



Número: **0802297-93.2019.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **28/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXANDRO PAULINO DA SILVA (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36960321	23/11/2020 10:52	<a href="#">Petição</a>	Petição
36960326	23/11/2020 10:52	<a href="#">2704261_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
36960338	23/11/2020 10:52	<a href="#">2704261_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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,

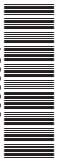
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15132205

Pag. 00107/00108 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030054





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 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](http://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 Coxim Número: A/N Complemento: -  
Bairro: Área Rural Cidade: Juazeiro Tórre Estado: PB CEP: 58387-000  
e-mail: israel@anadiv@gmail.com Tel.(DDD) (83) 336338673

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

#### REDA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATE R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATE R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATE 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)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 elevação do crédito, quitação total.

#### 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 (assinale 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 contestação, 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 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: Juazeiro Tórre - PB 04/33/2013

Nome: Alexandre Paulino da Silva

CPF: 043606444-22

\* Sismom de 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 Bassenera da Silva Junior

CPF: 078.243.589-86

Assinatura

2ª Nome: João Marcos da Silva Brito

CPF: 120.641.765-11

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.

FP5.001 V001/2018





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 - Catolê - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000245/19

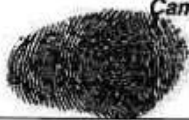
### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

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 BPTan 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  
Mat. 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: Juazeiro Tórre Estado: PB CEP: 58387-000  
e-mail: israel@anadiv@gmail.com Tel.(DDD) (83) 336338673

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

#### DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ 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)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 elevação do crédito, quitação total.

#### 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 (assinale 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 contestação, 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 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: Juazeiro Tórre - PB 04/33/2019

Nome: Alexandre Paulino da Silva

CPF: 043606444-22

\* Sismom de 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 Bassenera da Silva Junior  
CPF: 078.243.589-86

Francisco Bassenera da Silva Junior  
Assinatura

2ª Nome: João Marcos da Silva Brito  
CPF: 120.641.765-11

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.

FP5.001 V001/2018







16/04/2019

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 Lima

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

DA SILVA

Endereço: SÍTIO CACHEIRO

Sexo: M

Telefone:

Idade: 038

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Campina Grande

RG: 2714896

Nº: 0

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA

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:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID: Trauma musculoesquelético.

10.1.1.148/projetohctg/impreurgencia.php?contar=1883416

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - I DS CLÍN

Paciente vítima de trauma por queda de moto, dió, colisão no to-moto frontal. Mago, ingesta alcoólica, pinda de consciência e vômitos e vômitos. Refere não ter utilizado capacete. No momento queixa-se apenas de dor que pulso esquerdo. Ao exam: BE, consciente e orientado. AR: MUE em AHT, SIDA; ACU: RCR em 21, 5/s; Abdom: Plano simétrico, normotense, depressível e indolor; Extremida- des: Edema em pulso. Pulsos cheios e simétricos.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (A) 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:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1 Alta da cirurgia geral.

2 Dipirona (500mg/ml) - 01 ang, EV, q 6h. J.B.P

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jarbas Fonseca

Cirurgião Geral

CRM-PB 10302 / 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

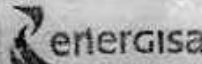
---

---

Nr. da Autenticação 01C2A268606E27AD



ALBINO DA SILVA  
ST. CAETANO, 300 - JARDIM PAZ  
JUAZEIRO DO NORTE/CE - CEP: 63.091-005



Ligação MONOFÁSICA  
CIVIL: RUA MTZ 801 RURAL - AGRICULTURA RURAL  
Roteiro: 11-41-882-3345 Referência: Abr/2019  
Medidor: 0000850452 Emissão: 17/04/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R-200, Km 25 - Supermercado João Pessoa/PS - CEP: 50711-000  
CNPJ: 09.085.107/0001-40 Ins. Est. ME: 01.000.000

Nota Fiscal de Energia Elétrica Nº 022.817.162  
Cód. para fins de autuação: 900-004817

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

Conta referente a: Apresentação: 17/04/2019 Data prevista da próxima leitura: 17/05/2019 CPE/CMR/RAN: 041.806.444-22

Endereço Comercial: 8/1694887-3

Carimbo de validade

Declaração de Qualidade Anual de Serviço  
Conforme previsto na Lei 12.067 de 29 de julho de 2009, informamos a qualidade dos serviços referentes aos fornecimentos de energia elétrica desta unidade consumidora, avaliada no ano de 2018 e nos meses anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação de cumprimento das atribuições do consumidor, as avaliações dos fornecedores realizadas nos meses de março a junho de 2019 e de julho a setembro de 2019.  
A qualidade dos serviços é avaliada em uma escala de 0 a 100, sendo 100 a melhor e 0 a pior.  
Fornecedor: Energisa - Distribuidora de Energia S/A  
acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 17/04/19	Letura: 3081	Data: 17/04/19	Letura: 3014	1
Domestico				
CC: Descrição	Quantidade	Unidade	Valor	Unidade
0001 Consumo em kWh	66,73	kWh	0,00	0,00
0010 Taxa de Distribuição	0,00	0,00	0,00	0,00
LAVANDERIAS E SERVIÇOS				
0004 JÚRIS DE MORA EXATOS	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 JÚRIS DE MORA EXATOS	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 MULTA EXATOS	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 MULTA EXATOS	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA EXATOS	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA EXATOS	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 Devisão Subsidio	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação de Est. TOTAL: 24,66 0,00 0,00 22,25 0,34 1,81  
Tabela de Tarifas: 8/000000

25/04/2019 R\$ 24,66

RESERVADO AO FISCO

6f67.d08d.0987.63c5.07cb.7a2d.99e3.7513

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Indicador	Limite	Atualizado	Limite de Tensão (V)	Classificação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	11,45	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia (PD)	7,53	30,54
DC TRIMESTRAL	22,90	0,00	CONTRATADA	Carregamento de Energia	10,73	43,11
PC MENSAL	11,45	0,00	LIMITE APROXIMADO	Serviços de Transmissão	1,17	4,74
PC TRIMESTRAL	22,90	0,00	LIMITE APROXIMADO	Serviços de Distribuição	1,78	7,22
PC MENSAL	11,45	0,00	LIMITE APROXIMADO	Impostos, Oribitos e Serviços	3,45	13,99
PC TRIMESTRAL	22,90	0,00	LIMITE APROXIMADO	Outros Serviços	0,00	0,00
PC MENSAL	11,45	0,00	LIMITE APROXIMADO	Total	24,66	100,00









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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> 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 Invalidez 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 DAGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA

Número: 65

Complemento: —

Bairro: OLHO DAGUA

Cidade: ALAGOA NOVA

Estado: PB

CEP: 58125-000

E-mail: [israelariasadv@gmail.com](mailto:israelariasadv@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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:52:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310520778800000035275240>

Número do documento: 20112310520778800000035275240

Num. 36960326 - Pág. 12

### DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradonalider.com.br](http://www.seguradonalider.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

Eu, Francisco Cassimiro da Silva Junior  
RG nº 3257274, data de expedição     /    /    ,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 078.253.484-86,  
com domicílio na cidade de Juarez Távora, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Francisco Luiz nº 1057  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

\_\_\_\_\_  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Alexandre Paulino de Silva, cujo o condutor era

Alexandro Paulino de Silva

Veículo: Moto Modelo: Honda/CG 125 Fan Ano: 2007/2008

Placa: MYV 7976 Chassi: 9C2 8C 307 08 R041 153

Data do Acidente: 26/04/2019

Local e Data: Juarez Torón-PB- 04/11 / 2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE JUAZ TÁVORA - PB  
Av. Adalberto Pereira de Melo - 816 - Centro - Juazeiro Távora - PB  
E-mail: cartoriocivil@regcivil.pb.gov.br

**RECONHECIMENTO**

Reconheço a (s) firma (s) de Francisco Gasminir da Silva Junior

Como: Sinal Público ☒ Autenticidade ☐ Semelhança ☐

Juazeiro Távora, PB 04.11.2019 [Assinatura]

SELO NORMAL  
SELO DIGITAL Nº AJ334352-Mx47

Consulte a autenticidade <https://selodigital.igb.jus.br>

**Cartório do Reg. Civil**  
**Ivone Alves M. Melo e Melo**  
**ESCRITVA**  
**JUAZ TÁVORA - PB**





03/05/2019

HPM-Painel Administrativo



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

Clinica: 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	Apazamento
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	
4	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 Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo  
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8326



03/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 03/05/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

NOME : Wagner Luiz Fgito De Araujo



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 FÍSICO + 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:

Anestesiista:

Medicamentos:

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA 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 MÉDICO, CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRÊNCIAS RETORNAR

Dietas:

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

<http://projetohtcg/impressumocalta.php?contar=1883440>

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:52:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310520778800000035275240>

Número do documento: 20112310520778800000035275240

Num. 36960326 - Pág. 15

---

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  
MR. ORTOPEDIA - Tit. 110106  
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: \_\_\_\_\_ 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: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Ou

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 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 ( ) Hipócorada ( ) 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: 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 ( ) Hipócorada ( ) 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: 01/05/19 HORA: 10:35  
Janetela S. Cruz Gondim  
ENFERMEIRA  
COREN-PB 508.860

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





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 PSICOBIOLÓGICAS

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 ( ) 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipócorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: ( ) $\leq 3$ segundos; ( ) $> 3$ segundos. ( ) Turgência jugular: ( )
Drogas vasoativas: ( ) Quais?
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>H57</u> Data da punção <u>29/04/19</u>
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há <u>  </u> dias ( ) Outros:
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito <u>  </u> ml/h;
Aspecto: ( ) Outros: Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomias ( ) Escoriações ( ) Outro:
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
<b>CUIDADO CORPORAL</b>
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:
<b>SONO E REPOUSO</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:
<b>AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:
<b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>
<u>Paciente com fratura de radius (E), segue aos cuidados da enfermagem.</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Janeir de Abreu M. Aires</u> DATA: <u>30/04/19</u> HORA: <u>  </u>
COREN-PB 268.555-ENF

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandre Paulino

Registro:

Leito: 10-2

Setor Atual: 01/01

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: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Ou

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 ( ) Cheio.





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: MS D 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: 26/04  
 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: ☒ Umidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )  
 Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: 26/04

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 26/04  
 Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: 26/04

#### 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  
 ENFERMEIRA  
 COREN PB 508.960

DATA: 29/04/19

HORA: 9:00

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



02/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 02/05/2019

Horas: 10:32:00

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

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	<del>14</del> <del>24</del>
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h OD/2D Diluir em 50 ML SF	<del>12</del> <del>18</del>
4	JELCO SALINIZADO	
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	<del>14</del> <del>18</del> <del>24</del> <del>06</del>
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	<del>14</del> <del>22</del> <del>06</del>
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	CURATIVOS	

CRIM-PS. SOB. 15071/13002  
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  
melhorar segun aos  
cuidados de enfer-  
magem.

Jucileia dos Santos Silva  
COREN-PB 958.700-TE

02.05.2019

20:15

PA: 120 x 70 mmHg

T: 37°C

Paciente estável sem intercorrências  
até o momento. H.E.P. H segue  
aos cuidados do Equipe.

Jaci Ferreira Lima  
Técnico de Enfermagem  
COREN 820035





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 1 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, 01AMPOLA, 6h/6h	<del>1x/6h 3x/6h</del>
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1AMPOLA, 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 Araujo

Dr. 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 00:00h.

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 medicado

aguarda cirurgia  
e segue as  
cuidados de enfermeira.

Jucilene dos Santos Silva  
COREN-PR 956.700-TE

DATA - 01 - 05 - 19

HORA - 20:00

P.A - 110 x 70

Paciente medicado  
e continua aos cuidados  
de enfermeira.

Jucilene dos Santos Silva  
COREN-PR 956.700-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

Clinica: 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, 01AMPOLA, 6h/6h	<del>X218</del> <del>2X06</del>
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

## E. OLUCÃO

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

RA + CARIMBO  
z Egito De Araujo





30/04/19 10:00hs Paciente aguarda procedimento cirurgico,  
P.A 120x80 medicado e.p.m, segue as evoluções da  
enfermagem.

Débora  
Débora Silva Lima  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 602532

30  
04  
19

22 hs PA: 100x60 Tio: Monalisa  
Monalisa Fortunato Soares  
COREN-PB 843.811 - TF



29/04/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Clinica: 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, 01 AMPOLA, 6h/6h	<del>12 18 24 06</del>
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1 AMPOLA, 12h/12h	<del>5N</del>
	SE NECESSARIO	
	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  
desselecado,  
aguarda cirurgia  
e segue aos  
cuidados da enfermagem.



DATA - 29.04.19

HORA - 20:00

P.A. - 100 x 70

Paciente medicado  
e continua aos  
cuidados da enfer-  
magem.

Jucilene dos Santos Silva  
COREN-PB 958.700-TE



28/04/2019

HPM-Painel Administrativo



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    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
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  
P.A. - 120/80

15:40 horas  
Paciente, evolui sem  
febre, as curadas  
de enfite.

Josane Cristiane Albuquerque  
COREN-PB 174338-TE

28/04. 20:00h. P.A.: 110x70. Paciente evolui correntes,  
orientado, não refere queixas.

*Julia*





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Abraão Paulo</i>				IDADE	SEXO	COR
DATA <i>21/5</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	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>frat novo total</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>ne = 500f</i>				INDUÇÃO			
LÍQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
CÓDIGOS O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					MANUTENÇÃO			
					<i>ketalar 2uf</i> <i>decadur</i> <i>diprino 3</i> <i>uf solna 2</i> <i>triple 1</i> <i>P2 paul 2uf</i> ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? <i>drum ox.</i>			
VP. ARTERIAL AX - A.					DESPERTAR			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					Reflexos na SO: _____			
					Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
CONDICÕES:					Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____			
POSICÃO								
AGENTES								
TÉCNICA <i>reol ou</i>					CÂNULAS			
OPERAÇÃO <i>reol cr cl fup</i>					<i>frat novo</i>			
CIRURGIÕES <i>Elderson</i>								
ANESTESISTAS <i>de João de Almeida</i>								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:52:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310520778800000035275240

Número do documento: 20112310520778800000035275240

Num. 36960326 - Pág. 33

## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:					
Alexandro Raulino da Silva - DN: 16.07.1980					
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
		SUS	38 anos	1883416	
CIRURGIA	Trat. Cirurgico Pratero radiu distal esquerdo		CIRURGIÃO	Dr. Sudiman, MR. Everslan	
ANESTESIA	Gaseel		ANESTESISTA	Dr. Ama Duclce	
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM		
Anchi	02-05-19	10:30	10:35		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande Pacote		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	
	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.	Esparrapado Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H <sub>2</sub> O, ml		Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrיום amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas Procedimento			
	Glicose amp.	Oxigenio l/m SL			
	Glucon de Calcio 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	
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml	Qtd.	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica	L	FIO Kestner 2.0mm	
	Propobol	Sonda Uretral nº			
	Dormohid	Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	Eletron des			
	Agulha p/ raque nº	Escover			
Qtd.	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
Qtd.	Ataduras de Crepon 3ocw				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
			EQUIPAMENTOS		
			(x) Oxímetro de Pulso	(x) Foco Auxiliar Contra	
			( ) Serra	( ) Eletrocautério	
			( ) Desfibrilador	( ) Oxiciapiógrafo	
			( ) Foco Frontal	(x) Cardiomonitor	
			( ) Fonte de Luz	( ) Perfurador Elétrico	
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					

MOD 056





Num. 36960326 - Pág. 35

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
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	2x 18 2x 18
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

com o mesmo teor. Suelio Moreira Torres  
520125



26/04/2019

HTCG-Painel Administrativo

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

Clinica: AMARELA Enfermaria: **6** Leito: **2** Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL

DIA 26/04/2019

MÉDICO(A): Bruno da Costa Lima /

Extra 2

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA	C+
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 01FRASCO, 24h/24h (ADM AS 8h)	10 28
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 ANTISSEPSE

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 - PR 0000







26/04/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAÍBA  
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 Lima

PACIENTE: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

CEP:58400002 Nascimento:16/07/1980

Endereço: SÍTIO 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 Atendimento: 26/04/2019 CNS: 708701101497096

Estado Civil: União Estável Hora: 11:49:48 CONVÊNIO: SUS

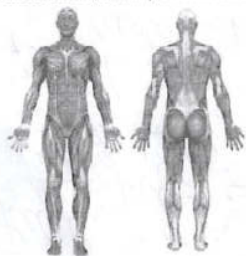
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Especialidade:

Médico: CRM:

## 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. Cortisus
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. Ingurgitamento 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. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

## QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID: Trauma musculoesquelético

## EXAME PRIMÁRIO - E DS CLÍN S

Paciente vítima de Trauma por queda de moto, disse, colisão no  
to-moto frontal. Usga ingestão alcoólica, perda de consciência  
e vômitos e vômitos. Refere não ter utilizado capacete.  
No momento queixa-se apenas de dor que pulso esquerdo.  
Ao exame: REG: consciente e orientado.  
AR: MVE em AIT, SIDA; ACU: RCR em RT, S/S. Abdome: Plano  
simétrico, normotenso, depressível e indolor. Extremida-  
des: Edema em pulso. Pulsos cheios e simétricos.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

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  
CIRURGIÃO GERAL  
CRM-PB 10302 / CRM-PE 23727

http://htcg/impreurgencia.php?contar=1883416

1/2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:52:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310520778800000035275240

Número do documento: 20112310520778800000035275240

Num. 36960326 - Pág. 41

26/04/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ortopedico  
Receto vtro de fare col  
res pto  
Pelo vtro  
da deff normal  
Fract. inf. de  
lado dnt  
condut: Interg. pa. trab  
cur

CRM: 5279 PB  
CRM: 17962 PE

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

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

*X Simonildo L. Silva*  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

### Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Alexandro Paulino de S. Rêo</u>	Bairro: <u>Puente Novo</u>
End: <u>Sítio Boqueiro</u>	
Data de Nascimento: <u>06.01.90</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>Acidose</u>	Data do Atend.: <u>26.04.19</u> Hora: <u>14:5</u> Documento:
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Trauma na Cabeça

### Estratificação

MOD. 110

- ☐ Vermelho - atendimento imediato  
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora  
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional









VERNO SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
PARAIBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ CARLOS ZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

PRONTUÁRIO:	978						
DE: 38	SEXO: M	COR: B	PESO: A	ALTURA: A	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Trauma musculoesquelético

EXAME A EXAMINAR:

METODOS SOLICITADOS:


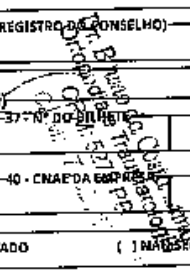
- Radiografia de punho AP e perfil

DATA:	26/04/19
ROTINA:	<input type="checkbox"/>
HORA DA SOLICITAÇÃO:	


Dr. Jaderes FONSECA  
Cirurgião Geral  
CRM-PB 10301 CRM-PE 23771



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

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>ALEXANDRO PAULINO DA SILVA</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1883440</b>	
7 - CARTÃO DO SUS <b>708701101497096</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>16/07/1980</b>	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO</b>	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>SITIO CACHEIRO, 0, ZONA RURAL</b>		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE <b>83</b>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>		14 - CDD - IBGE MUNICIPAL <b>250400</b>	
15 - UF <b>PB</b>		16 - CEP <b>58400002</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doença crônica, hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica.</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exames realizados em 26/04/2019.</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica.</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <b>I50.9</b>	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO <b>N60.0</b>		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <b>E66.9</b>	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento de insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica.</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>203834510720009</b>	
26 - CLÍNICA <b>02</b>		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	
28 - DOCUMENTO (X) CNE ( ) CPF <b>203834510720009</b>		29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>203834510720009</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>BRUNO DA COSTA LIMA</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>26/04/2019</b>	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO SINISTRO 38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) INSEGURADO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>/ /</b>		44 - COD. ORGÃO EMISSOR <b>/ /</b>	
45 - DOCUMENTO ( ) CNE ( ) CPF <b>/ /</b>		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>/ /</b>	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>/ /</b>	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>1883440</b>			



 <b>Sistema Nacional de Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <b>ALEXANDRO PAULINO DA SILVA</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1883440</b>	
7 - CARTÃO DO SUS <b>708701101497096</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>16/07/1980</b>	
9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		10 - TELEFONE DE CONTATO <b>83</b>	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>SITIO CACHEIRO, 0, ZONA RURAL</b>			
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>			
13 - CÓDIGO DE MUNICÍPIO <b>58400002</b>			
14 - UF <b>PB</b>			
15 - CEP <b>58400002</b>			
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="font-size: 1.2em;">Paciente com fratura costal no 1º costal à direita.</p> <p style="font-size: 1.2em;">Tratado com analgésico.</p> <p style="font-size: 1.2em;">Fracasso de medicação.</p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="font-size: 1.2em;">Tratado com medicação.</p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <p style="font-size: 1.2em;">Paciente.</p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <p style="font-size: 1.2em;">Fratura de costal.</p>			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <p style="font-size: 1.2em;">Intervenção cirúrgica.</p>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>02</b>	
26 - CLÍNICA <b>02</b>		27 - CARACTER DE INTERNAÇÃO <b>203834510720009</b>	
28 - DOCUMENTO (X) CNS <b>203834510720009</b>		29 - Nº DO DOCUMENTO (X) CNS <b>203834510720009</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>BRUNO DA COSTA LIMA</b>			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>26/04/2019</b>		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <p style="font-size: 1.2em;">[Assinatura]</p>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÁNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO		36 - CNPJ DA SEGURADORA <b>37 - Nº DO BOM</b>	
38 - SÉRIE <b>39 - CNPJ EMPRESA</b>		40 - CNES DA EMPRESA <b>41 - CDR</b>	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>44 - CDR, ORGÃO EMISSOR</b>		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>46 - Nº DO DOCUMENTO (X) CNS</b>	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>		49 - Nº DO DOCUMENTO (X) CNS <b>50 - Nº DO DOCUMENTO (X) CNS</b>	

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

HTCG-Painel Administrativo

26/04/2019







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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): 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]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.20 milhões/mm <sup>3</sup>	4.2 a 5.0 milhões/mm <sup>3</sup>
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 102.0 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

Leucócitos.....	10.400 /mm <sup>3</sup> (%)	(/mm <sup>3</sup> )	5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos.....	0	0	
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3.0	312	40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm <sup>3</sup>
Segmentados.....	77.0	8.008	0 a 6.0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0	0 a 2.0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	
Linfócitos.....	17.0	1.768	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm <sup>3</sup>
Típicos.....	0	0	
Atípicos ou Reativos.....	3.0	312	2.0 a 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
Monócitos.....	275.000 mm <sup>3</sup>		140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....			

(3) EFVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Microscópio: JAMES TOTTEN

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cláudia Barroso  
Biomédica  
CRBM - 5793

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





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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): ALEXANDRO PAULINO DA SILVA  
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000463136  
Data: 26-04-2019 15:55  
Idade: 38 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: AREA VERDE  
Destino: GERAL

URÉIA

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

Resultado..... 32 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

VALOR DE REFERENCIA  
17 a 43 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..... 0,90 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:  
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-FCD5-B044-A2A4-B421





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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a):	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 Claudia Barroso  
Biomédica  
CRBM - 5793

Emissão : 26/04/2019 16:24 - Página 3 de 3

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



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade





SETC	NOM	PROC	A	BANH	RETIR	ENCAI	TER	RES	ENFERM
------	-----	------	---	------	-------	-------	-----	-----	--------

GOVERNO  
DA PARAÍBA

URGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

02/05/19

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandre Paulino da Silva Registro: Leito: 10-2 Setor Atual: OUT

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:

\* Realizada cirurgia

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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 ( ) 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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







Pele: ( ☒ ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.  
Tempo de enchimento capilar: ( ☒ )  $\leq 3$  segundos; ( )  $>3$  segundos. ( ) Turgência jugular: ( )  
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )  
Ausculta cardíaca: ( ☒ ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
Cateter vascular: ( ☒ ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção: 29/07/19  
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  
de reabilitação, seguindo procedimento que considero  
orientado, supondo, segue as orientações da equipe.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 02/05/2019 HORA: 13:00  
Mayse Torres M. de Oliveira  
ENFERMEIRA  
COREN-PP 500.322

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





		Sistema Único de Saúde				GOVERNO DA PARAIBA		ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE	
<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>									
NÚMERO DO CADASTRO   2   3   6   2   8   5   6   1 - CPF   2   1   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: <b>Alexandro</b>			Idade:		Idade:				
ENDEREÇO:			PRONTUÁRIO:		PRONTUÁRIO:				
BAIRRO:			Nº						
TIPO DO ATENDIMENTO:		Nº DA SOLICITAÇÃO:							
DADOS CLÍNICOS:		MATERIAL A EXAMINAR:							
EXAMES SOLICITADOS:		de punho da mão p							
Campina Grande - PB 01/05/2019		Médico: <b>Antonio Bido</b>							
		ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA							





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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

---

Assinatura do anestesista







2714896 DATA DE EMISSÃO 02/07/80  
NOME ALEXANDRO PAULINO DA SILVA  
FILIAÇÃO José Aprígio Domingos Filho  
Rita Anália Alexandrina da Conceição.  
DATA DE NASCIMENTO 16-07-1980  
NACIONALIDADE Juarez Távora-PB  
Cert. Nasc. 4.223-Fls. 92-V-Liv. 01  
A-Cart. de Juarez Távora-PB  
ASSINATURA 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  
**16/07/80**









**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

DETRAN - RN Nº 6418261830  
0002777/2007 03570240000

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

PLACA: 939983117

NOME/ENDEREÇO:  
FRANCISCO CASSIMIRO DA SILVA JUNIOR  
R 1 DE MARÇO, 300  
CENTRO  
59.215-000 NOVA CRUZ/RN

C.F.R.G.: 970.253.484-86 PLACA: MYV7976

NOME ANTERIOR:  
BR. FOTO PÊRE E SERVIÇOS LTDA

PLACA ANTERIOR: MYV7976/RN CHASSI: 902JC38700R041153

ESPECÍFICO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/OUTRO APLICÁVEL COMBUSTÍVEL: GASOLINA

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

CAP./POT./CIL.: 80V/124 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: PRETA

OBSERVAÇÕES:  
ALIANÇA FIDUCIÁRIA EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54  
CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA  
MOTOR: JC38E70041153

DATA: 31/10/2007

**CONFIRMAR**

*Alexandre*



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190644213 **Cidade:** Juarez Távora **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](http://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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE/PB

Processo: 08022979320198150031

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALEXANDRO PAULINO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

#### DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br





Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ALAGOA GRANDE, 19 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

