
Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639209

Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 26/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639209

Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 26/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000001038**

Conta: **0000052368-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

131.781.944-60

4 - Nome completo da vítima:

JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo:

JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

6 - CPF:

131.781.944-60

7 - Profissão:

R. INF.

8 - Endereço:

RUA - SEVERINA CABRAL ARRUDA

9 - Número:

89

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

DONA LICA

12 - Cidade:

SA - CRUZ DO CAP.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.190-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

9-91613907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1038

CONTA: 52368

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (vivos ou falecidos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

SA - Cruz do Cap. PE 13/11/2019

+ Joseane S. da Silva Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218004117**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/11/2019** às **15:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/7/2019** às **23:20**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA JOSE FRANCISCO, BAIRRO NOVO** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ADEGILSON SERAFIM DA SILVA (OUTRO)
JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Pai: JOSEMIR SERAFIM DA SILVA Data de Nascimento: 28/7/1996 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10160003/SDS/PE (RG). 13178194460 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A) Telefones Celulares: - 994686178

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA MARIA EULALIA BARBOSA DE LIRA, 160, DONA LICA II, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE ADEGILSON SERAFIM DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ADEGILSON SERAFIM DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLF0118** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **982877870** Chassi: **9C2KC08508R105860**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE NO DIA 26 DE JULHO DE 2019, POR VOLTA DAS 23:20 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA, COM DESTINO A SUA RESIDENCIA, SENDO QUE AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO BAR DO ARRUMADINHO, SE ASSUSTOU E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU FICANDO FERIDA NO PUNHO DA MAO ESQUERDA, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Joseane S. da Silva Santos
JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

131.781.944-60

4 - Nome completo da vítima:

JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo:

JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

6 - CPF:

131.781.944-60

7 - Profissão:

R. INF.

8 - Endereço:

RUA - SEVERINA CABRAL ARRUDA

9 - Número:

89

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

DONA LICA

12 - Cidade:

SA - CRUZ DO CAP.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.190-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

9-91613907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1038

CONTA: 52368

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Selecionados:

30 - Vítima deixou herdeiros (vivos ou falecidos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Selecionados:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SA - Cruz do Cap. PE 13/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS, CPF: 131.781.944-60 RG-10.160.003 SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço a mesma com **ID-0496, REG- 24.792**, no dia 26 de julho de 2019, às 23:00H e 23min. Na rua José Francisco-bairro novo, com queixa de queda de moto, tendo sido enviada pela **UNIDADE DE SUPORTE BASICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 24 DE SETEMBRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora

**MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA**

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE em 02 / 10 / 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000052368-4

Nr. da Autenticação 2D253AC2025ECBAA



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.235.820/0001-06 | Ins. Est. 0005943-97 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

IVONETE CASSIANO BARBOSA

CPF 045 416 054-22 NIS 16264486163

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA COM RPS

MP DO CLIENTE	SEDE	ENREDO
077523270	UNICA	15/09/2019
APPROVAÇÃO	MP DO CLIENTE	MP DO ENREDO
15/09/2019	2071613141	3427196

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEVERINA CADEIAL ARRUDA 50

DONA LICA IS SANTA CRUZ DO CARIBAR
SANTA CRUZ DO CARIBAR PE
55190-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7007507121	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
23/09/2019	17/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	52,25

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19188125	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32911071	23,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	27,0000000	0,48398807	13,22
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,21
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,45
Multa por atraso - N° 069887304 - 17/07/19			0,88
Juros por atraso - N° 069887304 - 17/07/19			0,44
Atualização IGPA - N° 069887304 - 17/07/19			0,17

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

MP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	MP DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
063074	CA1	15-09-2019	19 988 (R)	15-09-2019	46 117 (R)	31	1,00000		137,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
SEP 19 127	127
AGO 19 107	107
JUL 19 132	132
JUN 19 122	122
MAY 19 133	133
ABR 19 121	121
MAR 19 153	153
FEV 19 112	112
JAN 19 81	81
DEZ 18 133	133
NOV 18 102	102
OCT 18 30	30
SET 18 80	80

INFORMAÇÕES DE TERCIAIS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	45,31	0,81
PIS	45,31	0,72
COFINS		1,88

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Consumo Ativo (kWh)	32,03	40,60%
Isentação	2,33	4,80%
Distribuição (Carga)	13,47	28,73%
Perdas de Carga	4,29	8,96%
Energia Solar	1,32	2,91%
Impostos	2,04	4,28%
Total	85,31	100%

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

018318482
031420000
047170307

BB48 8311 F755 5849 1364 47FF FDF C 8183

INFORMAÇÕES IMPORTANTES



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3

CPF 945 234 444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305**CLASSIFICAÇÃO**
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
079864121	UNICA	08/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/10/2019	2011168068	3423002

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7008475460	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
15/10/2019	08/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	53,62

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	59,0000000	0,81089952	47,63
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,62
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 072300654-08/08/19			0,90
TOTAL DA FATURA			53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
3190297771	CAT	05/09/2019	252,00	08/10/2019	311,00	33	1,00000	59,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

SOMANDO 18,07 31,87%

Scanned by CamScanner

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSEANE SERAFIM DA S. SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 131.781.944 / 60, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSEANE SERAFIM DA S. SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.234.444 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>ROSEMIRO ALVES DA ROCHA</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SA. CRUZ DO CAP.</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.192-305</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>9-91613907</u>	Telefone celular (DDD) <u>9-97001998</u>

SA. CRUZ DO CAP., PE de 13 / novembro de 2019
Local e Data

Adriana M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS** nascido em 28/07/1996 esteve nesta unidade hospitalar no dia 27/07/2019 por volta das **00h13min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 30 de OUTUBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h
MAT. 514591

**FICHA DE ATENDIMENTO**
UPA
24h *Verde*

RECEPCIONISTA: MS Data: 27/07/2019 Hora: 00:13 min
 Nome: Josiane Serafim da Silva Nº do Prontuário: _____
 RG: 10.10.003 Idade: 22 Nascimento: 28/07/19 Nº SUS 898006107879389
 Estado Civil: Casada Profissão: Químico Fone: (51) 991589817
 Endereço: Rua (Vão Sale) Nº _____ Bairro: Dona Rica 2
 Cidade: SCC Acompanhante: () Sim Não () Nome: Damiana da Silva
 Pai: Josiane Serafim
 Mãe: Damiana dos Santos

 Dados da Triage: (Técnico de enfermagem) Horário: 00:40 min

 PA: 320x80mmHg T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% _____

 Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 00:40 min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC<50>140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso fraco ()
 Pulso ausente (); Sudorese (); PAS<80mmHg (); PAD>130mmHg (); Letargia (); Convulsionando ();
 esponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intenso (); Lesão grave ()
 Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ()

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC<50 ou >140 (); PAS<90 ou >190mmHg (); PAD>130 ()
 Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas ultimas 24h (); mucosas ressecadas ()
 Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas (); Abuso sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa ();
 Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa (); historia até 72h de:
 Melena (); Hematêmese (); enterorragia (); epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico ();

OBS: _____

CÓPIA AUTORIZADA

CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, luxações (); Dor abdominal sem alterações de SSVV (); PAS entre 160 a 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ().

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ().

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐ENCAMINHADO: MédicoASS. E CARIMBO: Bruna Inara Costa

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

MÉDICO:

Histórico do paciente:

Queda de moto às 23h20 do dia 26/07/19 após "escurecimento de vista". Relata possibilidade de estar grávida - Relato por técnica de STAM. Suspeita de fratura de punho esquerda.

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica:

Queda de moto

Conduta:

1 Solicito RX de punho esquerdo e de coluna cervical.
2 Tramaral 01 FA + 10ml SF 99% Anti.
3 HRA 5735835 (traumato por suspeita fratura punho esquerdo)

ASS. E CARIMBO

Jose Santana Jr
Médico
CRM - PE 28120



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome:

Joseane Serafim da Silva 22 anos

A traumato do TIRA (semha 5735835)

Paciente trazida por SAMU após queda de moto às 23h20 do dia 26/07/19 secundária a um "gicamento de vista" (SIC) Relato possibilidade de estar grávida. Passou Rax X de Curios e quando suspensa de fôrtia de tal região. tem VAA, fígado avermelhado com Transd Não contém com exames diagnósticos de gravidez no horário de atendimento. Solicito avaliação e conduta.

José Santana Jr
Médico
CRM PE 28126

Data:

27/07/2019

MÉDICO

Nome:

Rg.:

Medicamentos:

CÓPIA AUTORIZADA

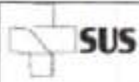
MÉDICO

ACOMPANHAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

NOME: Isadora Sena da Silva Santos
 N: Adriana LEITO: 01 OBS: Adquirida - Transfusão
 A ENTRADA: 31/07/19 MÉDICO: Drº Angela Mendonça CRM: 97170
 TATO: (SI) 991589817 TRANSF. PARA: 1ª Unidade de Pronto Socorro SENHA: 5735835

T.A:	Situação Social (Queixa do paciente, situação social e de saúde) e procedimentos técnicos (Providências e orientações, etc.)
27/09/19	Vítima de acidente de trânsito esta pedindo o encaminhamento para o SUS para O H P N E S T I C A D O este acompanhamento pelo Mês Dezembro de 2019.
	Fam da Par de Gênero: Assistente Social: CRESS/PCE 9176
	CÓPIA AUTORIZADA

Data da internação: 27/07/2019 Hora: 18:19:18



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1953541

7 - CARTÃO DO SUS

898000107879389

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/07/1996

9 - SEXO

Masc ☐ Fem ☒

Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DAMIANA DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 83 991589817

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

RUA DR SEBASTIAO PEDROSA, 79, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barra de São Miguel

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

250170

15 - UF

PB

16 - CEP

58483000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto
com trauma no punho esquerdo com
dor e deformidade

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + Raio-X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura distal do rádio esquerdo

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

02

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296973832

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE RENNA GOMES DA SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/07/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

Data da Internação: 27/07/2019

Data da Alta: 10/08/2019

Registro: 1953541

Tempo de Permanência: -18105

Diagnóstico Inicial:

Re mds Distol

Diagnóstico Final:

p nome.

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: RAFI

Data: 09/08/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): QUEDAD E MOTO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. DOR E DEFORMIDADE. RAO X EVIDENCIA FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO. SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC + LEVOFLOXACINO

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 10/08/2019

Assinatura/Carimbo

Dr. Ywry Paiva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 10.907

Ywry De Paiva Camara

**OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ywry De Paiva
Camara**



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/08/2019

Horas: 08:05:17

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DIH - 13

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 09/08/2019

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE SE CIRURGIA SUSPENSA	
2	SORO GLICOSADO 5% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	12 18 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h FAZER SE NECESSARIO	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/08/2019 HORA: 08:04:46

ORTOPEDIA

12 DIH

EM JEJUM PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO

PRE OP OK

Eldiman S. de Araujo
CRM: 100000-0
RUA: 6000 FONE: 11502

ASSINATURA + CARIMBO

Eldiman Soares De Araujo

10/09
Alta hospitalar e medicação
de 72h pós-operatório,
Alim + AMB 11 com.

Dr. Ywry Paiva
ORTOPEDIA ORTODONTIA
CRM-PB 12.591

09/08/19

10:20

000007/08/19

PA 110X78

Pubro 87

temp 36.9

M^a do Carmo

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022
Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Sexo: F
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 09/08/2019

MÉDICO ASSISTENTE (A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 02FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
2	RADIOGRAFIA DE CONTROLE	
3	CURATIVO	

ROT

Paciente submetida a procedimento cirúrgico ortopédico,
sem intercorrências

com UPM + Rx de controle.

Dr. Everlan Meira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 148.987



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/08/2019

Horas: 12:17:38

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DIH - 11

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 07/08/2019

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE SE CIRURGIA SUSPENSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h FAZER SE NECESSÁRIO	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 07/08/2019 HORA: 12:16:30

ORTOPEDIA

10 DIH

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE,
SEM DSITERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

EDEMA +

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/08/2019

Horas: 09:47:13

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DIH - 12

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 08/08/2019

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE SE CIRURGIA SUSPensa <i>DS 2</i>	<i>cte</i>
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	<i>12</i> <i>24</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>12</i> <i>18</i> <i>24</i> <i>36</i>
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h FAZER SE NECESSARIO	<i>6</i>
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	<i>6</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>cte</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 08/08/2019 HORA: 09:46:58

ORTOPEDIA

11 DIH

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE,
SEM DSITERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EDEMA +

CD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

Eldiman Soares De Araujo
Ortopedia
TEOR 11502

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

DS 2

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA - RAI "ATOLOGO"
CRM - PR 1926

$\frac{08}{08/19}$ - P.A : $\frac{136}{67}$ - FC : 90 - T: 37.8 Adeniana
520125

18:00 T: 38.6. medie. conforme puse. Adeniana
520125.



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/08/2019

Horas: 09:29:43

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DIH - 10

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 06/08/2019

MÉDICO(A): Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE SE CIRURGIA SUSPensa	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 12h/12h	<i>12</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	<i>18 24 24 26</i>
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h FAZER SE NECESSARIO	<i>cte</i>
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	<i>cte</i>
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>cte</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 06/08/2019 HORA: 09:29:36

ORTOPEDIA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE,
SEM FEBRE

COM TALA GESSADA

DOR: 2/4+
EDEMA +

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner De Melo Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.8646
ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao

10:00h PA: 90/60 mmHg

P: 70 bpm

T: 36°C


Auredey Vicente Leite
COREN-PB 216.007-TE



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/08/2019

Horas: 09:28:29

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DIH - 9

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 05/08/2019

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE SE CIRURGIA SUSPensa	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 12h/12h	12/12 08
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12/12 24/08
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h FAZER SE NECESSARIO	12/12 08
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	12/12 08
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	S/N
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 05/08/2019 HORA: 09:27:56

ORTOPEDIA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE,
SEM FEBRE

COM TALA GESSADA

DOR: 2/4+
EDEMA +

AGUARDA CIRURGIA

Eldiman S. de Araujo
Ortopedista
CRM: 6960 TEOR: 11502

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

$\frac{05}{08}$ — 09/05 — PH — 100x60 — T-36° — FC 8.2
+9 Sônia



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/08/2019

Horas: 09:21:13

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DIH - 8

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 04/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE 200 ml de 12h 05/08/19	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 6h/6h	
3	DICLOFENACO SODICO 50 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 04/08/2019 HORA: 09:21:06

ORTOPEDIA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

COM TALA GESSADA

DOR: 2/4+

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9565 / CRM/RN-8320

Dia 200 mg de 12h 05/08/19

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

04
08
19

PA: 120x70
Fc: 88
T: 36,3
SpO: 98%

Pet. consciente
Realizado SSV + eq.
Medicado em Segun-
do Andar da
equipe.

Manoel de Lima
Téc. de Enfermagem
COREV-PS 959.114

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/08/2019

Horas: 10:21:18

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

4

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DIH - 7

Clínica: AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO ok

DIA 03/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 6h/6h	e.t 1/2 - 1/2 - 2/4 - 0/6
3	DICLOFENACO SODICO 50 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	1/2 - 1/2 - 2/4 - 0/6
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	0/6
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5/12
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	e.t

CONCLUSÃO

DATA: 03/08/2019 HORA: 10:21:11

ORTOPEDIA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

COM TALA GESSADA

DOR: 2/4+

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De CastroDr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965 / CRM/RN-0320

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/08/2019

Horas: 07:49:46

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DIH - 6

Clínica: AMARELA Enfermaria: 7 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 02/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SN
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 6h/6h	12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
3	DICLOFENACO SODICO 50 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ATI

EVOLUÇÃO

DATA: 02/08/2019 HORA: 07:49:31

ORTOPEDIA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

COM TALA GESSADA

DOR: 2/4+

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM/PB 3335

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/07/2019

Horas: 10:44:47

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DI - 4

Clínica: AMARELA Enfermaria: 7 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 31/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 6h/6h	
3	DICLOFENACO SODICO 50 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	
	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 31/07/2019 HORA: 10:44:15

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE COLUNA
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DIH - 5

Clínica: AMARELA Enfermaria: 7 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 01/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	15/18
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 6h/6h	12/18 24/18 36/18
3	DICLOFENACO SODICO 50 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	12/18 24/18 36/18
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	12/18 24/18 36/18
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA FAZER SE NECESSARIO	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/08/2019 HORA: 10:23:24

ORTOPEDIA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

COM TALA GESSADA

DOR: 2/4+

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/07/2019

Horas: 10:41:56

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DI - 3

Clínica: AMARELA Enfermaria: 7 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO 7

DIA 30/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 6h/6h	5ND 12 18 24 06
3	DICLOFENACO SODICO 50 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	12 18 24 06
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	12 18 24 06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	06 12 18 24
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	5.

EVOLUÇÃO

DATA: 30/07/2019 HORA: 10:41:43

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/07/2019

Horas: 09:59:46

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

OK
PK

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DI - 2

Clínica: AMARELA Enfermaria: 7 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

07

DIA 29/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 6h/6h	12 18 24 06
3	DICLOFENACO SODICO 50 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	14 20 06
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	14 20 06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	14 20 06
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

CONCLUSÃO

DATA: 29/07/2019 HORA: 09:59:37

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

29-07-19

130/70

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/07/2019

Horas: 08:19:41

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DI - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 7 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 28/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	ct
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 6h/6h	18 18 24 06
3	DICLOFENACO SODICO 50 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	14 22 06
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5h
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ct

EVOLUÇÃO

DATA: 28/07/2019 HORA: 08:19:29

ORTOPEDIA

2 DIH

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De AlmeidaHallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 18:29:48

Médico (a) Diarista : Jose Renna Gomes Da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DI - 0

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 7 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 27/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Renna Gomes Da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 6h/6h	06-06
3	DICLOFENACO SODICO 50 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	22-06
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 14h)	06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CT
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 18:27:26

ORTOPEDIA

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA O PUNHO ESQUERDO COM DOR E DEFORMIDADE.

RADIOGRAFIA MOSTRA FRATURA INSTÁVEL DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO COM NECESSIDADE DE FIXAÇÃO

CD: SOLICITO PRE-OP
INTERNAÇÃO HOSPITALARASSINATURA + CARIMBO
Jose Renna Gomes Da SilvaDR. JOSE RENNA GOMES
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM: 22.921



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUIE
o trabalho

9-3



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUIE
o trabalho

KLIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia II		
NOME:	Joseane Serafim da Silva Santos		
PROCEDIMENTO:			
☒ AVP:	LOCAL: MSD	GELCO Nº: 20	AV ☐ JE ☒
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	☒ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ ADORNOS	☒ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☒ HEMOG	☐ USG	☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO			☒ NÃO SE APLICA
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO	☒ NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:			COREN:



Sr(a): JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Protocolo: 0000478836 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JOSE RENNÁ GOMES Data: 28-07-2019 13:06 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 23 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/07/2019 13:05]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.52 milhões/mm ³	3,9 à 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,5 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	38,1 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	84 fL	80,0 à 100,0 fL
A.C.M.....	28 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.100 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	243	
Segmentados.....	55,0	4.455	40 à 70 % - 1.200 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	3,0	243	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	36,0	2.916	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	243	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	247.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Claudia Barroso
Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A012-C133-D982-4164-62D2-0046-E701-57D3

Sr(a): JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS
Dr(a): JOSE RENNÁ GOMES
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000478836
Data: 28-07-2019 13:06
Idade: 23 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: ÁREA AMARELA
Destino: ÁREA AMARELA

GLICEMIA

[DATA DA COLETA: 28/07/2019 13:05]

Resultado..... 79 mg/dL

VALORES DE REFERENCIA: 70 a 99 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: PLASMA OU SORO

Método: AUTOMATIZADO WIENER, METROLAB 2300

URÉIA

[DATA DA COLETA: 28/07/2019 13:05]

Resultado..... 17 mg/dL

VALOR DE REFERENCIA: 17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO WIENER, METROLAB 2300

CREATININA

[DATA DA COLETA: 28/07/2019 13:06]

Resultado..... 0,7 mg/dL

Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00 mg/dL
5 dias a 3 anos..... 0,20 a 0,40 mg/dL
4 a 11 anos..... 0,30 a 0,70 mg/dL
12 a 17 anos..... 0,50 a 1,00 mg/dL
Para adultos:
Homens:
18 a 60 anos..... 0,90 a 1,30 mg/dL
61 a 90 anos..... 0,80 a 1,30 mg/dL
Acima de 90 anos..... 1,00 a 1,70 mg/dL
Mulheres:
18 a 60 anos..... 0,40 a 1,10 mg/dL
61 a 90 anos..... 0,60 a 1,20 mg/dL
Acima de 90 anos..... 0,60 a 1,30 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO WIENER, METROLAB 2300



Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B54D-0C9F-EC3A-51E1-9D15-95DF-BE23-C1C4

Sr(a):	JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS	Protocolo:	0000478836	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JOSE RENNÁ GOMES	Data:	28-07-2019 13:06	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'04''

[DATA DA COLETA: 28/07/2019 13:05]

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO..... 8'00''

[DATA DA COLETA: 28/07/2019 13:05]

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

Material: Sangue

Método: Lee-White



Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 15CE-755E-A8D8-97B9-9B36-384F-FDB5-409C

Número do Prontuário: 151813

DATA DA CIRURGIA: 09/08/2019

Número do Atendimento: 1953541 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 9 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

Data da Internação: 27/07/2019

Atendimento:1953541

Diagnostico Pré-Operatório:FX RADIO DISTAL E

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:RAFI

Data da Cirurgia:09/08/2019

Equipe:

Cirurgião:RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1:EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:ANA

Anestesista:MARCILIO

Tipo de anestesia:BLOQUEIO DE PLEXO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:SIM

Acidente Durante Operação:NÃO

Descrição da Operação:1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- VIA DE HENRY

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA RÁDIO DISTAL E COM AUXÍLIO DE ESCOPIA

6- FIXAÇÃO COM PLACA T + PARAFUSOS CORTICAIS (3)

7- CURATIVO

Data 09/08/2019

Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Raoni de Araújo Lima
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM 8029

Assinatura do anestesista

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Josiane Surfen da Silva Santos		Idade:	22a
Convênio:	SUS		Data:	09/08/19
Procedimento:	Fret. cir. p/ fratura de radio Distal (E)			
Cirurgião:	Dr. Lourenço	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Manoel	
Início:	09:45	Término:	11:00	Anestesia: Bloqueio de plexo

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
11:20	114x81	83	96%	André + Stela	-	Consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		1996			
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
Joseane Serrazim da Silva Santos D.N. 98/07/1996		S.U.S.	22 anos	1953389	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
Trat. cirurg. p/ fratura de radius e ulna distal Esq.		Dr. Everaldo			
ANESTESIA		ANESTESIA			
Bloqueio do plexo		Dr. Marcia			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
Ana		09/08/19	09:45'	11:00'	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	05		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.			Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Cera p/ osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml			Ethibond	
	Mercaína % ml			Ethibond	
	Nubahin amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Q5		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m			Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	06		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		01	Mononylon 9-0	
	Thionembuhal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Qtd.	SOROS	
04	Água Destilada amp.	70 ml		SG Normotérmico fr 500 ml	
01	Decadron amp.			SG Gelado fr 500 ml	
02	Dipirona amp.	02		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Flaxidol amp.	02		SG Ringr fr 500 ml	
	Flebocortid amp.			SG fr 500 ml	
	Geramicina amp.	Q5			
	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml.	Q5			
	Heparema ml.				
01	Kanakion amp.	Q5			
01	Lasix amp.	Q5			
01	Medrotilnazol.	Q2			
01	Plasil amp.	Q3			
	Prolamina				
	Revivan amp.				
	Suptanon amp.				
02	Cefazolina 1g				
02	Xilocaina 2% CIV				
01	Xilocaina 2% 5lv				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
04	Aguilha desc. 25 x 7				
	Aguilha desc. 28 x 28				
01	Aguilha desc. 8 x 4,5	05			
	Aguilha p/ raque nº	03			
Q5	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
03	Ataduras de Crepon	15			
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.	Q5			
	Benzina ml				
			EQUIPAMENTOS		
			☒ Oxímetro de Pulso	☐ Foco Auxiliar	
			☐ Serra	☐ Eletrocautério	
			☐ Desfibrilador	☐ Oxícapiógrafo	
			☒ Foco Frontal	☒ Cardiomonitor	
			☐ Fonte de Luz	☒ Perfurador Elétrico	
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>João Carlos Serapim Sales Santos</i>				IDADE <i>22A</i>	SEXO <i>F</i>	COR <i>M</i>	
DATA <i>08/08/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
					URINA				
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE			
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>fratura punho esquerdo</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	ÀS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂					INDUÇÃO			
						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____			
						Laringo espasmo: _____ Lenta: _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
LÍQUIDOS						MANUTENÇÃO			
						<i>Propofol 2g</i>			
						<i>Vecuron 20mg</i>			
						<i>Oxalato de potássio</i>			
						<i>Soro de potássio</i>			
DIGOS	VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
	AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					Não, por quê? _____			
						DESPERTAR			
						Reflexos na SO: _____			
						Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Com cânula: _____			
						Paro o Leito Sim _____ Não _____			
						CONDIÇÕES: _____			
POSICÃO									
AGENTES									
TÉCNICA						CÂNULAS			
OPERAÇÃO									
CIRURGIÕES									
ANESTESISTAS									
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA			

CONTROLLE CIRURGICO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Isacael Soraia</u>			
IDADE: <u>22</u>	SEXO: ☒ M ☐ F	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> às <u>:</u> h	
SETOR:	LEITO: <u>9-3</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ex distal radio E</u>			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTINUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☐	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐	TAQUIPÊNICO ☐	EUPNÉICO ☒ BRADIPNÉICO ☐
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐ SVD ☐
	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☐	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PAREIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VOK ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐
DADOS VITAIS:	PA: <u>100/30</u>	T: <u>36.2</u>	FR: <u>—</u> FC: <u>104</u> PESO: <u>—</u>

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM	
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR:
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
☐ NÁUSEA	CD/FR:
☒ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
☒ <u>Cefaleia</u>	CD/FR:
☒ <u>Dor no braço</u>	CD/FR:
☐	CD/FR:
<u>Érika de Sousa Miranda</u> <u>07/08/18</u> CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA COREN-PB 102681-ENF FR: FATOR RELACIONADO ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	<u>12/12h</u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	<u>diário</u>	
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<u>diário</u>	

MCPM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME:				
IDADE:	SEXO: M ☐ F ☐	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h		
SETOR:	LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☐	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☐	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☐	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☐	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☐	HIPERTENSO ☐	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☐	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☐	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐	TAQUIPÊNICO ☐	EUPNÉICO ☐	BRADIPNÉICO ☐
SIST. GENITOURINÁRIO (URESE)	NORMAL ☐	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐	SVD ☐
	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☐	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐	S/ DEFICITE MOTOR ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐	RESTRITO NO PEITO ☐
ST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO ☐	SNG ☐	SNE ☐	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☐	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐	CAQUÉTICO ☐
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC: PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
☐ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
☐ NÁUSEA	CD/FR:
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
FR: FATOR RELACIONADO	

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:					
IDADE:	SEXO:	M ☐	F ☐	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às : h
SETOR:			LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☐	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☐	HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☐	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☐		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐	TAQUIPÊNICO ☐	EUPNÉICO ☐	BRADIPNÉICO ☐	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☐	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐	SVD ☐	
	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☐	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐	S/ DEFICITE MOTOR ☐	
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐	RESTRITO NO PEITO ☐	
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO ☐	SNG ☐	SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☐	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐	CAQUÉTICO ☐	
SINAIS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
☐ RISCO DE QUEDA			CD/FR:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/FR:		
☐ RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR:		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL			CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO			CD/FR:		
☐ NÁUSEA			CD/FR:		
☐ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA			CD/FR:	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			CD/FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE	☐ PARA BANHO	CD/FR:		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		
			FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
☐ INSTALAR CATÊTER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).					
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					

[illegible]

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

[illegible]

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Jozeane Siqueira da S. Santos
 IDADE: 22 SEXO: M ☐ F ☒ DATA DE NASCIMENTO: / / às : h
 SETOR: Amarela LEITO: 7
 DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fx. Rádica Distal
 ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:
 MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:
 DOENÇA CRÔNICA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:
 PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL:
 PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☐ HIPERTENSO ☐
 SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPÊNICO ☐ TAQUIPÊNICO ☐ EUPNÉICO ☐ BRADIPNÉICO ☐
 SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): NORMAL ☐ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐
 DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐
 MOBILIDADE: DEÂMBULA ☐ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐
 TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐
 SIT. GAS. ROINTEATINAL: VO ☐ SNG ☐ SNE ☐
 (OJETA) ☐
 ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO ☐ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐
 DADOS VITAIS: PA: T: FR: FC: PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☐ RISCO DE QUEDA CD/FR:
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO CD/FR:
☒ RISCO DE INFECÇÃO CD/FR: procedimentos invasivos
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL CD/FR:
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA CD/FR:
☐ RISCO DE SANGRAMENTO CD/FR:
☐ NÁUSEA CD/FR:
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ CD/FR:
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA CD/FR:
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA CD/FR:
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA CD/FR:
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO CD/FR:
☐ CD/FR:
☐ CD/FR:
☐ CD/FR:
☐ CD/FR:
 CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
 FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	<u>10 20</u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	<u>M T N</u>	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<u>sempre</u>	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<u>contínuo</u>	

Barbara Albuquerque V. Araújo
COREN-PB 538.571-ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Tosenne Serasim Registrô: Leito: 9-3 Setor Atual: Uti 2

AValiação GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: bpm; FR: lpm; PA: 100/60 mmHg; FC: 82 bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gaseometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculata cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção 05/08/19

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: (☒) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: ☒ Preservado

Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ☒ Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 05/08/19 HORA: : :

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Joseane Serapim Registró: Leito: 9-3 Setor Atual: Orto 2
Sinais vitais: Tax: 86,4 °C; P: - bpm; FR: - irpm; PA: 120/70 mmHg; FC: 88 bpm; SPO2: 98 %
HGT: - mg/dl; Peso: - Kg; Altura: - cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMINI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data de inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Enfermeira
N. Vitor
REC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 959.114

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 04/08/19 HORA:

INTERCORRÊNCIAS

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

4 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

5 - NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

SONO E REPOUSO

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória.

Cuidado corporal: (X) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo em: Retirado em:

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Curativo em:

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:

Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: () .

Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: (X) Preservado

Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: Observações:

Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h:

Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

RHA: (X) Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: / /

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Preordialgia () Precordialgia () Quais?

Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Tra () Aquena.



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1953389

CLASS. DE RISCO: **AMARELO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: JOSEANE SERAFIM DA
SILVA SANTOS

CEP:58483000

Nascimento:28/07/1996

Endereço: RUA DR SEBASTIAO PEDROSA

Sexo:F

Telefone: 991589817

Cidade: Barra de São Miguel

Idade:022

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS

RG: 10160003

Nº:79

Responsável:

CPF: 13178194460

Profissão:COSTUREIRA

Estado Civil:Solteiro(a)

Data de
Atend:27/07/2019

CNS:898000107879389

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

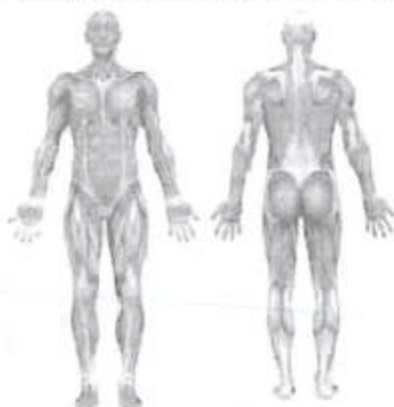
Hora: 13:46:18

CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Certo-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADO INÍCIOS

Paciente refere "queda de moto" há cerca de 15 horas, refere estouro de capacete. Nega ingestão alcoólica. Refere perda da consciência, náuseas e vômitos. No momento queixa-se de dor em MSE + cabeça.

Em tempo: Paciente atendida previamente em Barra de São Miguel, onde realizou imobilização MSE + analgesia - SIC. Veio de casa com perda da consciência antecedente.

ALERGIA:

nega

MEDICAMENTOS:

nega

PATOLOGIAS:

nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

15

PA

HGT:

SatO2

Do exame: vias aéreas permeáveis, eupneica e sem desconforto respiratório, estável hemodinamicamente, consciente e orientada.

Abdome: flácido, depressível e indolor a palpação superficial e profunda.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias: **MSE**

(X) Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: **ORTOPEDIA** / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____Especialista: **NER** / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipirona 500mg/ml - 2ml + AD, EV, agora	
2	Tilatil 40mg + AD, EV, agora	
3	SOL - 300ml, EV lento = 1x	Feito
4	Alte de Cm Gb	
5		
6		

Dra. Suzana Correia
Cirurgia Geral
CRM 7352

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
27/07/19

Silvio Welton M. Ribeiro
MÉDICO RESIDENTE
CIRURGIA GERAL
CRM/PB 10.273 - CRM/PE 22.859

27 Nov 19 #Neuron

Queda do mar após "ponta mal" / leveza
com capotes. Negro outros raios de almas

No exams: Glasgow 15 / PAPA / new dx / local

recurso: Sem efeito transmissão imediata com
oposto

CD 11b de neurocristos

Dr. Alysson C. Pascoal
NEUROCIRURGIA
CRM: 9010
CREMEPE 28034

() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

()Alta hospitalar / ()A revelia

☐ () Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/07/2019

Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 N° ATEND: 1953389

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 27/07/2019 HORA : 13:48:48

ESPECIALIDADE : *Neurologia*

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Allana Guimarães Uchôa
COREN-PB 75133-ENF

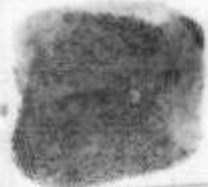
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO THOMAS BRUN

OIR-45




Joseane S. da Silva Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.160.003 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/04/2015

NOME << JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS >>

FILIAÇÃO << JOSEMIR SERAFIM DA SILVA >>
<< DAMIANA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE BARREIROS - PE DATA DE NASCIMENTO 28/07/1996

DOC ORIGIN << CN.31444 L.A35 F.214 CART.SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE-PE 22.10.2002 >>

CPE 131.781.944-60

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/08/83

415051681309112255.6341190 F-66 60.155 - 3033

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / CDS EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA

ISMARTE FERRERA DE MOURA

PERMISSÃO
CONDICIONADA

ACC
CONDICIONADA

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02376605879

VALIDADE
08/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

Chelton Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

53286785000
PE078645272

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014484969242

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MA 1 982877870 2019

JOSE ADEGILSON SARAFIM DA SILVA

3 C CAPIBARIBE-PE

094.051.724-64

PLACA ANT / UF KLF0118

PLACA CHASSI 9C2KC08508R105860

PA3 / MOTOCICLETA

HONDA/CG 150 TITAN E3

2P/149CL

IPVA 2019 QUITADO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.32

SEM RESERVA DE PONTE OBRIGATORIO

MAO VALIDO PARA RANSE FEFENCIA

3 C CAPIBARIBE

Roberto Carlos Moaisias Fontell

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014484969242 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ADEGILSON SARAFIM DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

3 C CAPIBARIBE-PE

094.051.724-64

PLACA KLF0118

HONDA/CG 150 TITAN E3

9C2KC08508R105860

PREMIO TARIFARIO

36.05

4.01

40.06

84.58

31/01/19

CNPJ 08.248.408/0001-04

SEGURADORA LIDER - DPVAT

DESTAQUE 2 QUADRO 0 SILHETES DPVAT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400731/19

Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

CPF: 131.781.944-60

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/07/2019

Titular do CPF: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS : 131.781.944-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639209 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA **Data do acidente:** 26/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-6-7-29-35-37-38-39-40

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639209 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA **Data do acidente:** 26/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-6-7-29-35-37-38-39-40

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

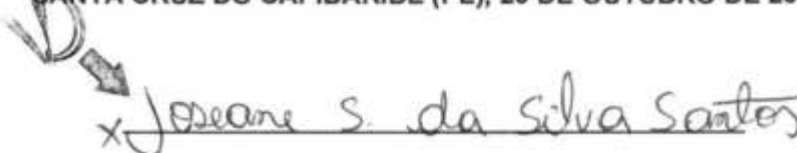
NOME: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG-10160003 SDS/PE -PE CPF: 131.781944-60
DATA DO ACIDENTE: 26/07/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS
ENDEREÇO: RUA SEVERINA CABRAL ARRUDA ,Nº 99,DONA LICA , SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 29 DE OUTUBRO DE 2019.


x Joseane S. da Silva Santos

ASSINATU

RECONHECER I

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Seroa Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (081) 3211-0709

Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Joseane S. da Silva Santos. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 29/10/2019, 09:51 - Total: 4,91. Em Testemunho.....
da verdade.....
Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrevente
Selos: 0159467 IPX09201901.06133



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400731/19

Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

CPF: 131.781.944-60

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/07/2019

Titular do CPF: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS : 131.781.944-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA