



Número: **0802958-80.2020.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **30/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36106911	30/10/2020 08:56	Petição Inicial	Petição Inicial
36106912	30/10/2020 08:56	Petição Inicial	Outros Documentos
36106914	30/10/2020 08:56	Quesitos - Perícia	Outros Documentos
36106915	30/10/2020 08:56	Procuração	Procuração
36106917	30/10/2020 08:56	Declaração de Hipossuficiência	Outros Documentos
36106918	30/10/2020 08:56	RG - CPF	Documento de Identificação
36106919	30/10/2020 08:56	CTPS	Documento CTPS
36106920	30/10/2020 08:56	Comprovante Concessão Auxilio Emergencial - Governo Federal	Documento de Comprovação
36106921	30/10/2020 08:56	Comprovante de Residência	Outros Documentos
36106924	30/10/2020 08:56	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
36106927	30/10/2020 08:56	Pagamento de Indenização	Documento de Comprovação
36106928	30/10/2020 08:56	Boletim de Atendimento Médico	Documento de Comprovação

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.





AO JUÍZO DE DIREITO DA ____ VARA MISTA DA COMARCA DE ITAPORANGA/PB.

FERNANDES JAIRO PEREIRA RODRIGUES, brasileiro, casado, pedreiro, portador da Cédula de Identidade nº 1.909.192, SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 033.187.834.80, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Centro, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, por seu procurador *infra-assinado*, conforme Instrumento de Mandato anexo, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **com base na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código de Processo Civil**, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, sediada à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e direito a seguir aduzidos:

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





I – DA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, ressalta-se que a parte Autora, temporariamente, não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil, por ser pobre da forma da Lei, conforme Declaração e CTPS em anexo.

Assim, desde já REQUER a Vossa Excelência, a compreensão da situação, para que conceda os benefícios da Justiça Gratuita à parte Autora, uma vez que, neste momento, não dispõe de recursos financeiros suficientes para o pagamento de custas e despesas com o processo, além de honorários advocatícios, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

II – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO PEDIDO

A parte Autora fora vítima em **acidente de trânsito** causado por veículo automotor em **26/01/2020**, consoante **Boletim de Ocorrência** em anexo, estando o automóvel garantido pelo Seguro Obrigatório DPVAT.

Em consequência do citado evento danoso, a parte Autora sofreu diversas lesões e traumas, conforme demonstrado no **Boletim de Atendimento Hospitalar**, a ensejar o pagamento da indenização instituído pela Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, que trata do Seguro Obrigatório DPVAT.

Desta forma, a parte Autora formulou perante a Seguradora Ré, pedido de indenização por invalidez permanente, a qual se refere o Seguro Obrigatório DPVAT, quando então recebeu a importância de **R\$ 958,50** (novecentos e cinquenta e oito reais e cinquenta centavos), conforme anexo, **em desconformidade com a citada Lei, como restará comprovado durante a instrução processual através da Prova Pericial**, desde já requerida.

Como é sabido, o DPVAT é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres criado pela Lei nº 6.194/74, com o fim de amparar as vítimas de acidente de trânsito em todo território nacional, e prevê indenizações em caso de morte, invalidez permanente, total ou parcial, além de despesas de assistência médica e suplementares, cujo valor máximo da indenização prevista no art. 3, inciso II, da Lei nº 6.194/74, está fixado em **até R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais).

No caso, a parte Autora visa obter do Poder Judiciário a condenação do Réu ao pagamento de indenização correspondente a diferença do Seguro Obrigatório DPVAT que lhe foi pago administrativamente, fora dos parâmetros consignados na Lei nº 6.194/74.

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





Sendo certo, que a indenização ora pleiteada deverá ser paga com base no valor vigente a época da ocorrência, **bastando para tanto à simples demonstração do acidente (Boletim de Ocorrência expedido pela Autoridade Policial) e do respectivo dano (Lesões/Traumas – Boletim de Atendimento Hospitalar e Pagamento PARCIAL de Indenização pelo Réu)**, como preceitua o art. 5º, parágrafo 1º da Lei 6.194/74.

Noutro giro, quanto à **correção monetária é devida desde a data do evento danoso**, como já assentou o Superior Tribunal de Justiça, enquanto que os **juros moratórios** são devidos desde a data da CITAÇÃO do Réu, nos termos da **Súmula nº 426, do Superior Tribunal de Justiça**.

III – DA IMPOSSIBILIDADE DE AUTOCOMPOSIÇÃO – DA NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL

No caso, está previsto na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores diferentes lesões e graus de invalidez permanente, classifica em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, assim como inseriu tabela para disciplinar os percentuais das perdas à cobertura securitária, de acordo com a respectiva repercussão da lesão.

Deste modo, faz-se necessária a produção de prova pericial para aferição da **LESÃO** sofrida pela parte Autora e da respectiva **REPERCUSSÃO (GRAU)**, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009.

Diante disso, nas ações dessa natureza a prática tem demonstrado que a designação de audiência preliminar de conciliação objetivando a realização de composição entre as partes tem sido infrutíferas devido à necessidade de produção de prova pericial. E, por essa razão a Seguradora Ré tem se limitado a conciliações em MUTIRÕES realizados em parcerias com os Tribunais de Justiça em todo País, inclusive por esse Egrégio Tribunal, **motivo pelo qual a designação de audiência com essa finalidade restará sem êxito**.

Assim sendo, a parte Autora informa a Vossa Excelência o seu **desinteresse na autocomposição, nos termos do art. 334, § 4º, I e § 5º do CPC**.

IV – DOS PEDIDOS

Diante do exposto, REQUER a Vossa Excelência:

a) Sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita a parte Autora, nos termos do art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal c/c o artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil;

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





b) Seja determinada a citação do Réu, pelo Correio, nos termos do art. 247 do CPC, para, querendo, conteste a presente ação, sob pena de confissão e revelia, a teor do art. 344 do Código de Processo Civil;

c) Ao final, seja julgada **PROCEDENTE** a ação, para condenar o Réu ao pagamento complementar da indenização devida pelo Seguro Obrigatório DPVAT, apurado através da Perícia Judicial (art. 324, § 1º, II, CPC), acrescido de correção monetária desde a ocorrência do evento danoso e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação, tudo com arrimo na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores e súmula 426 STJ;

d) Requer, ainda, seja o Réu condenado ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios, de modo a assegurar a dignidade do profissional, na forma do art. 85 do Código de Processo Civil.

V – DAS PROVAS (PROVA PERICIAL)

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, a documental, testemunhal e, especialmente **realização de perícia médica para verificação das lesões/traumas sofridos pela parte Autoria e a respectiva repercussão (grau), em decorrência do referido acidente de trânsito, na forma do art. 3º, II, § 1º, I, da Lei nº 6.194/74**, o que desde já fica requerido, devendo os **QUESITOS** em anexo serem respondidos pelo perito nomeado por esse Juízo, sob pena de nulidade, **nos termos do artigo 369 do Código de Processo Civil.**

VI – DO VALOR DA CAUSA

Atribui-se a causa, o valor de R\$1.000,00(mil reais).

**NESTES TERMOS,
PEDE E ESPERA DEFERIMENTO.**

Itaporanga/PB, 27 de Outubro de 2020.

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
OAB/PE 25.252

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





QUESITOS – PERÍCIA

PARTE AUTORA: FERNANDES JAIRO PEREIRA RODRIGUES

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve Lesões no Membro Inferior Esquerdo?

2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são Temporárias ou Permanentes?

3 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

6 – Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?

7 – Em caso positivo, qual tipo de Lesão ocorreu?

8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é temporária ou permanente?

9 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FERNANDES JAIRO PEREIRA RODRIGUES, brasileiro, casado, pedreiro, portador da Cédula de Identidade nº 1.909.192 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 033.187.834-80, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Centro, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Itaporanga/PB, 02 de julho de 2020.

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



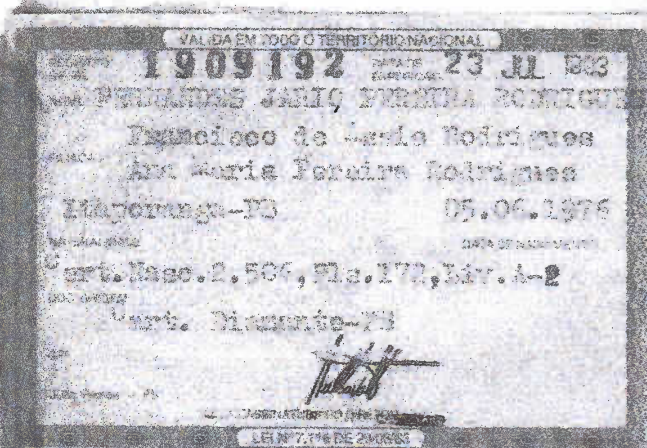
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **FERNANDES JAIRO PEREIRA RODRIGUES**, brasileiro, casado, pedreiro, portador da Cédula de Identidade nº 1.909.192 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 033.187.834-80, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Centro, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Itaporanga/PB, 02 de julho de 2020.


Declarante





CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO

Empresa JOSE DE ALMEIDA FILHO
 CNPJ: 700012692569
 End.: R JOSUE GUEDES PEREIRA 73 AP 501
 CEP: 58035-107 Cidade: JOAO PESSOA PB
 Esp. do estabelecimento: EDIFICAÇÕES
 Cargo: Pedreiro CBO 715210
 Data admissão: 01/07/2009
 Registro nº Folha: 1
 Remuneração especificada: 600,00 —//—
 (Seiscentos Reais)

X *Jose de Almeida Filho*
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída *13* de *Fevereiro* de 19 *2010*

Jose de Almeida Filho
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CGC/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo
 CBO nº.....
 Data admissão de de 19
 Registro nº..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº.....





Olá, Fernandes.

CPF: 033.187.834-80

2ª ANÁLISE
Extensão

1ª ANÁLISE

Seu pedido de auxilio vai seguir estas etapas:

- 1 Competência do Auxilio - Extensão: 09/2020
- 2 Processamento



Resultado do Processamento

Seu Benefício foi aprovado.
Para mais informações sobre o pagamento
consulte o site: <https://auxilio.caixa.gov.br>

Valor do Auxílio: R\$ 300,00



Num. 36106921 - Pág. 1



SINISTRO 3200167395 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES**CPF/CNPJ:** 03318783480**Posição em 29-06-2020 19:01:00**

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
15/05/2020	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00
22/06/2020	R\$ 283,50	R\$ 0,00	R\$ 283,50





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: HDI
PARA: Complexo Regional Hospitalar de Pató
ENCAMINHADO POR: Fernando Góes P. Rodrigues IDADE: 43 SEXO: Masculino
RESIDENTE: R: Cruzamento Pereira / Bela Vista
MUNICÍPIO: Itaporanga UF: PB
PA _____ MM/HG _____ TEMP _____ °C PESO _____ KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Paciente vítima de acidente motociclistas,
queimadura de terceiro grau no dorso da cabeça, apresentando ferimento aberto-
com inclusão no dorso do pé (E) externo, com exposi-
ção óssea. Ferido Cefalorraquiano 7.6

Médecos Solicitante: Dr. Haroldo
Médico Recebedor: Dr. Marcelo

26 / 01 / 20

HORA: _____

Dr. Leônidas David
Médico



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS UF PB		
CLASSIF. RISCO	AMARELO		
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPOR		
PACIENTE	FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES		
NOME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	ANA MARIA PEREIRA RODRIGUES	FILIAÇÃO II	FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES
NASCIMENTO	05/06/1976	IDADE	43a 7m COR PARDO GÊNERO M
PROFISSÃO	PEDREIRO	BAIRRO	BELA VISTA
ENDEREÇO	RUA ANTONIO BRASILINO DE SOUSA	CEP	58780000
CIDADE	ITAPORANGA	CELULAR	83996483389
TELEFONE		CPF	REG. NASC.
CNS	700105903557019 R.G. 1909192		
ESTADO CIVIL	CASADO		

F.A.A	91144	PRONTUÁRIO	45698
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	TMEDEIROS
DATA	26/01/2020 Horário: 12:50	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TR		
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	AMBULANCIA BRANCA		
PRESTADOR	MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL *Francisco de Assis Rodrigues*

PESO= _____ PA= _____ X _____ mmHg TEMP= _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Transtorno - fratura (E) no quadril da Motocicleta (Motocicleta) após "re" de outro com

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO) *fratura (E) do quadril*

SOLICITAÇÃO DE PARECER
H min

DIAGNÓSTICO *Fratura exposta do quadril (E) (Classificação)*

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

*- do outro membro
- Gelo frio e y e oxigênio
- SAT 90% em repouso*

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO *- SAT 90% em repouso*

MÉDICO/CRM/CNS

CBO



EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TCM

2301010078



FICHA DE INTERNAÇÃO

AM 05 /

INTERNAÇÃO	91149	PRONTUÁRIO	45698
DATA	26/01/2020	HORA	13:24
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	TMEDEIROS
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPOR		
MÉDICO	MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES		IDADE 43a 7m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	ANA MARIA PEREIRA RODRIGUES		
FILIAÇÃO II	FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES		
CIDADE	ITAPORANGA	PB	58780000
ENDEREÇO	RUA ANTONIO BRASILINO DE SOUSA S/N		
BAIRRO	BELA VISTA		
NATURALIDADE	ITAPORANGA		
TELEFONE	CELULAR 83996483389		
C.N.S.	700105903557019	IDENTIDADE	1909192
C.P.F.	033.187.834-80	REG. NAC.	
NASCIMENTO	05/06/1976	COR	PARDO
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	PEDREIRO

RESPONSÁVEL FERNANDES JARIO PEREIRA R Ass. Resp./Paciente Marcos da Silva Rodrigues

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Pr. vit. d. Am. - p. (C)

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Me + abd + pulm + exame

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fru. expul. d. ju. (Anamnese)
Lesão de tendão expulso a sede de p. (C)

CID

DADOS DA SAÍDA

Data 28/01/20 Hora 7 H 00 Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Ped. () Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

João H. Suassuna Ligeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1777



PACIENTE: <u>Fernandes Jairo Pereira Rodrigues</u>		COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL	
QT.: <u>505</u>	LEITO: <u>43 a</u>	CONVÊNIO: <u>45698</u>	REGISTRO: <u>45698</u>
CIRURGIA: <u>Abc Cir. Ext. Epide p/ (E) Dr. Marcelo Alves</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcelo Alves</u>	
ANESTESIA: <u>Rugui</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Reme</u>	
INSTRUMENTADORA: <u>Rugui</u>	DATA: <u>26.05.2020</u>	INÍCIO: <u>15:00</u>	FIM:

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Sala <u>SFO 191</u>
	TX. Bomba de Infusão	11	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocaín		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	✓	Esparadrapo
	Etodimidade	✓	Xilocaína Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaína 0,5%	✓	PVPI Tintura
1	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nº Prontuário _____

Data: 26/01/20

Nome: Regina Tavares Lima Felgueiras

Sexo: ☐ Feminino ☒ Masculino

Idade: _____

Peso: _____

kg

Altura: _____

Cor: _____

Data Nascimento: _____

Pressão Arterial Pulso: _____

Respiração: _____

Temperatura: _____

Tipo Sanguíneo: _____

Hemáticas: _____

Hemoglobina: _____

Hematócrito: _____

Glicemia: _____

Ureia: _____

Outros: _____

Urina: _____

Aparelho Respiratório: _____

Asma: _____

Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: _____

Eletrocardiograma: _____

Aparelho Digestivo: _____

Dentes: _____

Pecoco: _____

Ap. Urinário: _____

Estado Mental: _____

Atoraxicos: _____

Corticoides: _____

Alergia: _____

Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: Adenocarcinoma

Estado Físico: B

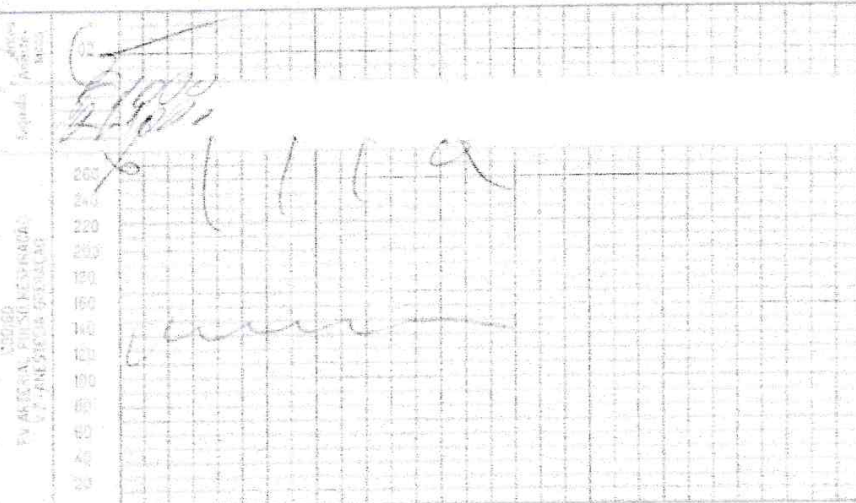
Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: _____

Aplicada às: _____

Efeito: _____



INDUÇÃO
Satisf ☒ Excit _____ Tosse _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____

MANUTENÇÃO
Anestesia Satisf. Sim ☒ Não _____
Não, porque? _____

DESPERTAR
Reflexos na S0 ☒ _____
Obstr. CO2 _____ Excit. _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____
Com cânula ☒ _____
para o leito sim ☒ não _____

Posição: _____

Agentes: Alc + Propofol

Técnica: Intubação

Cirurgiões: Haroldo Haes

Operação: Prostatectomia

Anestesiistas: Murilo

Observações: _____



Nome do Paciente: <i>Fernando José Pereira Rodrigues</i>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <i>26/03/20</i>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <i>Dr. Marcelo Alves</i>	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista:	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré- Operatório: <i>Fratura da Ulna e rádio do 1º ⑤</i> <i>- uso de fixador externo do rádio do 1º ⑤</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>Fixador percutâneo da 2ª e 3ª do rádio</i> <i>+ Redução + Imobilização - Curvatura corrigida</i>		
Diagnóstico Pós- Operatório: <i>o mesmo</i>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia: <i>Observação: Paciente em posição de Substância</i> <i>durante a redução do 1º ⑤ e com imobilização da</i> <i>de Têndão no sentido da perna</i>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

<p><i>Dr. em 0013 e sob anestesia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ant. supra + colocação de curvas ang - Imobilização + curvas para a 5ª - Redução com a fixação - Fixação percutânea da 2ª e 3ª do rádio - Sutura da pele + imobilização - Tala + tala Bote 	<p><i>Dr. Marcelo Alves</i> Ortopedia e Traumatologia Medicina do Trabalho CRM-PB 7167 - RENOVA - 2020</p>
---	--

RELATÓRIO DE CIRURGIA

26/03/20



Relatório Médico

Fernandes Jairo Pereira Rodrigues

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 26/01/2020, Teve como lesão fratura exposta de pé esquerdo. Realizou procedimento de limpeza e desbridamento, com redução da fratura e colocação de fios de Kirchner. Realizou 10 sessões de fisioterapia. Apresenta como sequelas dor crônica, parestesia e edema de membro inferior esquerdo. Não consegue usar calçados fechados. Marcha claudicante. Alta médica a partir de hoje.

11/06/2020

Wryell Gomes Muniz

CRM-PB 11400

Dr. Wryell Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11400

