
Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644213

Vítima: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

Data do Acidente: 26/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

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, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644213

Vítima: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

Data do Acidente: 26/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

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: **ALEXANDRO PAULINO DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001100**

Conta: **000000016312-9**

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

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da 043606444-22

Nome completo da vítima: Alexandre Paulino da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Alexandre Paulino da Silva

CPF:

043606444-22

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio Coxins

Número:

A/N

Complemento:

-

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Juarez Tórono

Estado: PB

PB

CEP:

58387-000

e-mail: israelfanassadvi@gmail.com

Tel (DDD): (83) 336338679

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR☐ ATE R\$1.000,00☐ R\$1.001,00 ATE R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATE R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 íntegra.

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 do 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: -Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: -Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Juarez Tórono - PB 04/31/2019

Nome: Alexandre Paulino da Silva

CPF: 043606444-22

* Simonel de Oliveira

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Israel de Souza Farias

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Francisco Basílio da Silva Júnior

CPF: 078.753.989-86

Francisco Basílio da Silva Júnior

Assinatura

2ª Nome: João Marcos da Silva Brito

CPF: 120.641.764-11

João Marcos da Silva Brito

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA

6277 8013 3639 5771

ALEXANDRO PAULINO SILVA

1100 013 00016312-9 08/21

elo

DEBITO



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 (83) 3310-9319



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

OCORRÊNCIA Nº 000245/19

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000245/19 registrada em 17/10/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de outubro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:04 horas, compareceu o Sr. ALEXANDRO PAULINO DA SILVA, com 39 anos de idade, filho de JOSÉ APRÍGIO DOMINGOS FILHO e RITA ANÁLIA ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAREZ TÁVORA - PB, Solteiro, escolaridade Não Alfabetizado, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.714.896, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 04160644422, residindo à rua SÍTIO CAXEIRO, S/N, bairro PAREA RURAL, na cidade de JUAREZ TÁVORA - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que na manhã do dia 26.04.2019, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Caxeiro, área rural de Juarez Távora/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG125 FAN, ano/modelo 2007/2008, cor preta, chassi nº 9C2JC30708R041153, de placa MYV-7976/RN, licenciada em nome de Francisco Cassimiro da Silva Junior, quando envolveu-se em colisão com outra motocicleta de marca, placa e demais características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico hospitalar em anexo, enquanto que o condutor da outra moto conseguiu se evadir do local sem ser identificado; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 17 de Outubro de 2019



ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Matr. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da 043606444-22

Nome completo da vítima: Alexandre Paulino da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Alexandre Paulino da Silva

CPF:

043606444-22

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio Coxins

Número:

A/N

Complemento:

-

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Juarez Tórnico

Estado: PB

PB

CEP:

58387-000

e-mail: israelfanassadvi@gmail.com

Tel (DDD): (83) 336338679

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR☐ ATE R\$1.000,00☐ R\$1.001,00 ATE R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATE R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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:

CONTA:

(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 íntegra.

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 do 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: -Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: -Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Juarez Tórnico - PB 04/31/2013

Nome: Alexandre Paulino da Silva

CPF: 043606444-22

* Simonel da Oliveira

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Francisco Basílio da Silva Júnior

CPF: 078.253.989-86

Francisco Basílio da Silva Júnior

Assinatura

2ª Nome: João Marcos da Silva Brito

CPF: 120.641.764-11

João Marcos da Silva Brito

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA

6277 8013 3639 5771

ALEXANDRO PAULINO SILVA

1100 013 00016312-9 08/21

elo

DEBITO

GOVERNO
DO PARÁSECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1883416 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Data: 26/04/2019
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Daniela Dos Santos Lima

PACIENTE: ALEXANDRO PAULINO CEP:58400002 Nascimento:16/07/1980

DA SILVA

Endereço: SITIO CACHEIRO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade: 038

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO

RG: 2714896

Nº: 0

CPF:

Profissão: AGRICULTOR

Responsável:

Data de

CNS: 708701101497096

Estado Civil: União Estável

Atend: 26/04/2019

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 11:49:48

Especialidade:

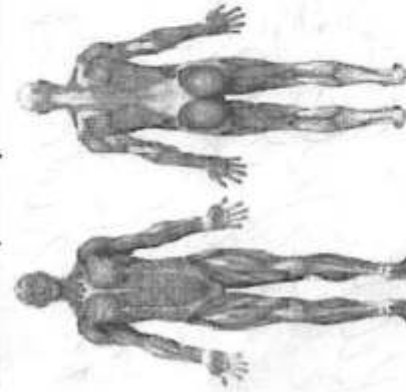
CRM:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID: Trauma musculoesquelético.

Exames

EXAME PRIMÁRIO - I DS CLÍN DS

Paciente vítima de trauma por queda de moto de 150, colisão no to-moto frontal. Nega ingestão alcoólica, perda de consciência e vômitos e sangramento. Refere não ter utilizado capacete. No momento chegou-se apenas de bon por pulho exigendo. Ao exame: BEG, consciente e orientado. AR: MVE em AHT, SIRA; ALV: RER em 2T, S1; Abdom: Plano simétrico, sem movimentos depressivos e indolores; Extravido- des: Edema em pulho. Pulsos chiros e simétricos.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (A) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

RAIO X
REALIZADO EM:
26/04/19

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia, às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Alta da cirurgia geral.	
2	Dipirona (500mg/ml) - 01 ang, EV, q6h.	18.30
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jarbas Fonseca
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PB 10002 / CRM-PE 23727

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: 02/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01100

CONTA: 000000016312-9

Nr. da Autenticação 01C2A268606E27AD

ALEXANDRO DA SILVA
ST. CAETANO, 300 - AREA RURAL
JUAZÉ TAVORA / PB CEP: 56.910-000 (45 22)

Ligação MONOFÁSICO
Divisão RURAL/MTG/AGROPECUÁRIA RURAL
Roteiro 11-41-882-2245
Medidor 0000850457

Referência Abr/2019
Emissão: 17/04/2019

Endereço: Rua da Indústria, 100 - JUAZÉ TAVORA / PB CEP: 56.910-000
CNPJ: 09.085.102/0001-00

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 022.817.162
Cód. para B.A. Automação: 00000000

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPE/CHPJ/RAN
Abr/2019 17/04/2019 17/05/2019 R\$ 1.806.444,22

Endereço de Correspondência: 8/1694887-9

Canal de contato

Declaração de Qualidade Anual de Serviço
Conforme previsto na Lei 12.037 de 29 de julho de 2009,
informamos a qualidade dos serviços prestados aos
consumidores regulados de energia elétrica desta unidade
consumidora avaliados no ano de 2018 e nos anos anteriores.
Esta declaração substitui, para o consumidor, as avaliações
das informações prestadas aos dados do ano
e que se refere a dois anos anteriores.

A qualidade dos serviços prestados aos consumidores é avaliada
por meio de pesquisas realizadas por empresas especializadas,
acompanhando as reclamações, como dicas de economia e
segurança, orientações sobre serviços, informações sobre
investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
19/03/19	3001	17/04/19	3014	1		83			20
Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor	Descrição
		Valor	TARIFA	CHUVA	CMV	Perda	PERDA	CHUVA	CMV
0001	Consumo em kWh	13,00	kWh	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010	Subsídio	13,00	kWh	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0004	JUROS DE MORA 03/2019	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	JUROS DE MORA 04/2019	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	MULTA 03/2019	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	MULTA 04/2019	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	Omissão Substituído	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 24,00 0,00 0,00 22,25 0,34 1,81
Tarifa de Transmissão 0,000000

VENCIMENTO DA QUOTA PAGAR 25/04/2019 R\$ 24,66

01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12
Abr/19 Maio/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/20 Fev/20 Mar/20

RESERVADO AO FISCO
6f87.d08d.0987.63c5.07cb.7a2d.99e3.7513

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo	
Indicador	Unidade	Valor	Limite de Tensão	Descrição	Valor
DC MENSAL	11,45	0,00	NOMINAL	220	7,53
DC TRIMESTRAL	22,90				10,73
DC ANUAL	44,80				1,17
FC MENSAL	15,11	0,00	CONTRATADA	200	1,78
FC TRIMESTRAL	30,22		LMITE INFERIOR	200	3,45
FC ANUAL	60,44		LMITE SUPERIOR	200	0,00
DMC	11,45	0,00			24,00
DMC	11,45	0,00			100,00

energisat

ENERGIPARTE - DIST. E. COM. DE ENERGIA S.A.
RUA N.º 1, Centro Empresarial, 046 Prop. 99 - 15.500-130
(011) 50 06 137 (0044) - Fax 011 50 06 133

High Power Gamma Energy (HPE) is a wholly owned
CSC joint venture. Authorization: 0951/2216

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2019	10/07/2019	09/08/2019	793.110.960-00

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
DATA	LEGENDA	DATA	LEGENDA			
02/06/13	00000	02/06/13	00000		00	07

		Demonstrativo					
		Quintado 2015	1º Trimestre 2016	2º Trimestre 2016	3º Trimestre 2016	4º Trimestre 2016	Total
		Total	Total	Total	Total	Total	Total
000	Consumos e despesas	75.84	42.96	24	18.27	49.81	209
001	Despesa com pessoal	5.71	3.07	20	0.19	7.55	0.00
TOTAL DOS GASTOS							
000	Consumos e despesas	75.84	42.96	24	18.27	49.81	209
001	Despesa com pessoal	5.71	3.07	20	0.19	7.55	0.00
002	Despesa com materiais	3.35	0.00	3	0.00	0.00	0.00

CCO Código de Clasificación de Materia	25.34	26.47	16.17	34.43	0.00	3.01
--	-------	-------	-------	-------	------	------

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/08/2019	R\$ 62,39

Histórico de Consumo (kWh)											
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
111	114	125	140	181	232	273	327	343	316	310	310

RESERVED TO FISCAL

b5c2 3d2d 9b81 cce9 164e 3D1e aba1 3422

[illegible]

2004年12月25日 星期三



ATENÇÃO

Futuras em atraso

BANCO DO BRASIL - AGÊNCIA ESPECIALIZADA EM FINANÇAS DO BRASIL

00180 00009 02624 912008 03855 299175 8 797800000008839

FRANÇOIS JOSEPH ARCANJO DONASO VENTURA FERREIRA, 03/11/1984-01
 100 RIBEIRÃO DO RIO DA GUARUJÁ, INTERSEÇÃO RE AVE LIMA, JOÃO D'ÁVILA - ALUGUEL R\$ 400,00 / FÉ 04/03/2017

10/10/10	10/10/10	10/10/10	10/10/10	10/10/10
----------	----------	----------	----------	----------

BENEFICIÁRIO: SUELOISA PEREIRA - CONSTRUTORA DE ENFERMARIAS COM. DA FÉZ. 00114-1
 R. 383, 11-15 - J. Roberto - J. P. Paulista - PB - CEP 58071-200

Account closed at bank on 10/4-1/24/73

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 105–112

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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 COAF².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082917124 / 09

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alexandro Paulino da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 043606444, 22

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez

da Vítima Alexandro Paulino da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 043606444, 22, 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: LDC. ENGENHO OLHO D'ÁGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA

Número: 65

Complemento: —

Bairro: OLHO D'ÁGUA

Cidade: ALAGOA NOVA

Estado: PB

CEP: 58125-000

E-mail: israelfariasadv@gmail.com

Tel. (DDD): (83) 98116-7741
(83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA - PB, 04/11/2019

Israel de Souza Farias

Assinatura do Declarante

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/05/2019

Horas: 10:36:46

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1883440 Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA Idade: 038 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Admissão: 26/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL E

DIA 03/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Eldiman Soares De Araujo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE ORAL APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V, 1FRASCO , 12h/12h	
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h 1D/2D Diluir em 50 ML SF	
	JELCO SALINIZADO	
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 03/05/2019 HORA: 10:36:12

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL EM BEG

MSE: MEMBRO BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, SEM FERIMENTO

CD: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E LIMPEZA DE FO, ATESTADO MÉDICO, CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H, ARFLEX 200MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De AraujoDr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8326

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA**Data da Internação:** 26/04/2019**Data da Alta:** 03/05/2019**Registro:** 1883440**Tempo de Permanência:** -18013**Diagnóstico Inicial:** 0408020245**Diagnóstico Final:****Principais Exames:** EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAMES LABORATORIAIS**Cirurgia:** OSTEOSINTESE**Data:** 02/05/2019**Equipe:****Cirurgião:** ELDIMAN SOARES DE ARAUJO**Aux 1:** EVERLAN DA SILVA MEIRA**Aux 2:****Aux 3:****Aux 4:****Anestesista:****Medicamentos:****Infecção F.O:****Coleta de Material:****Bacteriologia:****Anatomopatológico:****Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):** PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM PUNHO ESQUERDO, FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS.**Orientações:** SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E LIMPEZA DE FO, ATESTADO MEDICO, CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR**Dieta:****Medicações para Casa:** PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H, ARFLEX 200MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS**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!**Retorno ao Ambulatório de :** em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data03/05/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Wagner Luiz
Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MK ORTOPEDIA - R. 1100-001
CRM - PB 8926

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandro Paulino Registro: Leito: 10-2 Setor Atual: ORTO

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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
() VMNI () 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 da 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.

Ind. 01
R. 01
C. 11

Pele: () Corada () Hipócorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
 Drogas vasoativas: () Quais?
 Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSP Data da punção 29/04
 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: Janiela S. Cruz Gondim
 ENFERMEIRA
 COREN PB 508.860

DATA: 01/05/19 HORA: 10:35

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandre Paulino Registro: _____ Leito: 10.2 Setor Atual: ORT I

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Ou

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

Mobilidade Física: (X) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () 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 da 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

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

RÉGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: (X) Corada () Hipócorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()
Drogas vasoativas: () Quais?
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: HS 7 Data da punção 29/04/19
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (X) 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 (X) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Paciente com fratura de rádio (E), segue aos cuidados da enfermagem.
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Janeifer de Abreu M. Aires DATA: 30/04/19 HORA: _____
COREN-PB 268.555-ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandre Paulino Registro: _____ Leito: 10-2 Setor Atual: 0161

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASCOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () 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 da 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.

Im. OK
R.N.
C.N.

Pele: () Corada () Hipócorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção 26/04
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: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
Coloração da pele: () Normocrada () Hipocrada () 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 () Med
() 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: Jantela S. Cruz Gondim. DATA: 29/04/19 HORA: 9:00
ENFERMEIRA
COREN PB 508.860


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

 Nº do prontuário: 1883440 Paciente: **ALEXANDRO PAULINO DA SILVA** Idade: 038

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL E

DIA 02/05/2019
MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE ORAL APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	14 22
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 0D/2D Diluir em 50 ML SF	12 18
4	JELCO SALINIZADO	
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	14 18 22 06
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14 22 06
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	CURATIVOS	

CRIM-PB, SOC. 1501, 14002
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Eldiman Soares de Araujo

DATA - 02 - 05 - 19

HORA - 09:00

P.A - 120 x 80

Paciente consciente
orientado medicado

Pós-operatório imediato
sem intercorrência e
melhor segue aos
cuidados de enfer-
magem.

Juciene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE

02.05.2019

20:15

PA: 120 x 70 mmHg

T: 37°C

Paciente evolui sem intercorrências
até o momento. U.E.P. U segue
aos cuidados do Equipo.

Jaci Ferreira Lima
Técnico de Enfermagem
COREN 320035

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/05/2019

Horas: 10:26:21

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1883440 Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA Idade: 038 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Admissão: 26/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL E

DIA 01/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA (Dieta zero a partir de 00:00h)	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01 AMPOLA, 6h/6h	12/18 2106
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1 AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/05/2019 HORA: 10:25:56

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL EM BEG

MSE: MEMBRO BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, SEM FERIMENTO

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De AraujoDR. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

18:48 h - Paciente com cirurgia prevista para 02/05/19.
Zero dieta a partir de 00:00 h.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

DATA - 01 - 05 - 19

HORA 09:45

P.A - 110 x 70

Paciente consciente
orientado meditado
aguarda cirurgia
e segue aos
cuidados de enfermeira.

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PR 958.700-TE

DATA - 01 - 05 - 19

HORA - 20:00

P.A - 110 x 70

Paciente meditado
e continua aos cuidados
de enfermeira.

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PR 958.700-TE

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/04/2019

Horas: 10:55:56

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1883440 Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA Idade: 038 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Admissão: 26/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL E

DIA 30/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01 AMPOLA, 6h/6h	X2 1/6 2 X 0/6
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1 AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

E. CONCLUSÃO

DATA: 30/04/2019 HORA: 10:54:35

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL EM BEG

MSE: MEMBRO BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, SEM FERIMENTO

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

(Handwritten signature)
Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - FARMACOLOGIA
CRM - PB 8926

30/04/19 10:00hs
P.A 100x80

Paciente aguarda procedimento cirurgico,
medicado e.p.m, segue as evoluções da
enfermagem.

Débora

Debora Silva Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 602532

30
04
19

22 hs P.A: 100x60 Tio: monalisa

Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811 - TE



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/04/2019

Horas: 10:29:07

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1883440 **Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA** Idade: 038 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Admissão: 26/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 **Enfermaria: 10** **Leito: 2** Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL E

DIA 29/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	5N
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

eVOLUÇÃO

DATA: 29/04/2019 HORA: 10:25:55

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL EM BEG

MSE: MEMBRO BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, SEM FERIMENTO

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

DATA = 29.04.19

HORA = 08:40

P.A. - 110 x 70

Paciente consciente
orientado medicado
devido ferimento,
aguarda cirurgia
e segue sob
cuidado da enfermagem.



DATA - 29.04.19

HORA - 20:00

P.A. - 100 x 70

Paciente medicado
e continua sob
cuidado da enfer-
magem.

Luciano dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/04/2019

Horas: 07:21:39

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1883440 Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA Idade: 038 Sexo: M o/c
Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Admissão: 26/04/2019
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL

DIA 28/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA	OK
2	JELCO SALINIZADO	OK
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01 AMPOLA, 6h/6h	OK + 8 - 24 OK
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1 AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	OK
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)	OK
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 28/04/2019 HORA: 07:21:14

BEG, ESTÁVEL

NV: OK

PRÉ-OP: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcão

28-04-19
PA - 120180

15:40 horas
Paciente, mulher sem
feixas às curvas
de enfim.

Josane Cristiane Albuquerque
COREN-PB 174938-TE

28/04. 20:00h. P.A.: 110x70. Paciente evolui com
orientação, mas refere dor nas
Juntas.

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA		LEITO		Nº PRONTUÁRIO			
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Abraão Paulo</i>				IDADE		SEXO		COR			
DATA <i>2/5</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>frat raduo total</i>										ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES													
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA								APLICADA		AS		EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS		INDUÇÃO											
Q'		Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____											
		Laringo esparmo: _____ Lenta: _____											
LÍQUIDOS		Náuseas: _____ Vômitos: _____											
		Outros: _____											
CÓDIGOS		MANUTENÇÃO											
VP. ARTERIAL		<i>ketalar 2uf</i>											
D. PULSO: O - RESPIRAÇÃO		<i>decodim 2</i>											
D. ANESTESIA: O - OPERAÇÃO		<i>dipina 2</i>											
		<i>alfolma 2</i>											
		<i>fronfel 1</i>											
		<i>o2</i>											
		<i>fronfel 2uf</i>											
		ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____											
		Não, por quê? <i>drumad op.</i>											
		DESPERTAR											
		Reflexos na SO: _____											
		Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____											
		Náuseas: _____ Vômitos: _____											
		Outros: _____											
		Com cânula: _____											
		Paro o Leito Sim _____ Não _____											
		CONDIÇÕES:											
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES													
POSIÇÃO													
AGENTES													
TÉCNICA		<i>fronfel 2uf</i>											
OPERAÇÃO		<i>fronfel 2uf</i>											
CIRURGIÕES		<i>fronfel 2uf</i>											
ANESTESISTAS		<i>fronfel 2uf</i>											
OBSERVAÇÕES													
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.										PERDA SANGÜÍNEA			

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Alexandro Ruelmo da Silva - DM - 16.07.1980

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO
SUS 38 anos 188346

CIRURGIA Trat. Cirúrgico fratura radioulnar distal esquerdo CIRURGIÃO Dr. Budiman, MR. Everlan

ANESTESIA Gaseel ANESTESIA Dr. Ana Dulce

INSTRUMENTADORA DATA INÍCIO FIM
André 02-05-19 10:30 10:35



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	03	Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	03	Compressa Grande Paco 4p		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	015	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	L	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	L	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	□	Luvas Procedimento			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m SL			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	1	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	1	Seringa desc. 20 ml	03	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	1	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogática	L	FIO KIRSTNER 2.0mm	
1	Propofol		Sonda Uretral nº			
03	Dormohid		Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Látex			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	03	giletro des		EQUIPAMENTOS	
	Aguilha p/ raque nº	02	8 score		(+) Oxímetro de Pulso	(x) Foco Auxiliar Control
015	Álcool de Enfermagem				() Serra	() Eletrocautério
	Álcool Iodado ml				() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo
03	Ataduras de Crepon 30cm				() Foco Frontal	(x) Cardiomonitor
	Ataduras de Gessada				() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
					CIRCULANTE RESPONSÁVEL	

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/04/2019

Horas: 07:54:12

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1883440 Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA Idade: 038 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Admissão: 26/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL

DIA 27/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA	et.
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 01FRASCO, 24h/24h (ADM AS 8h)	08 recusado
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	R 18 24 06
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	et.
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)	08
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	et

EVOLUÇÃO

DATA: 27/04/2019 HORA: 07:53:51

BEG, ESTÁVEL

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo FalcaoDr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

San Carlos part. Nueva York
Adriano
520125

Data: 26/04/2019

Horas: 12:43:17

Médico (a) Diarista : Bruno da Costa Lima

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

9

DADOS DO PACIENTE :Nº do prontuário: 1883440 Paciente: **ALEXANDRO PAULINO DA SILVA** Idade: 038

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 0 Leito: 7 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL

DIA 26/04/2019

MÉDICO(A): Bruno da Costa Lima /

Extra 2

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA	C+
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 24h/24h (ADM AS 8h)	10
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	24 06
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M. 1AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	50 06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C+

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ALEXANDRO PAULINO

Diagnostico Pré-Operatório: 0408020245 FRATURA / LUXACAO NO PUNHO E

Diagnostico Pós-Operatório: FRATURA / LUXACAO NO PUNHO E

Cirurgia: FIXACAO PERCUTANEA

Data da Cirurgia: 11/04/2019

Equipe:

Cirurgião: DR ELDIMAN

Aux 1: DR EVERLAN

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: DRA ANA DULCE

Tipo de anestesia: SEDAÇÃO

Relatório Imediato do Patologista: 0

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

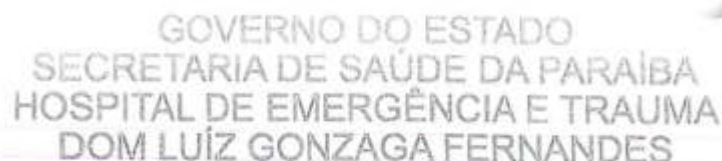
4- REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA RÁDIO DISTAL E COM AUXÍLIO DE ESCOPIA

5- FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 2 FIOS K Nº 2,0 RADIO E

6- CURATIVO + TALA AXILOPALMAR.

DATA: 02/05/2019

Dr. Everlan Meira
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 0000



Paciente		Prontuário		Ala		Leito		Enfermaria	
ALEXANDRO PAULINO DA SILVA				ORTOPEDIA 1		2		10	
Data	Hora				Data	Hora			
29/04/19	TARDE	PACIENTE EM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOGORDO, AFEBRIL AO TOQUE. PACIENTE RELATA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO), RESULTANDO NA FRATURA. CONDUITA: FLEXÃO DE JOELHOS BILATERAL SIMULTÂNEA EM SUPINAÇÃO (3x12), DORSIFLEXÃO + FLEXÃO-PLANTAR DE TORNZELOS EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA BILATERAL SIMULTÂNEA (3x15), ABDUÇÃO DE QUADRICES BILATERAL ALTERNADA (3x12), CIRCUNDUÇÃO DE TORNZELOS (2x20), ALONGAMENTO DE CERVICAL E MMSS (20 SEG), FLEXÃO DE OMBRO DIREITO (3x12), ROTACÃO MEDIAL DE OMBROS BILATERAL ALTERNADA (3x12), CIRCUNDUÇÃO DE PUNHO DIREITO (2x20), EXERCÍCIO DE PRENSÃO PALMAR BILATERAL SIMULTÂNEA (3x12) FLEXO-EXTENSÃO HORIZONTAL DE OMBROS BILATERAL ALTERNADA (3x12), ABDUÇÃO DE OMBROS BILATERAL SIMULTÂNEA COM COTOVELO A 90° (3x10) ACD-UEPB: WEYSON DIAS SOUZA — — —							
		Dr. Bruno Felipe de L. Mendonça FISIOTERAPEUTA CREFITO-1 8485-LTF							

Cirurgia

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1883416 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: 26/04/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Limeira

PACIENTE: ALEXANDRO PAULINO CEP:58400002 Nascimento:16/07/1980

DA SILVA

Endereço:SITIO CACHEIRO

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade:038

Bairro:ZONA RURAL

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA
CONCEICAO

RG: 2714896

Nº:0

CPF:

Profissão:AGRICULTOR

Responsável:

Data de

CNS:708701101497096

Estado Civil:União Estável

Atend:26/04/2019

CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 11:49:48

Especialidade:

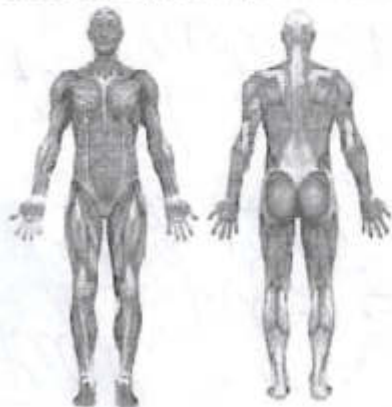
Médico:

CRM:

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 tendinária |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Corituso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-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: Trauma musculoesquelético

EXAME PRIMÁRIO - C DS CLÍN S

Paciente vítima de trauma por queda de moto, dano, colisão no to-moto frontal. Nega ingestão alcoólica, perda de consciência e vômitos e urina. Paciente não tem utilizado rapacete. No momento queixa-se apenas de dor que pulso esquerdo. Ao exam: BEG, consciente e orientado. AR: MVE em AHT, S/D/A; ACU: RCR em 2T, S/S; Abdom: Plano simétrico, normotenso, depressível e indolor; Extremidades: Edema em pulso. Pulsos distais e simétricos.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

10.2

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

RAIO X
REALIZADO EM:
26/04/19

EXAMES SOLICITADOS:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| () Laboratoriais | () Ultrassonografia: |
| () Gasometria arterial | () Radiografias: |
| () Tomografia Computadorizada | () |

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Alta da cirurgia geral.	
2	Dipirona (500mg/ml) - 01 amp, EV, q 6h.	18.30
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jarbas Fonseca
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 10302 / CRM-PE 23727

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ortopedico

Paciente ref. de fratura cost

no pulmão

Pelo pulmão

sem defeito muscular

Fratura intraarticular de

tubo costal

condição: Interg. para fratura

curar

Dr. D. Paulo Roberto Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5279 PB
CRM: 17962 PE

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

☐ Centro cirúrgico _____☐ Internação (setor) _____☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____☐ Alta hospitalar / ☐ A revelia☐ Decisão Médica☐ ÓbitoX Simone de Oliveira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Ficha de Acolhimento

Nome:	Alexandro Paulino de S. Rios		
End:	Sítio Cachoeira	Bairro:	Pauzeiro Novo
Data de Nascimento:	16.01.90	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atend.:	26.04.19
		Hora:	14:45
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: (☒) Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúria de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (☒) Normocorada () Pálida
Deambulação: (☒) Livre () Cadeira de rodas () Maca	

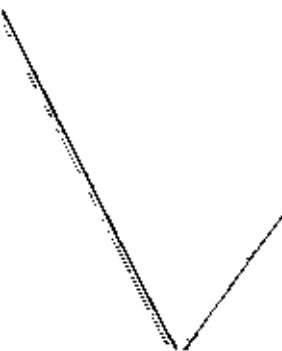
MOD. 110

Estratificação

- Trauma na Cabeça
- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- (☒) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial
- Alexandro Paulino de S. Rios*
COREN-PB 223.352

Assinatura e carimbo do profissional



OME:	ALEXANDRO PAULINO DA SILVA	PRONTUÁRIO:	978								
DE:	38	SEXO:	M	F	P	A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

SINOS CLÍNICOS:

Trauma musculoesquelético

SERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Radiografia de punho AP e perfil

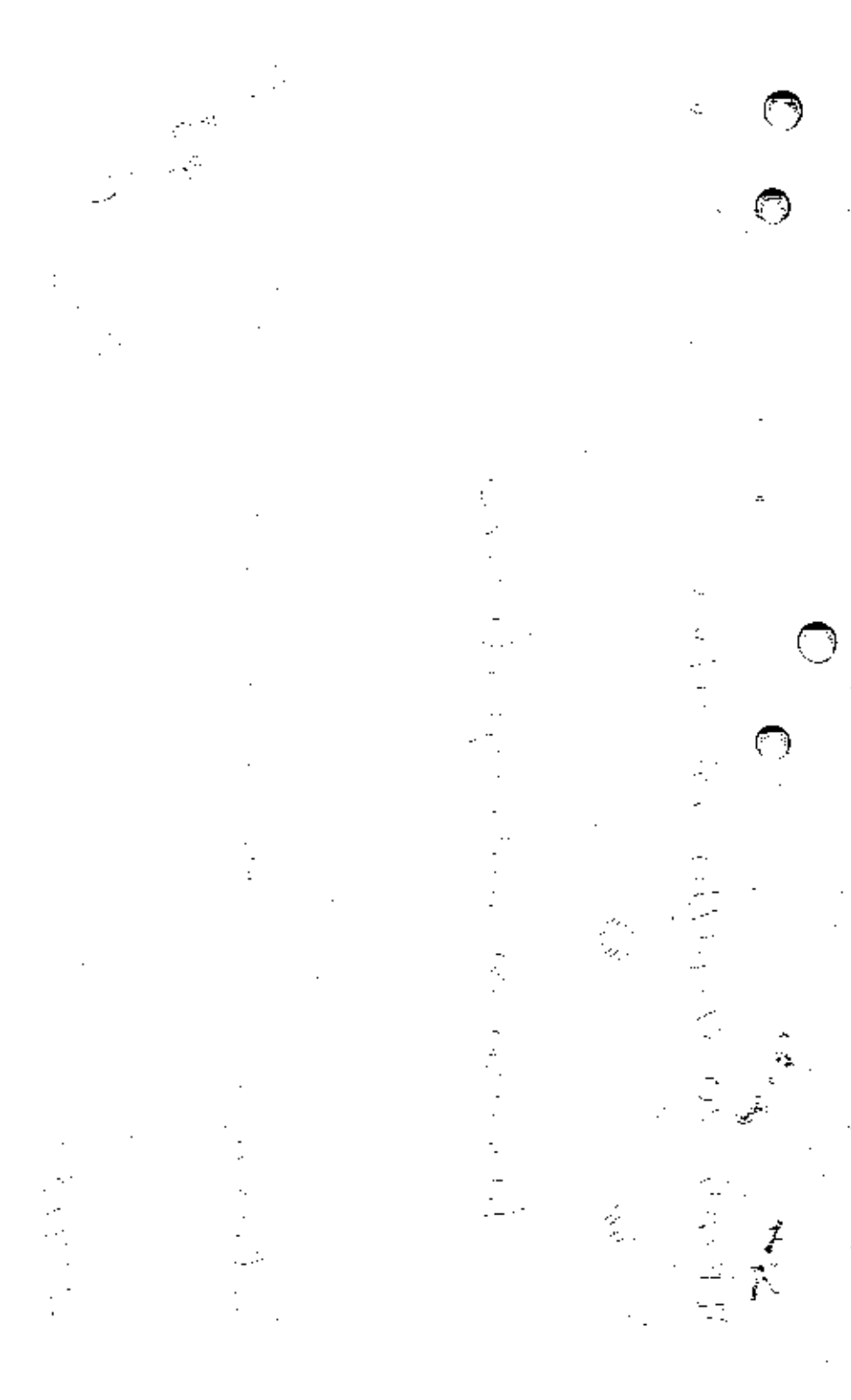
HORA DA SOLICITAÇÃO:

ROTINA:

HORA:

26/04/19

Dr. Jartias Fonseca
CRM-PB 10007 (CRM-PB 2007)
26/04/19
REALIZADO



Data da Internação: 26/04/2019 Hora: 12:36:48

 SUS 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 ALEXANDRO PAULINO DA SILVA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1883440
7 - CARTÃO DO SUS 708701101497096	8 - DATA DE NASCIMENTO 16/07/1980
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO CACHEIRO, 0, ZONA RURAL	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400
15 - UF PB	16 - CEP 58400002

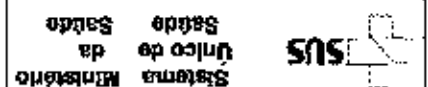
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doença crônica, com 140...</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>...</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>...</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>...</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>...</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>...</i>	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>...</i>

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>...</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>...</i>	
26 - CLÍNICA <i>...</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 203834510720009
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE BRUNO DA COSTA LIMA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/04/2019	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº 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 ☐ INDETERMINADO			

AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF	47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Data de Internação: 26/04/2019 Hora: 12:36:48



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

7 - CARTÃO DO SUS

708701101497096

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEIÇÃO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

SÍTIO CACHIEIRO, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vir de fratura costal no
lado @. Perímetro
se altera ~

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trauma de tórax
Pneumonia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Pneumonia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de tórax

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção por fratura costal

26 - CLÍNICA

02

27 - CARACTER DE INTERNAÇÃO

(X) CNS () CPF

28 - DOCUMENTO

203834510720009

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

BRUNO DA COSTA LIMA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/04/2019

32 - ASSINATURA E CARTÃO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

Sr(a): ALEXANDRO PAULINO DA SILVA Protocolo: 0000463136 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ Data: 26-04-2019 15:55 Origem: AREA VERDE
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 38 anos Destino: GERAL

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 26/04/2019 15:50]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referências
Eritrócitos.....	4.20 milhões/mm ³	4.2 a 5.3 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,0 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	39,0 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	93 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,3 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	10.400 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Leucócitos.....			
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	312	
Segmentados.....	77,0	8.008	40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	17,0	1.768	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	312	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	275.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

(OBSERVAÇÕES)..... Contagens revisadas e confirmadas.

Revisado: JAMES TOSTA

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA


Ana Claudia Barroso
 Biomédica
 CRBM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B52B-24B1-E98F-A1CE-8B66-5EFE-63AA-10E1



Sr(a): ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

Protocolo: 0000463136

RG: NÃO INFORMADO

Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ

Data: 26-04-2019 15:55

Origem: AREA VERDE

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Idade: 38 anos

Destino: GERAL

URÉIA

[DATA DA COLETA: 26/04/2019 15:53]

Resultado..... 32 mg/dL

VALOR DE REFERENCIA
17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO WIENER, METROLAB 2300

CREATININA

[DATA DA COLETA: 26/04/2019 15:53]

Resultado..... 1,1 mg/dL

Homens:
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
18 a 60 anos.....: 0,20 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:
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
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: B110-6197-1360-28F6-FCDS-B044-A2A4-B421

Sr(a):	ALEXANDRO PAULINO DA SILVA	Protocolo:	0000463136	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	EULER FABRICIO A. CRUZ	Data:	26-04-2019 15:55	Origem:	AREA VERDE
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	38 anos	Destino:	GERAL

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'33''

[DATA DA COLETA: 26/04/2019 15:54]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO..... 6' 205''

[DATA DA COLETA: 26/04/2019 15:54]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS


Ana Cláudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7358-E880-E8C8-4637-6B25-1F1A-DA63-E2F1

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

02/05/19

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandre Paulino da Silva Registró: Leito: 30-2 Setor Atual: ort

2 AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

* Realizada cirurgia

3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

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

() VMNI () 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 da 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 () Cíeio.

Pele: (☒) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
 Tempo de enchimento capilar: (☒) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()
 Drogas vasoativas: () Quais?
 Ausculta cardíaca: (☒) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção 29/04/19
 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

Paciente foi encaminhado hoje para o centro
 educacional, onde está sendo realizado o procedimento
 segundo o protocolo, segue as orientações da equipe.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Thayse Torres M. de Oliveira

ENFERMEIRA

COREN-PP 500.322

DATA 02/05/2019

HORA: 13:00



Sistema Único de Saúde



GOVERNO DA PARAIBA

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 | 2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE:

Alexandro

ENDEREÇO:

BAIRRO:

Identidade:

Idade:

PRONTUÁRIO:

Nº

TIPO DO ATENDIMENTO:

Nº DA SOLICITAÇÃO:

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Dr. Paulo Roberto P

Campina Grande - PB 01/05/2019

Médico:

REALIZADO
02/05/2019

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Alexandro Paulina de Silva</i>	Idade: <i>38</i>
Convênio: <i>SUS</i>	Data: <i>02/05/19</i>
Procedimento: <i>Fratura rádio distal E</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Eldemir</i>	Auxiliar: <i></i>
	Anestesista: <i>Dr. Ana Dulce</i>
Início: <i>10:10</i>	Término: <i>10:35</i>
	Anestesia: <i>Geral</i>

[illegible][illegible]

Observações:

culpa do RPA no 12h

Assinatura Anestesista

Circulante

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, Dispnéia = 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

Assinatura do anestesista



ALBERTO ALBERTI



2714896 DATA 02-08-1980

NOME ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

FILIAÇÃO José Aprígio Domingos Filho
Rita Anália Alexandrina da Con-
ceição.

NACIONALIDADE Juarez Távora-PB DATA DE NASCIMENTO 16-07-1980

DOC. ORIGEM Cert. Nasc. 4.223-Fls. 92-V-Liv. 05
A-Cart. de Juarez Távora-PB

SINCRONIZADO

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29.08.83

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

Nº de inscrição

041606444-22

Data do Nascimento

18/07/80





ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

FUNÇÃO

PAULO NEMINO DE FARIAS
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

ATERNAÇÃO

ALAGOA NOVA-PB

Nº

3408230 - 05PIPB

DECLARAÇÃO DE DÍVIDAS E TÍTULOS
NÃO DECLARADO

DATA DE VALIDADE

01/08/2009

002.817.124-00

VIA EXPEDIENTE

01 06/07/2018

PAULO NEMINO DE FARIAS
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO
25870



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14830418

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 1º da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Israel de Souza Farias



APRESENTAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - RN
0002/17/72007

Nº 6418261830
85573040800

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 93983117

NOME/ENDEREÇO
FRANCISCO CRISPINO DA SILVA JUNIOR
R 1 DE MAIO, 500
CENTRO
59.215-020 NOVA CRUZ/RN

CPF/CNPJ 970.253.484-85 PLACA MYV7976

NOME INTERIOR
DR. PÉDRO PEDRO E SERVIÇOS LTDA

PLACA ANT./V. MYV7976/RN CHASSI 902JC38780041153

ESPECÍFICO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/OUTRO APLICADO COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2008

CAP./ROT./CIL. 8CV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR/PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
ALIEQUAÇÃO FIDUCIÁRIA EM FAVOR DE: 45.441.709/0001-54
CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA
MOTOR: JC38780041153

DATA 31/10/2007

Alencar

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644213 **Cidade:** Juarez Távara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA **Data do acidente:** 26/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/20/21/26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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 MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404653/19

Vítima: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

CPF: 041.606.444-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/04/2019

Titular do CPF: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

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

ALEXANDRO PAULINO DA SILVA : 041.606.444-22

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: 19/11/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO