13:00

13:30

14:00

14:30

15:00

15:30

16:00

16:30

17:00

17:30

18:00

18:30

19:00

19:30

20:00

20:30

21:00

21:30

22:00

22:30

23:00

23:30

00:00

00:30

01:00

01:30

02:00

02:30

03:00

03:30

04:00

04:30

05:00

05:30

06:00

06:30

07:00

07:30

08:00

08:30

09:00

09:30

10:00

10:30

11:00

11:30

12:00

12:30

13:00

13:30

14:00

14:30

15:00

15:30

16:00

16:30

17:00

17:30

18:00

18:30

19:00

19:30

20:00

20:30

21:00

21:30

22:00

22:30

23:00

23:30

00:00

00:30

01:00

01:30

02:00

02:30

03:00

03:30

04:00

04:30

05:00

05:30

06:00

06:30

07:00

07:30

08:00

08:30

09:00

09:30

10:00

10:30

11:00

11:30

12:00

12:30

13:00

13:30

14:00

14:30

15:00

15:30

16:00

16:30

17:00

17:30

Samaritano

## Bloco Cirúrgico

H. Bonyander Alves

Convênio: Pardisney  
Data: 04-10-16

gabinete

Anestesista: Dr. Regis  
Anestesia: Rádiofrequência  
Circulante: Rosilene

Amentador: Adriano

Idade: 500.

## MÉDICAMENTOS

Água Destilada 10 ml	03	Droperidol	Nimbium	Tilatil mg
Adrenalina		Etomidato	Neomicina Pomada	Transamim
Aminofilina		Efedrina	01 Neocaína Isobárica	Tramal 50mg
Am. cacaia		Fenergan	Neocaína Pesada	2 Tracrium
Atropina		Fentanil 2ml	Novabupi 0,5 c/v	Ultiva 2mg
Bextra 40mg		Fentanil 10ml	Novabupi 0,5 s/v	Unasyn 3g
Buscopam Composto		Flagyl 500mg	Nubaim	Xilocaina 2% Fr
Buscopam Simples		Fenitoína	Omeprazol	Xilocaina 2% 5ml
Brycanil		Flumazenil	Oxacilina 500mg	Xilocaina 2% geléia
Clonidina		Gentamicina	Pavulon	Dramin B6
Clore 200mg		Glicose 50%	Plasil	Vitamina C
Duo Decadron		Hidrocortisona	Precedex	Vitamina K
Dimorf 0,2mg	01	Kefilm 1g	Profenid	02 Vitamina B
Dimorf 10mg		Kefazol 1g	Propofol	
Dimorf 1mg		Ketalar/Ketamin	Prostigumine	HALOGENADOS
Dexametasona mg	02	Kolagenase Pomada	Quelicim mg	Sevorane (ml)
Dipirona Sódica	02	Lasix	Rapifen	Halotano (ml)
Dolosal		Liquemine	Ranitidina	Forane (ml)
Dormenid	1	Narcan	Rocefin 1g	
Diazepam		Nausedron	Telebrix	

## SOLUÇÕES

Soro Fisiol. 0,9% 1000ml	Soro Ringer c/ Lactato	17	03 PVPI Degermante 40 ml	Clorexidina 2% degerm.
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	Água Destilada 1L		PVPI Tintura 40 ml	Clorexidina 2% alc.
Soro Fisiol. 0,9% 250ml	Purisole		PVPI Tópico	Éter
Soro Glicosado 5% 250ml	Manitol			Álcool 70%
Soro Glicosado 5% 500ml	Voluven			

COMPRA PREVIDÊNCIA SA

## MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Aguilha 13x4,5G	01	Conexão 2 vias	101	Luva de Procedimento	40	Cartucho de Ligaclip
Aguilha 25x7G	01	Dreno Penrose 1		Luva 7,0	02	Perfurador Seth
Aguilha 40x12G	103	Dreno Penrose 2		Luva 7,5	02	Sonda Gástrica 18
Aguilha Raqui 25G	01	Dreno Penrose 3		Luva 8,0	02	Sonda Gástrica 20
Aguilha Raqui 26G		Dreno Succção 3,2		Luva 8,5	AG	Sonda Uretral 4
Aguilha Raqui 27G		Dreno Succção 4,8		Lâmina Bisturi 11		Sonda Uretral 6
Aguilha Peridural 16G		Dreno Succção 6,4		Lâmina Bisturi 15		Sonda Uretral 8
Aguilha Peridural 17G		Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24	3	Sonda Uretral 10
Aguilha Peridural 18G		Dreno Tórax 36		Máscara Descartável		Sonda Uretral 12
Aguilha de Bloqueio Plexo		Dreno Tórax 38		Propé		Sonda Uretral 14
Jelco 14G		Espanadrapo 30 cm		Seringa 1ml		Torneirinha 3 vias
Jelco 16G		Eletrodos	105	Seringa 3ml	01	TOT 6,5
Jelco 18G		Equipo Macrogotas		Seringa 5ml	02	TOT 7,0
Jelco 20G		Equipo Microgotas		Seringa 10ml		TOT 7,5
Jelco 22G		Escova degermante		Seringa 20ml	C1	TOT 8,0
Jelco 24G	02	Gorro Descartável	105	Seringa 60ml		TOT 8,5
Atadura Crepom 15cm	10	Gaze Pacote	05	Sonda Foley 3v 18		TOT 9,0
Atadura Crepom 30cm		Gelfoan		Sonda Foley 3v 20		Transfix
Atadura Gessada		Surgicel		Sonda Foley 3v 22		Equipo de BIC
Coletor Sist. Aberto		Intracath		Sonda Foley 2v 12		Equipo de Sangue
Coletor Sist. Fechado		Catéter monolúmen		Sonda Foley 2v 14		Equipo Irrigoplás
Cateter Nasal	01	Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16		Algodão Ortopédico
Cateter Peridural 16		Capa VDL		Sonda Foley 2v 18		103

## EQUIPAMENTOS

Aspirador		Capnógrafo	Fonte de Luz	RX/ Arco Cirúrgico
Bisturi Elétrico	OK	CO2	Monitor	Tricotomia
Bomba de Infusão		Oxigênio	Respirador	Peça Cirurg. NÃO
Carro de VDL		Nitrogênio	Oxímetro	Destino:

Digitalizado com CamScanner





Hospital Samaritano

Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Padrao: Maria Batista Abreu	Data: 04/10/16
Local: Gabinete	Origem: 10
2º Cirurgião:	Anestesista: Dr. Regis
Surgia: Fractura Tibia (E)	

Admissão

Recepção do Paciente:
Venoclise: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Periférico - MS <input type="checkbox"/> Central
Estado Geral/ Nível de Consciência:
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Outros
SSVV: PA: 118x73 mmHg P: 101 bpm R: 16 ipm SPO <sub>2</sub> : 98

Trans-Operatório

Grau de Contaminação: <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> Contaminada <input checked="" type="checkbox"/> Limpa
<input type="checkbox"/> Potencialmente Contaminada
Posição do Paciente no Trans-Operatório: <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Ginecológica
<input type="checkbox"/> Lateral E <input type="checkbox"/> Ventral
Bisturi elétrico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local da Placa: <input checked="" type="checkbox"/> Panturrilha <input type="checkbox"/> Face Posterior da Coxa <input type="checkbox"/> Glúteos
Solução Usada na Assepsia: <input checked="" type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> Outros:
Sondas/Drenos/Câmlas:
<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Penrose Latex <input type="checkbox"/> Dreno de Blake <input type="checkbox"/> Kherr
<input type="checkbox"/> Succção <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Irrigação Contínua
Ostomias: <input type="checkbox"/> Traqueal <input type="checkbox"/> Cística <input type="checkbox"/> Abdominal
Tipo de Anestesia: <input type="checkbox"/> Peridural <input checked="" type="checkbox"/> Raqui <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Bloqueio de Plexo
<input type="checkbox"/> Geral+Sedação <input type="checkbox"/> Sedação <input checked="" type="checkbox"/> Local
Serviços Requisitados: <input type="checkbox"/> Banco de Sangue <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Laboratório
Hora do Início: 12:20 Hora do Término: 14:40
INTERCORRÊNCIAS: <i>anoxia renal</i>
<i>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</i>
<i>27/10/2018</i>
<i>PROTÓCOLO</i>
<i>AG. JOÃO PESSOA</i>

Pós-Operatório

Nível de Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Outros
Ao final da Cirurgia: Curativo <input type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Semi-oclusivo <input type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Descoberto <input type="checkbox"/> Tampão
Venoclise: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Periférico-MS <input type="checkbox"/> Central
Destino: <input checked="" type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Alta Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> URPA
SSVV: PA: 100x71 mmHg P: 90 bpm R: 16 ipm SPO <sub>2</sub> : 100%
Hora da Saída: 15:00
INTERCORRÊNCIAS:

Circulante: *Rosilene + gurilino* Coren: *106881*





Hospital Samaritano

REGISTO 4267028  
PACIENTE NAOIA MARIA BATISTA ALVES  
D.N. 25/12/1963 (50 ANOS)  
MAE NEUSA BATISTA ALVES  
CONVENIO: PARTICULAR/ACOTEC  
INTENCAO: CIRURGICA: FRATURA DE MEMBRO INFRA  
DATA: 04/10/2019

## IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Nacha María Batista Alvar

Atendimento: Cirurgico

Convênio: Particular

Cirurgia: Frat. de tibia (E)

Cirurgião: Doutor Gutenberg

Sala: 04 Data: 04.10.16

Circulante de sala (não rubricar): Paulo Henrique + Jucelino Faustino  
Téc. em Enfermagem + 035-99577767

<p><del>03.10.16 02</del>  <del>09.09.16</del> <del>Validade 06.10.16</del></p>		<p><del>01.10.16 02</del>  <del>01.11.16 03</del>  <del>0683</del></p>
<p><b>03.10.16 02</b></p> <p><del>01.10.16 02</del></p> <p><del>1.331</del></p> <p><del>03.10.16 02</del> BANDEJA DE RAQUI</p> <p><del>10.10.16 09</del></p> <p><del>1.331</del></p> <p><del>03.10.16 02</del> ESTERILIZAÇÃO 29/9/16</p> <p><del>10.10.16 09</del></p> <p><del>1.331</del></p> <p><del>03.10.16 02</del> VALIDADE 04/10/16</p> <p><del>10.10.16 07</del></p> <p><del>1.331</del></p> <p><del>03.10.16 02</del> AUTOCLAVE: CL</p> <p><del>10.10.16 07</del></p> <p><del>1.331</del></p> <p><del>03.10.16 02</del> CARGA: 134°</p> <p><del>10.10.16 07</del></p> <p><del>1.331</del></p> <p><del>03.10.16 02</del> QUANTIDADE DE PEÇAS:</p> <p><del>10.10.16 07</del></p> <p><del>1.331</del></p> <p><b>Hospital Samaritano</b></p> <p><b>S</b></p>	<p><b>01.10.16 02</b></p> <p><b>01.11.16 03</b></p> <p><b>0683</b></p>	
<p><b>29.09.16 02</b></p> <p><b>06.10.16 05</b></p> <p><b>1028</b></p> <p><b>03.10.16 02</b></p> <p><b>27 SET. 2013</b></p> <p><b>10.10.16 07</b></p> <p><b>1.331</b></p> <p><b>COMPREV PREVIDENCI</b></p> <p><b>PROTÓCOLO</b></p> <p><b>AG. JOÃO PESSOA</b></p>	<p><b>01.10.16 02</b></p> <p><b>01.11.16 03</b></p> <p><b>0683</b></p>	





Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: Diego Ozan S. Alc  
Leito: \_\_\_\_\_ Convênio: Raide Setor: \_\_\_\_\_

DATA

04/10/2016

Refundulipos relex  
agressão d'água d'água  
Dr. José Guterberg C. de Lima  
Spécialista Artroplastia Total  
de Joelho e Quadril  
CRM - 1738

Dr. José Guterberg C. de Lima  
Especialista Artroplastia Total  
de Joelho e Quadril  
CRM - 1738

05/10/2016 Refazer queixas  
dorsal feruço

Dr. José Guterberg C. de Lima  
Especialista Artroplastia Total  
de Joelho e Quadril  
CRM - 1738

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

PROTÓCOLO  
J.G. JUÁO PESSOA

Dr. José Guterberg C. de Lima  
Especialista Artroplastia Total  
de Joelho e Quadril  
CRM - 1738

Digitalizado com CamScanner





Hospital Samaritano

REGISTRO: 4287028  
PACIENTE: NADIA MARIA BATISTA ALVES  
D.N.: 25/12/1965 (50 ANOS)  
MAE: NEUSA BATISTA ALVES  
CONVENIO: PARTICULAR/PACOTE  
INTERNACAO: CIRURGICA: FRATURA DE MEMBRO INFA  
DATA: 04/10/2019

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

## Prescrição Médica

Data: 04.10.2016

Paciente: Nefi Gauim J. Alz  
Clinica: ODONCEBIR Apt: 10 Convênio: Part/paço

Dr. José Gutenberg C. de Lima  
Especialista Artroplastia Total  
de Joelho e Quadril  
CRM - 1738

COMPRA PREVIDÊNCIA S/A  
22 SET 2013  
PROTÓCOLO  
AG. 1010 ESSOJA

Lindalva de Souza  
Enfermeira  
COREN-PB  
10268-PB

Digitalizado com CamScanner





Hospital Samaritano

4267028

**Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI**

## Prescrição Médica

Data: 05/10/16

Paciente: Nadia Maria Batista

Clinica: Apt: 10 Convênio: Particular / Pante

**SEPARADO POR:**

RADO POR:  
via R. A. de Oliveira  
en. 1350140

Digitalizado com CamScanner



LARANJA B A

951711

PRESCRIÇÃO MÉDICA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO -1

paciente	NADIA MARIA BATISTA ALVES	DATA:	HORA
UNIDADE:		04.10.2016	08:00
LEITO:	ITEM		
	PRESCRIÇÃO - POSOLOGIA - ADMINISTRAÇÃO		
1.	DIETA P/ HAS E DM <i>ATENÇÃO</i>		
2.	SF 0,9% 1000 ML IV 24 H <i>4500 2500</i>		
3.	DIPIRONA 02 ML + AD EV 6/6 HORAS <i>46 22 04 10</i>		
4.	CLEXANE 40 MG SC DIA <i>16</i>		
5.	TRAMAL 100 MG + SF0,9% 100ML EV 12/12 HORAS <i>SN</i>		
6.	NAUSEDRON 8MG IV 8/8HS, SE NAUSEAS		
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS <i>06</i>		
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD >= 110MMHG		
9.	GLICEMIA CAPILAR ANTES DAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS		
10.	INSULINA REGULAR SC CONFORME PROTOCOLO		
11.	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG 1 COMP VO PELA MANHÃ <i>10</i>		
12.	LOSARTANA 50 MG 1 COMP AO DIA <i>16</i>		
13.	CCGG E SSVV		
14.	$201 - 250 = 4U$	$251 - 300 = 6U$	
15.	$301 - 350 = 8U$	$351 - 400 = 10U$	
16.	$2400 = 12U$		
17.	GH 50% - 40ml IV e HGf ≤ 70ug/l		
18.			
19.	DIAGNÓSTICO: FRATURA DE COLO FEMUR.		
20.	EVOLUI ESTÁVEL NO MOMENTO. SOL VAC A NA ENFERMARIA. AGUARDA CIRURGIA.		
21.			

*Dr. Jeezisrael Bezerra Gomes  
TJ-PB  
Assessoria de Documentos*

Digitalizado com CamScanner



# REQUISIÇÃO DE PARECER

HEETSHL

<i>Wolne Manoel Botelho</i> A CLÍNICA <i>Ortopédica</i> A CLÍNICA <i>Endodontia</i>		Matrícula: <input type="text"/>
ENFERMARIA <input type="text"/> LEITO <input type="text"/>		
<b>MOTIVO DA CONSULTA:</b> (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO PACIENTE)		
<i>Revisão. Perceveu</i> <i>Perdeu os</i> <i>platônicos</i> <i>de</i> <i>21/10/16.</i>		
<b>DATA</b> <i>21/10/16.</i>		
<b>PARECER:</b> <p>50 anos          Re-Operatório de Cirurgia Ortopédica          Hipertensão e diabética.          Negó IAH prévio -          Sem queixas cardioranfaret.          Ao exame: ECG, eufnéxia, apêndice          corada, hidratada          AR = V<sub>1</sub> V<sub>2</sub> S / RA AHP          ACV = RCR 2+, BCNF, 4/5          Abd = flácido, indolor          ECG ⇒ Ritmo Sinusal          FC: 107 bpm.          C<sub>8</sub>, falso positivo → ↑ Glicemia          Conclusão: Riso Clase I</p>		
<b>DATA</b> <i>04/10/16</i> <b>*Contidar</b> <b>ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA</b> <i>níveis</i> <i>glicémicos</i>		

F(NG). ASCIR.011-1

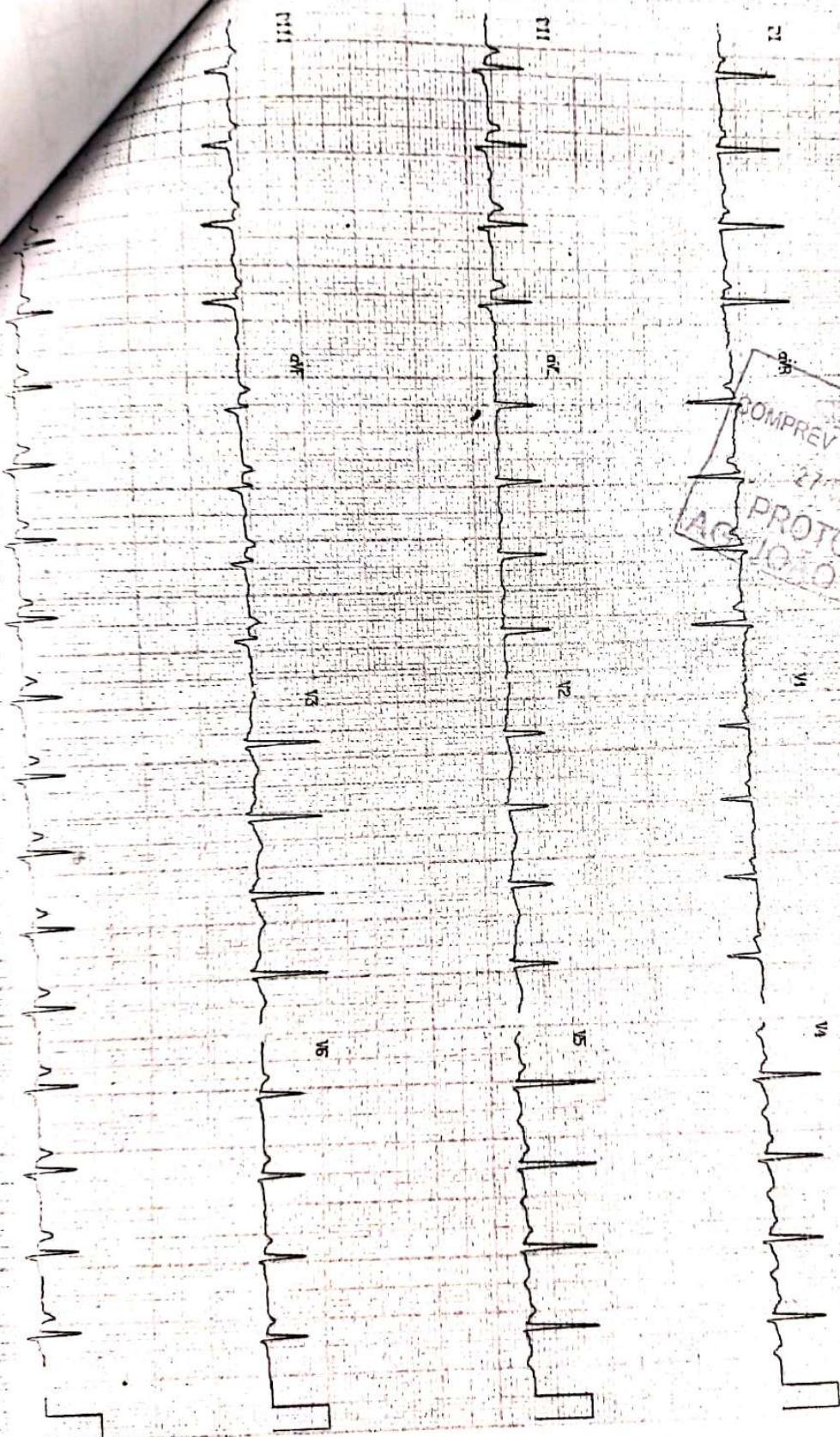
Digitalizado com CamScanner



Nome: Gladys Marcell  
Data: 03/12/0146  
2020-05-22-09  
Idade: 50 anos.

ANEXO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
2020-05-22-09  
PROTÓCOLO 1  
ANEXO PESSOA



Digitalizado com CamScanner





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Rua das Laranjeiras, 5/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090 - CNES: 2593262 - Fone: (83) 3216-5736 / 3216-5775

MARIANO BATISTA ALVES		IDADE 50a 9m 8d	DATA DE NASCIMENTO 25/12/1955
MARIANO PEREIRA		CRM 6350/PB	
TIPO DE ORIGEM SUSP MACA 05 - ÁREA LARANJA - LOC A	DATA DO PEDIDO 03/10/2016	DATA DA COLETA 03/10/2016	DATA PREV. ENTREGA 03/10/2016
	CONVÉNIO	PROTÓCOLO 163454	BE 951711

**CATEGORIA: HEMATOLOGIA**

**COAGULOGRAMA COMPLETO - QUANTIDADE: 1**

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
<b>TEMPO DE TROMBOPLASTINA - TTPA</b>		<b>COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.</b>
TTPA - PACIENTE	36,6	21 a 32 segundos
TTPA - CONTROLE NORMAL	32	
<b>TEMPO E ATIVIDADE PROTROBINA - TP</b>		<b>27 SET. 2013</b>
TP - PACIENTE	13,6	11 a 16 segundos
TP - CONTROLE NORMAL	13,6	
ATIVIDADE PROTROMBINA PACIENTE	100	70 a 120%
<b>INR</b>		
INR	1,0	1,0 a 1,3

ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.

2

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES - 14/09/2020 09:37:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091409375609900000032751687>  
Número do documento: 20091409375609900000032751687

Num. 34244495 - Pág. 30



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Joa-o Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83)  
3216-5736 / 3216-5775

ESTRADA ALVES	IDADE 50a 9m 8d	DATA DE NASCIMENTO 25/12/1955
ENES PEREIRA	CRM 6350/PB	
DE ORIGEM MUNICÍPIO - ÁREA LARANJA -	<b>DATA DO PEDIDO</b> 03/10/2016	<b>DATA DA COLETA</b> 03/10/2016
	<b>CONVÉNIO</b>	<b>PROTÓCOLO</b> 163454
		<b>DATA PREV. ENTREGA</b> 03/10/2016
		<b>BE</b> 951711

**HEMOGRAMA (FEMININO - ADULTO) - QUANTIDADE: 1**

		Resultado	Valor(es) Referência(s)
<b>SÉRIE VERMELHA</b>			
ERITROCITOS		4,00 /mm <sup>3</sup>	Feminino > 13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA		13 %	11.5 - 16.0 g %
HEMATOCRITO		38 %	%
V.C.M.		95	80 - 98 u3
H.C.M.		33	25 - 35 pg
C.H.C.M.		34	31 + 36 %
R.D.W.		12,9 %	11.5 a 14.5 %
<b>SÉRIE BRANCA</b>			
LEUCOCITOS TOTAIS		10940 /mm <sup>3</sup>	Maiores de 13 anos - 4.500 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
SEGMENTADOS		76 /mm <sup>3</sup>	43 a 67 - 1.935 a 6.700
EOSINOFILOS		1 /mm <sup>3</sup>	1 a 4 - 45 a 400
TIPIcos		20 /mm <sup>3</sup>	20 a 35 - 900 a 3.500
MONOCITOS		3 /mm <sup>3</sup>	2 a 8 - 90 a 900
<b>CONTAGEM DE PLAQUETAS</b>		344.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 450.000 mm <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>CONTAGEM DE PLAQUETAS</b>			

ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro - João Pessoa - PB - CEP: 58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (83) 3216-5736 / 3216-5775

DATA DE EMISSÃO	10/10/2016	IDADE	50a 9m 8d	DATA DE NASCIMENTO	25/12/1965
CRM	6350/PB	DATA DO PEDIDO	03/10/2016	DATA DA COLETA	03/10/2016
CONVÉNIO	CONVÊNIO	PROTÓCOLO	163454	DATA PREV. ENTREGA	03/10/2016
SETOR DE ORIGEM	SETOR MACA 05 - ÁREA LARANJA - LOCA	BE	951711		

**CATEGORIA: BIOQUÍMICA**  
**CREATININA - QUANTIDADE: 1**

(MATERIAL: SORO - MÉTODO: CINÉTICO AUTOMATIZADO)

Exame

**CREATININA**  
SORO

Resultado

0,84 mg/dL

Valor(es) Referência(s)

0,4 a 1,3 mg/dL

ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.

**GLICOSE - QUANTIDADE: 1**

(MATERIAL: SORO - MÉTODO: ENZIMÁTICO AUTOMATIZADO)

Exame

**GLICOSE**

SORO

Resultado

221 mg/dL

Valor(es) Referência(s)

Crianças: 60 a 100 mg/dL  
Adultos: 70 a 110 mg/dL  
Maiores de 60 anos: 80 a 115 mg/dL  
mg/dL

ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.

**UREIA - SORO - QUANTIDADE: 1**

(MATERIAL: SORO - MÉTODO: CINÉTICO AUTOMATIZADO)

Exame

**UREIA - SORO**  
SORO

Resultado

43 mg/dL

Valor(es) Referência(s)

10 a 50 mg/dL

ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.

