Autorizacao de pagamento

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: .
CPF da Vítima: 062.905.484-33
Nome completo da vítima: GLEBERSON RAIA COSTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: GLEBERSON RAIA COSTA
CPF titular da conta: 062.905.484-33
Profissão: ARMAZENISTA
Endereço: PEDRO LEAO
Número: 21
Complemento:
Bairro: CATOLE
Cidade: CAMPINA GRANDE
Estado: PB
CEP: 58 410 133
Email: gadelhaviana@gmail.com
Telefone (DDD): (83) 993345632

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [ ] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [x] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[ ] BRADESCO (237) [ ] BANCO DO BRASIL (001) [ ] ITAÚ (341)
[ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. ____ DV ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. ____ DV ____ (Informar dígito se existir)

[x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: BANCO DO BRASIL NRO: 001
AGÊNCIA NRO. 5892 DV 0 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO 4.304 DV 4 (Informar dígito se existir)

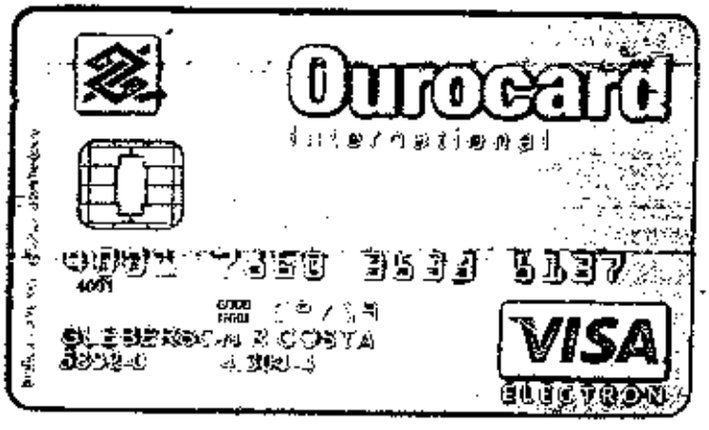
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande-PB, 25 de julho de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017


Ourocard
International
VISA
ELECTRON

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

Boletim de ocorrencia
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00229.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 19/05/2018 **Hora:** 11:07:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Em Frente Ao Fórum da Liberdade, Liberdade, Campina Grande, PB.
Ponto de referência: Próximo do Fórum Afonso Campos

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Gleberson Raia Costa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Rosana Raia Costa e Genetton Oliveira Costa
Idade: 30 **Data de Nascimento:** 06/09/1987 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino médio completo **Profissão:** Armazenista
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 062.905.484-33
Endereço: Rua Pedro Leão, 21, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Farmácia Dias
Telefone: (83) 99334-5632

TESTEMUNHA

Nome: Joelma de Lima Correia
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ana Araújo de Lima e José Severino de Lima
Idade: 51 **Data de Nascimento:** 08/01/1967 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: divorciado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Cabeleireira
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 886.185.364-15
Endereço: Rua Pedro Leão, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Ref: Perto da Farmácia Dias
Telefone: (83) 98831-5399

SEGURANÇA LIDER APART DP2 01-08-2018 16:54 499373 1/1

TESTEMUNHA

Nome: Joselita José Pessoa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Josefa Maria da Conceição e Severino José Pessoa
Idade: 47 **Data de Nascimento:** 10/08/1970 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Pilar
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Cozinheira
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: Não informado
Endereço: Rua Pedro Leão, 21, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Bar de Joãozinho
Telefone: (83) 99190-1907

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Shineray, modelo 1 13154, tipo de veículo Ciclomotor, cor vermelha, ano 2012, placa QFJ-3813, chassi LXYXCBL00C0547950, renavam 0113439481-8

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor Shineray, Ano/Modelo 2011/2012, cor vermelha, Placa QFJ-3813-PB, Chassi de Nº LXYXCBL00C0547950, licenciada em nome do comunicante Gleberson Raia Costa,quando trafegava em frente ao Fórum Afonso campos, bairro da Liberdade, momento em que a moto derapou na via, tendo o comunicante perdido o controle de direção da moto, vindo cair aos solo e sofrido fratura do Punho da mão direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 23 de julho de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

GLEBERSON RAIA COSTA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

Comprovacao de ato declaratorio

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 19/5/2018	**HORA:** 11:07 HS	**ID Nº:** 1696436	
NOME: GLEBERSON RAIA COSTA			
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO			
LOCAL: EM FRENTE AO FORUM - LIBERDADE			
COMPLEMENTO: NO GIRADOURO			
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB			
DADOS DA REMOÇÃO			
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma			

Campina Grande, 17 de julho de 2018.

Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

Declaracao de Inexistencia de IML

Seguradora LIDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
GLEBERSON RAIA COSTA	062.905.484-33	19/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

C. Grande-PB 25 de julho de 2018

Local e Data

Gleberson raia costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

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: 28/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEBERSON RAIA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05892-0

CONTA: 000000004304-4

Nr. da Autenticação 7A84481728F20768

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO

Eu, **JOSELITA PESSOA**, brasileira, solteira, cozinheira, com CPF de n.º 886.074.884-49 e de RG de n.º 2.832.803 2.º via SSP/PB, residente na Rua Pedro leão, 21 F, bairro do Catolé, CEP: 53410 133 em Campina Grande - PB, declaro para devidos fins de comprovação de Residência, que o **Sr. GLEBERSON RAIA COSTA**, brasileiro, solteiro, armazenista, com CPF de n.º 062.905.484-33 e de RG de n.º 3133132 SSP/PB, reside no endereço acima citado, por ser morador e inquilino do imóvel, desde o ano 2015, conforme comprovante de residência em anexo.

Campina Grande – PB, dia 25 de julho de 2018.

Joselita Pessoa

JOSELITA PESSOA
CPF de n.º 886.074.884-49

Rua Felciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP 58 015-531 CNPJ [illegible]

JOSE [illegible] PESSOA
RUA PEDRO [illegible] CATOLE CAMPINA GRANDE [illegible]

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
[illegible]	[illegible]	1	[illegible]

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
[illegible]	[illegible] 2012	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

VENCIMENTO: 28/07/2018 Total a Pagar: R$ 0,94

[illegible] USADO EM 30/06/2018. REGISTRANDO QUE [illegible]
[illegible] COMPARECE AO [illegible]
[illegible]

Comprovante de residencia

PROL

Pablo

OUTBACK

PABLO GADELHA
RUA FRONTIN
CATOLE
58410 457 CAMPINA GRANDE PB

Vencimento
05/07/2018

Seguradora LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445

Declaracao Circular SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu PABLO GADELHA VIANA inscrito (a) no CPF/CNPJ 048822 044, 39 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GLEBERSON RAIA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.905.484, 33, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GLEBERSON RAIA COSTA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.905484, 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 2.500,00 e apresento os documentos comprobatórios:

INSCRIÇÃO DA OAB/PB 15.833

☐ 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: RUA FREI TITO		Número: 63	Complemento:
Bairro: CATOLÉ	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB	CEP: 58 410 457
Email: gadelhaviana@gmail.com		Telefone comercial(DDD): (83) 988939327	Telefone celular (DDD): (83) 3063 6603

C. Grande-PB 25 de julho de 2018

Local e Data

OAB/PB 15.833

Declaracao do proprietario do veici

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GLEBERSON RAIA COSTA,

RG nº 3133132, data de expedição 20/07/2003 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.905.484-33, com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) PEDRO LEÃO, BAIRRO DO CATOLÉ, nº 21, 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 GLEBERSON RAIA COSTA cujo o condutor era GLEBERSON RAIA COSTA.

Veículo: SHINERAY, mod. 113154, tipo veiculo ciclomotor
Modelo: 2012 modelo 113154
Ano: 2011
Placa: QFJ 3813/PB
Chassi: LXYXCBL00C0547950
Data do Acidente: 19/05/2018
Local e Data: C. Grande - PB, dia 25 de julho 2018

Assinatura do Declarante

4º CARTÓRIO FECHINE

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

FECHINE SERVIÇO NOTARIAL 4º OFÍCIO
Antonio Hamilton Fechine Bantas - Tabelião
Sarah da Silva Fechine - Tabelã
Rua Marquês de Herval, 58 - Centro - CEP 58400-087 - Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3321-3002 - fechinecartorio@gmail.com
LEGALIDADE E SEGURANÇA JURÍDICA
RECONHECIMENTO DE FIRMAS - CÓPIAS AUTENTICADAS - DIVÓRCIO - TESTAMENTO - INVENTÁRIO - ATOS NOTARIAIS
Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
GLEBERSON RAIA COSTA
Em test.da verdade.-Campina Grande-PB 25/07/2018 16:04:54
Matheus de Paula Aires de Oliveira - Escrevente
[2018-017711]EMOL:R$ 9,48 FARPEN:R$ 0,28 FEPJ:R$ 1,90 ISSQN:
SELO DIGITAL: AAE90490-OCYV
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

FECHINE SERVIÇOS NOTARIAIS
Matheus de Paula Aires de Oliveira
Rua Marquês de Herval, 58 - Centro
FONE: (83) 3321-3002
Escrevente

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1657514 **CLASS. DE RISCO:** [redacted]

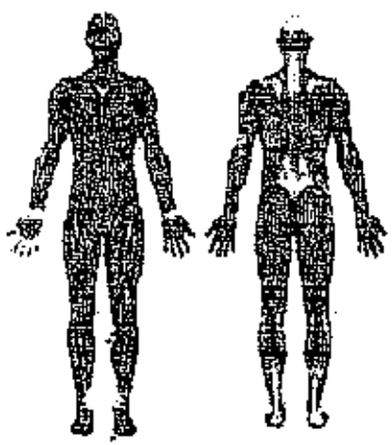
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. CEP: 58432-809 Data: 19/05/2
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Ligiana Veronica Silva Coutinho

PACIENTE: GLEBERSON COSTA RAIA	CEP:58400002	Nascimento:06/09/1986
Endereço:PEDRO LEAL	Sexo:M	Telefone: 91587844
Cidade: Campina Grande	Idade:031	Bairro:CATOLE
Nome da Mãe:	RG:	Nº:21
Responsável:	CPF:	Profissão:CARREGADOR
Estado Civil:Solteiro(a)	Data de Atend:19/05/2018	CNS:3265985236
Motivo: ACIDENTE DE MOTO	Hora: 11:50:49	CONVÊNIO:SUS
Médico:	CRM:	Especialidade:

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. Enfisêma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
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 tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
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: Politrauma

Documentação médico – hospitalar

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente trazido pelo SAMU com colar cervical, maca longa, imobilizado, vítima de acidente de colisão moto-muro, sem capacete, lesões (C), com presença de escoriações em face, edema em região periorbital (D). Médico que fez reanimação fez relato de administração de 1000 ml de 0,9%.

ALERGIA: ?

MEDICAMENTOS: ?

PATOLOGIAS: ?

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 19/5/2018

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 6 PA 130x60 HGT: _____ SatO2 _____

(A) = Vias aéreas pérvias (TOT)
(B) = Boa ventilação
(C) = Pulsos ⊕ eutímicos
(D) = Pupilas isocóricas e fotorreagentes
(E) = Escoriações em face e região periorbital

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais
( ) Gasometria arterial
( ) Tomografia Computadorizada
(X) Ultrassonografia: FAST
(X) Radiografias: cervical, tórax e pelve
( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCR / _____ às 12:18 Dia 19/05/18
Especialista: _____ / BNF às 18:20 Dia 19/05/18

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Mirtazolan 2ml + Fentanil	
2	2ml + Rocuro 5mg +	
3		
4		
5		
6		

Realizada em 19/05/18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Sebastião Maria da S. Filho
MÉDICO
CRM-PB 8502

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 22/05/18

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

18/5/2018 # Ncr
às 12h37

Vítima de politrauma por acidente com motocicleta evoluindo com rebaixamento de consciência.
Ao exame:
Sedado, intubado
Ramsay 06
Pupilas isocóricas e fotorreagentes
TCE sem anormalidades intracranianas que necessitem de tratamento cirúrgico
Rx col cervical (cate C6): s/ fratura.

CD: estabilização clínica na Vermelho. Retirar colar.

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

( )Centro cirúrgico _____

( )Internação (setor) _____

( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

( )Alta hospitalar / ( )A revelia / ( )Decisão Médica

( )Óbito

Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

Cirurgia Geral

Pcte com quadro de R.N.C. FCG: 6, sem indicação cirúrgica pela Cirurgia Geral no momento.

CD: Alta da Cirurgia Geral

Dr. Sebastião Nunes de S. Filho
MÉDICO
CRM-PE 6572

18/5/2018 # Ncr
às 15h30

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome: Clebenson Costa	Registro:	Leito: Ext 01	Setor Atual: UTI II

2- AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 130x90 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOPATOLÓGICAS

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 ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) 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 cmH_2O

(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 PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS 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: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: (X) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) 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

Liliane C. de Oliveira e Mota
COREN-PB 337474-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 30/05/18 HORA: ___ h

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

DA PARADA | TRAUMA DE CAMPINA GRANDE | Enfermaria: Extra | Leito: 01

Paciente: Deborzem Costa Raja

1	Constipação	Diuréticos ( )	Desidratação ( )	Estresse ( )	Outro ( )	Abdome distendido ( )	Dor à evacuação	Outro ( )			
		Hábitos de evacuação irregulares ( )	Lesão neurológica ( )			Anorexia ( )	Dor abdominal ( )				
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ( )	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )			Cavidade bucal ferida ( )	Diarréia ( )	Outro ( )			
		Fatores psicológicos ( )	Outro ( )			Dor abdominal ( )	Mucosas pálidas ( )				
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( )	Dor ( )	Fraqueza ( )	Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( )	Outro ( )				
		Ansiedade ( )				Incapacidade de lavar o corpo ( )					
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )				Alterações na pressão sanguínea ( )	Outro ( )				
		Outros ( )				Relato verbal de dor ( )					
5	Hipertermia	Anestesia ( )	Desidratação ( )	Trauma ( )	Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )					
		Aumento da taxa metabólica ( )				Taquicardia ( )	Taquipnéia ( )	Outro ( )			
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( )	Circulação prejudicada ( )			Destruição de camadas da pele ( )	Invasão de estruturas do corpo ( )				
		Hipotermia ( )	Imobilização física ( )	Outro ( )		Rompimento da superfície da pele ( )	Outro ( )				
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ( )	Desconforto ( )	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ( )	Dispnéia ao esforço ( )	Outro			
		Prejuízos músculo esquelético ( )	Desuso ( )	Outro ( )		Movimentos descontrolados ( )					
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( )	Dor ( )	Fadiga ( )	Obesidade ( )	Outro ( )	Alterações na profundidade respiratoria ( )	Dispnéia ( )			
							Batimento de asa de nariz ( )	Ortopnéia ( )	Outro ( )		
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ( )	Queimaduras ( )	Vômito ( )	Diarréia ( )						
		Drenos ( )	Outros ( )								
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ( )	Defesas primárias inadequadas ( )			Ausente					
		Procedimentos invasivos ( )	Outro ( )			Ausente					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( )	Medicações ( )								
		Extremos da idade ( )	Agitação/Desorientação ( )								
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ( )	Outro ( )			Mudança do padrão normal do sono ( )	Outro ( )				
		Ruído ( )	Imobilização física ( )			Relatos de dificuldade para dormir ( )					
13	Outro										
14	Outro										

( ) Avaliar distenção abdominal.		( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Atentar para as queixas de náuseas e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		( ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
( ) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		( ) Controle da dor (melhorada / ausente).
( ) Avaliar características, intensidade e local da dor.		
( ) Avaliar alterações de sinais vitais.		
( ) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
( ) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
( ) Incentivar a ingestão de líquidos.		
( ) Observar reações de desorientação/confusão.		
( ) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		( ) Melhora da integridade da pele.
( ) Analisar condições do curativo.		( ) Diminuição do risco de lesão.
( ) Orientar e estimular a hidratação da pele.		
( ) Orientar e estimular a movimentação no leito.		( ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
( ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		( ) Melhora da perfusão tissular.
( ) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		( ) Padrão respiratório eficaz.
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e freqüência cardíaca).		( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
( ) Realizar balanço hídrico.		
( ) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
(✓) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	Sem 3 dias Sempre	( ) Diminuir o risco de infecção.
(✓) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
( ) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
( ) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
(✓) Manter as grades do leito elevadas.	Sempre	( ) Diminuir o risco de queda.
( ) Conter o paciente quando necessário.		
(✓) Manter ambiente calmo e tranquilo.	Sempre	( ) Melhora do padrão do sono.
( ) Orientar repouso no leito.		
( ) Administrar medicação CPM.		( ) Outros
( ) Outros		
( ) Outros		( ) Outros

Liliane C. de Oliveira e Melo
COREN-PB 397474-ENF

FONTE: NIC;2010. CHAVES,L.D.;SOLAY,C.A.: SAE 2 ed 2013.

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) : _____

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem : _____

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilberson Lopes Maia	Registro:	Leito: 05/02	Setor Atual: Ortopedia 1

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 FISIOBIOLÓGICAS

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 ( ) Midriáticas

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 cmH20

(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 PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS 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: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (x) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M.S.E. Data da punção 26/05/18

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

Coloração da pele: (x)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 (x) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (x)Satisfatória ( )Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( )Satisfatória ( )Insatisfatória.

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (x) 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: Valuska Luna de Carvalho COREN-PB 350189-ENF DATA: 28/05/2018 HORA: ____ h

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

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome: Glebenson Costa
Idade: 31 Data de Nascimento: ___/___/___
Leito: 01

Unidade de Tratamento Intensivo

CONTROLE GERAL

Data	19/05								19/05						
Evacuação								BE							
Ganhos								HCO_3							
Perdas								FiO_2							
Balanço								Lactato							
Bal. Cumul.								Glicose							
Sangue								Uréia	40						
Diurese								Creatinina	1,0						
Perdas SNG								Sódio							
Drenos								Potássio							
Temp. min/max								Cloro							
Hemácias	5.02							Cálcio							
Hematócrito	42							Fósforo							
Hemoglobina	14							Magnésio							
Leucócitos	8.800							Proteína							
Bastonetes	4,0							Albumina							
Segmentados	84							Globulina							
Eosinófilos	2,0							Bilir. Tot.							
Basófilos	0							B. Direta							
Linfócitos	9,0							B. Indireta							
Monócitos	1,0							Fosf. Alcal.							
Plaquetas	142.000							Amilase							
TP								TGO							
TTPa								TGP							
pH								DHL							
PaO_2								CPK							
$PaCO_2$								CK - MB							
Sat. O_2															

MOD. 010

Data da internação: 19/05/2018 Hora: 18:35:36

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: GLEBERSON COSTA RAIA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1657703
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/09/1986
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 91587844
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): PEDRO LEAL , 21 , CATOLE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Politrauma por acidente com motocicleta

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Tratamento conservador

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TCE
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento conservador do TCE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016284947408
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 19/05/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): George Mendes CRM PB 8218

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

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

Mayoriamente corresponden a las

Las

Las

Mayoriamente corresponden

Molecule

Positiviamente los orgente con

Data da Internação: 19/05/2018 Hora: 18:35:36

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: GLEBERSON COSTA RAIA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1657703
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/09/1986
9 - SEXO: Masc. [X] Fem. [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 91587844
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): PEDRO LEAL , 21 , CATOLE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Politrauma por acidente com motocicleta

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Tratamento conservador

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TCE
21 - CID 10 PRINCIPAL: S06
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento conservador do TCE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016284947408
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 19/05/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): George Mendes

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

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

GOVERNO DA PARAÍBA

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

NOME:	N.º PRONTUÁRIO	
UTI	ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	BMF	
	Paciente vítima de acidente de moto com trauma torno da face + lesão lácero contusa de palpebra inf. A visualização TC não evidenciamos fratura	
	conduta terapêutica	
	1) limpeza do ferimento	
	2) sutura palpebra inf.	
	3) alta do ambulatorial	
	Dr. Pedro de Farias Nóbrega CRO 839-CPF 086.992.754-04	

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

TCE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	GLEBERSON COSTA RAMA	Alojamento		Leito	1 - 21	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
20/5/18	DIETA oral branda	8h					20/5/18 #NCR
	Dipirona 2mL EV 6/6h (SN)						
	Neurodon 8mg EV 8/8h (SN)						
	Ranitidina 150mg 1cp VO 12/12h	12	24				sem intercorrências
	VAGA NA enfermaria						Glasgow 15
							sem deficit motor
							OBS: Controle tomografia
							Vaga na enfermaria

George Mendes
Neurocirurgia / Neurologia
CRM PB 8146

George Mendes
Neurocirurgia / Neurologia
CRM PB 8146

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Paciente:

	Prescrição Médica							
	DIETA LIVRE LAXATIVA							NCR
	SF0,9% 2000 mL ev 24h,							melhor e alerta
	dipirona 02 ml + abd 10 ml iv 6 em 6 hs se necessário							
	Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL. IV 12/12h,							
	Nausedron 8mg IV 8/8H s n							
	Captopril 25 mg VO se pa maior igual a 180 x 110 mmhg,							
	Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,							
	Tramadol 100mg + SF0,9%100mL IV 8/8H s n							
	Fisioterapia motora e respiratória,							
	curativos							

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
CRM-PB 22 MAIO 2018 CRM-PE 1456

Equipe da Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

1/2 NEURO

Paciente: [illegible]

TCE

Prescrição Médica

DIETA LIVRE LAXATIVA							NCR
SF0,9% 2000 mL ev 24h,	1º	2º	3º	4º			melhor e alerta
dipirona 02 mt + abd 10 ml iv 6 em 6 hs se necessário	15:00						
Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h,			9h				
Nausedron 8mg IV 8/8H s n							
Captopril 25 mg VO se pa maior igual a 180 x 110 mmhg,							
Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,	18						
Tramadol 100mg + SF0,9%100mL IV 8/8H s n	20						
Fisioterapia motora e respiratória,							
curativos							

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
22 MAIO 2018
CRM-PB 6621 / CRM-PE 14867

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
22 MAIO 2018
CRM-PB 6621 / CRM-PE 14867

21-05
08:00
PAC DOR
F=312

Retido SVD
Daniel Kelly

20:00 Paciente evolui com dor intensa, mesmo sendo aos cuidados de equipe
Israel

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

04/04

Paciente		Alojamento		Leito	1-2	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22.05.18	BMG		

Dr. Regivaldo Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO/PB - 5194

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
CRO/PB nº 2019

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assís
22/05/18	8h5	36°C	80	20	120/80	+	Paciente evolui EGR, consciente, orientado, com ventilação no leito, foi medicado conforme prescrição	Valmir da Silva Soares Téc. Enfermagem COREN 224.858
22/05/18							Foi feito acesso periférico.	Valmir da Silva Soares Téc. Enfermagem COREN 224.858

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gleberson Porto Raia	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
23/05/2015								# BAF 17:40
								Paciente consciente, orientado, eupneico, afebril, hidratado, clinicamente apresenta equimoses de face, com limitação de abertura bucal, sem sinais de fratura, palpação sem queixas/ou interferências.
								TC não denota fratura em face.
								CD: ① Alta da BAF ② Aos cuidados da ortopedia.
								José Ricardo dos Santos Souza Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial CRO/PB 5401

MOD 036

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

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

DIAGNÓSTICO

Fx luxo escafo – semilunar (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gleberson Costa	Alojamento: 1	Leito	2	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta livre		
	2.SRL 1500ml EV/24h zelco	de Falta	
24/05	3.Diphona 02ML+ AD EV 06/06h	22 16 12 08	Pct c/ alta da NCIR aguardando c/ suspeita de fratura em punho (D).
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h — SN		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN	
	7.Neusedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SN	RX: Fx escafóide (D)
	8. Clexane 40mg SC/dia Suspn		
	9.SSVV + CCGG	6/6	Aprovar
			Pré op: ok
			Cli VPM
			Transfer p/
			Ortop (D) p/
			marcar cirurgia
			O quanto antes

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5962

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5962

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ - ᏥᏍᏆᏂᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ (P)

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ ᏥᏍᏆᏂᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ ᏥᏍᏆᏂᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ (P)

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ ᏥᏍᏆᏂᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ (P)

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ

ᏗᏦᏍᏗᏓᏅᏘᏳᏍᏗ

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

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Eleonora Costa	Alojamento:	5	Leito	2	Convênio	Fx-Lux. coluna. S/ mielopatia

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta		
28/06	~~2.SRL 1500ml~~ EV/24h	AH	
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 08/06h	12 18 24 06	Queixa de dor,
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	18 24	estável
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		cr. pto.
	9.SSVV + CCGG	AH	

Dr. Schubert Costa
Ortopedista-Traumatologista
Cirurgia da Coluna
CRM 5543

Dr. Schubert Costa
Ortopedista-Traumatologista
Cirurgia da Coluna
CRM 5543

25/05 21:00 H P.A: 147070 PAZIENTE EROLI [illegible]
MAI REPERI DIELIAS

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Fx - Diafisária Epífise Femoral (E)

0

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1
LEITO 52

Paciente	0 Gilvanson Costa Reis	Alojamento	5	Leito	9	Convênio	LEITO 52

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
							9 º DIH
26/5	1 DIETA LIVRE	ef					
	2 JELCO SALINIZADO	ef					BEG, corado, sem distermias
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H		12	17	24	08 F	
	3 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN					Drenos (-) Eixo (-)
	4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN	SN					
	5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN	SN					CD: VPP
	6 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ		06	F			Aguardando
	7 FISIO MOTORA	ef					
	8 CCGG+SSVV	ef					
	9 Dexametasona 10mg 01 ap 12 in 12 ab						
	10 Paracetamol 750mg 01 ap 6/6 ab						

Dr. Everlan Meira
Mr Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5900

Dr. Everlan Meira
Mr Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5900

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
26/05		-			150x100	+	Pet consciente orientado feito SSWI + curativo	
18							medicado c/m aos cuidados de enfermagem.	
26/05	21:00		65		140/80		Paciente segue aos cuidados da enfermagem feito troca de AVP, 18 lo 22.	
18								

VERA LUCIA RIBEIRO DE MORAES
COREN-RJ 280.145

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FX/LUX ESCAFO-SEMILUNAR D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1
LEITO 5-2

Paciente	GLEBERSON COSTA MAIA, 31	Alojamento		Leito		Convênio	LEITO 5-2

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
29/06/2018	1 DIETA LIVRE							8º - DIA
	2 JELCO SALINIZADO							
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	12	18	00	06			BEG, estável, sem queixas.
	4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN							
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H	14	22	06				Diurese: ⊕ Evacuações: ⊕
	6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN							
	7 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ	06						CD: VPU
	8 CLEXANE 40MG SC ÀS 20H	20						aguarda cirurgia p/ hoje
	9 FISIO MOTORA							
	10 SSVV+CCGG							
	11 - DIAZEPAM 10 mg OL ⊕ VO à noite.	20						
	12 - PARACETAMOL 750 mg OL ⊕ VO 8/8L	14	22	06				

MOD 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27/05	15:00	–	–	–	180/80		Paciente evolui	
							consciente, orientado	
							não apresenta queixas	
27/05	19,24				120/80			
							Paciente evolui sem	
							queixas, são cuidados	
							de enfermagem	
							Josane Cristina de Albuquerque COREN-PB 174938 - TE	

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Fx 2x esq/bo-semilunar

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gilberson Costa	Alojamento	EK	Leito	01	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
29/05	1) Filte hime.							
	2) Jelo							BEG, eqta 44
	3) Gilatil 20mg (EV) 12/12h							
	4) CCGG 95 U							
	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643							CIV: 0 / 14
								Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FX/LUX ESCAFO-SEMILUNAR D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1
LEITO 5-2

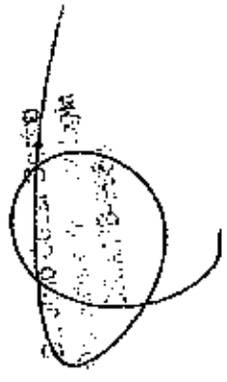
Paciente	GLEBERSON COSTA MAIA, 31	Alojamento		Leito	EVI. 01	Convênio	[redacted]

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE		DIH: 9º
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	BEG, estável, sem distúrbios
	4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H	14 22 06	Diurese: ⊘ Fezes: ⊘
	6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H	12 24	
	7 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ	06	CD: VDM
	8 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H (SOSPENSO)		Cirurgia programada p/ amanhã.
	9 FISIO MOTORA		
	10 SSVV+CCGG		
	⊘ Bezafam 10mg 01 ap valvula		
	Dr. Everton Meira Alm Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9900		Dr. Everton Meira Alm Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9900
3/06	⊘ Dieta 7Pm		
	⊘ CCGG + SSVV		C. Mungia Mayo à Tarde
	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643		Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28/05	08:00				120/80		Paciente sem queixas no momento. Recusa medicação de horário.	

Gleberson — Sítio Raiz Ortop II Extra
Dr Aristóteles + Dr Julio Cesar MR2
HD: Fx/Lx escafóide punho D
Procedimento: Fixação
Descrição cirurgia

1) Paciente em DDH sob anestesia
2) Assepsia e antissepsia
3) Campos estéreis
4) Incisão dorsal punho D por planos
5) Redução cruenta de fratura escafóide + fixação com 4 fios K 2,0 sob escopia
6) Lavo FOC / sfo ...
7) Sutura por planos + curativo + Talz



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Paciente:

Prescrição Médica

	DIETA LIVRE LAXATIVA							NOR
	SF0,9% 2000 mL ev 24h,							melhor e alerta
	dipirona 02 ml + abd 10 ml iv 6 em 6 hs se necessário							
	Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h.							
	Neusedron 8mg IV 8/6H s n							
	Captopril 25 mg VO se pa maior igual a 180 x 110 mmhg.							
	Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,							
	Tramadol 100mg + SF0,9%100mL IV 8/8H s n							
	Fisioterapia motora e respiratória,							
	curativos							

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
CRM-PB 5032/ CRM-PE 14897

27 MAIO 2013

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: Gilberson Costa Raia | IDADE: 31a. | SEXO: M | COR:

DATA: 30/05/18 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | URÉIA | OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO: yym > 8h | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL: LOTE | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA: nega | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura di punho dir | ESTADO FÍSICO: II | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA ÀS | EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS | Cº

LÍQUIDOS: SR 1500ml | PNI ECG SpO2

CÓDIGOS — VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: 17h15 → 18h00

POSIÇÃO: D

AGENTES: bupi 0,5% + lido 1%

TÉCNICA: bloq. plexo bra. USG | CÂNULAS: CN 02.

OPERAÇÃO: Tto cirúrgico de fratura di punho dir.

CIRURGIÕES: Aristóteles + Júlio

ANESTESISTAS: Taylah

OBSERVAÇÕES

INDUÇÃO: Satisf.:____ Excit.:____ Tosse:____ Laringo espasmo:____ Lenta:____ Náuseas:____ Vômitos:____ Outros:____

MANUTENÇÃO:
- cefazolina 2
- hilatil 2
- buscopan c. 1
- decadron 1
- antak 1
- dormonid 1
- fentanil 1

ANESTESIA SATISF.: Sim____ Não____

Não, por quê? ____

DESPERTAR: Reflexos na SO:____ Obslr.:____ Co₂:____ Excit.:____ Náuseas:____ Vômitos:____ Outros:____

Com cânula:

Para o Leito: Sim____ Não____

CONDIÇÕES:

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

Taylah Tássia M. S. Oliveira — MEDICINA — CRM-PB 8641 — 022.124.23-013 — ANESTESIOLOGIA

MOD. 060 — FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Gilberson Costa Paiva Idade: 31
Convênio: SUS Data: 30-05-2018
Procedimento: Ttx cirurgico de fratura de punho (E)

Cirurgião: Dr Aristóteles Auxiliar: Dr Júlio César Anestesista: Dr Taylor

Início: 1715 Término: 1830 Anestesia: Bloq de plexo + sedação

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
19:30	121x72	58	100%	[illegible]	-	sonolento
20:10	111x68	75	100%	[illegible]	-	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista Circulante

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	***Hora entrada***	***Hora saída***
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Gleverson Costa Raio Dn 06-09-1986				
CI	LEITE	CONVÊNIO: Sus	IDADE: 31 a	REGISTRO: 1657514
CIRURGIA: T1 c/ Cong. Prótese de Quadril D.		CIRURGIÃO: Dr Aristóteles + Dr Julio		
ANESTESIA: Bl. plexo + Sedação		ANESTESIA: Dra Taylah		
INSTRUMENTADORA: Rebeca	DATA: 30-05-18	INÍCIO: 17:45	FIM: 18:30	

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catet. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	09	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	04	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimeno amp. Dexmedetomidina		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
02	Lidocaína 2% ml c/ Vasc		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	01	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sulupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sulupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H_2O, ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon 2-0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flexidol amp.	03	Luvas 7.5	02	Vicryl Sertix 0	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	01	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.	01	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	01	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor p/ leito		SG Gelado fr 500 ml	
	Metrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	03	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuphanon amp.		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica			
			Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	eletrodo			
	Agulha p/ raque nº					
05	Álcool de Enfermagem 70%					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- (X) Oximetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- (X) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Oxicapiógrafo
- (X) Cardiomonitor
- (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL:
Wanda Lucia B. Albuquerque
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 203.722

MOD 065

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FX/LUX Ocaço-semilunar D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gilberson Costa Maia	Alojamento	Ortopedia	Leito	01	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/05	1) Dieta livre após UR PA		POI
	2) SF 0,9% 1000 ml EV / 24h		Paciente submetido a procedimento cirúrgico sem intercorrências.
	3) Clindamicina 600mg + ABD EV 6/6h		Cd: VPM
	4) Dipirona 1g + AD EV 6/6h		Rx de controle
	5) Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		
	6) Omeprazol 40mg EV / manhã		
	7) Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h		
	8) Navedron 01 FA + AD EV 8/8h S/N		
	9) Curativo		
	10) Rx de controle		
	11) CCG + SSVV		

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

Paciente chegou do bloco às 20:45 h

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

P.O Fx Lx escafoide D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Glebeson Costa	Alojamento	EXT	Leito	01	Convênio	

Data		Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
32/5	1	DIETA LIVRE 2/24 h/h							
	2	~~SRL 1500ML EV 24H~~			~~18~~	~~28~~	~~32~~		~~ORTOPEDIA~~
D	4	~~CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H~~ suspenso							
D	5	GENTA 240 mg EV 1X/DIA				22			
	6	DIPIRONA 2ML EV 6/6H				23			Pós procedimento
	7	OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	06			29	06		cirurgia ortopédica
	8	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N							sem intercorrências
	9	NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N							CD: RX Controle
	10	~~TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h~~				29			
D	11	~~CLEXANE 40 UI SC 1x/DIA~~ suspenso							
	12	CURATIVO 1 X DIA							
	13	SSVV + CCGG							
		Clindamycin 600 mg EV 6/6 h				29	06		
		Dr. Julio Cesar Cunha							
1oh 31/05		Alta hospitalar Retorno ambulatorial Atestado 60 dias AINE'S + ATB Fisioterapia							
		Hallisson Bezerra de Almeida ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA							

MOD 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

Sr(a).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404834	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JHONY W B COSTA	Data:	20-05-2018 09:38	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	4.5 milhões/mm³		5,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	13,2 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	40,0 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	89 fL		82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	29 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,9 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	7.300 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	219	
Segmentados	74,0	5.402	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm³
Eosinófilos	1,0	73	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Típicos	20,0	1.460	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monocitos	2,0	146	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	141.000 mm³		140.000 à 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES ..... Contagens repetidas e confirmadas.

Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Emissão : 20/05/2018 11:00 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4448-50A0-B0E3-5A3D-AB62-B973-6895-664A

Sr(a).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0080404834	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JHONY W B COSTA	Data:	20-05-2018 09:38	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

URÉIA

[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]

Resultado..... **43 mg/dl** De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores: 19/05/18: 40]

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]

Resultado..... **0,9 mg/dl**

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Criancas...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuracao do Creatinina e Sumario de urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores: 19/05/18: 1,0]

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Emissão : 20/05/2018 11:00 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6BCC-6F69-1FFB-2A59-3C62-75AD-4BA5-BCFA

Sr(a).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404934	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JHONY W B COSTA	Data:	20-05-2018 09:38	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

POTASSIO ..... **4.0 mmol/l**

(DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38)
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:
Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l
Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l
Valor critico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou maior que 6.5 mmol/l
Valor critico (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/l maior que 8.0 mmo/l

SÓDIO ..... **148 mmol/l**

(DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38)
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:
Adulto.....: 132 a 148 mmol/l
Criancas.....: 134 a 148 mmol/l
Valor Critico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Emissão : 20/05/2018 11:00 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E12E-B8A7-E065-ECDF-1D8A-9924-365E-2AB9

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

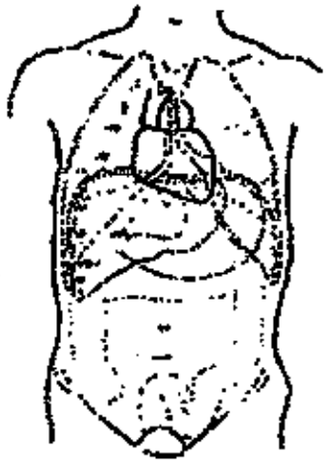
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: GLEBSON COSTA RAIA Idade: 31 anos

Exame: USG DAST Data: 19/05/18

Médico solicitante: Sexo: M

RELATÓRIO



FÍGADO: ☑ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☑ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☑ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☑ Normal ☐ Alterado

BAÇO: ☑ Normal ☐ Alterado

RIM DIR.: ☑ Normal ☐ Alterado

RIM ESQ.: ☑ Normal ☐ Alterado

BEXIGA: ☑ Normal ☐ Alterado

Outras observações:
Ausência de líquido livre, no ato do exame.

CONCLUSÃO

Dr. [illegible] 2379-PB

Campina Grande, 19/05/2018

Assinatura e Carimbo do Médico

MOD 022

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:14]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	5.02 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	14,0 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	42,0 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	84 fL		82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	28 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,9 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	8.800 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	4,0	352	
Segmentados	84,0	7.392	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm³
Eosinófilos	2,0	176	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Típicos	9,0	792	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monocitos	1,0	88	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	142.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES ..... Contagens repetidas e confirmadas.

Deyvisson Bruno S. Cabral
BIOMÉDICO
CRBM-PE 5241

Deyvisson Bruno S. Cabral
BIOMÉDICO
CRBM-PE 5241

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: FCF7-9207-E48F-74FB-6D85-B56E-3A64-7B54

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Sr(a).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

UREIA

(DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15)

Resultado..... **40 mg/dl** De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

(DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15)

Resultado..... **1,0 mg/dl**

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Criancas...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuracao da Creatinina e Sumario de urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CH 200 WIENER

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E06D-888A-2227-CEAD-AB81-8273-EB6F-7492

Sr(a).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

TEMPO DE COAGULACAO ..... **8'00 min**

[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... **2'00**

[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 63D7-CD16-8230-0FA7-CF61-C13F-C565-5FF5

NOME	Gleberson Costa Paia				
IDADE	31a	INTERNAÇÃO	1	LEITO	02
U.F.	politrauma	ADMISSÃO	21.05.18	HORA	T

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS

PROCEDÊNCIA:

MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ OVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☒ Trauma ☐ PNM
☐ Hemorragia ☐ Outros:

ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia

HDA: paciente evoluiu com EGB e foi feito transfusão de hemoderivados para melhora do quadro. Apresentando bom nível de consciência, mobilizando bem os membros e movimentos pelo corpo e fratura do punho c. AP incl. em AHT 1/10.

SV: FC bpm | FR ipm | PA: | SpO2 % | T °C

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow

Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal — Trofismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal

Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☒ Normal — Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5

Bloqueios Articulares (Regiões)

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

☒ Eupneico ☒ Sem alterações

SUPORTE VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT) ☐ VNI _____ ☐ VMI

O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Máso. Simples ☐ Máso./Sitema de Venturi ____ %

☐ Máso. Reinalação parc. ☐ Máso. não Reinalação ☐ Máso. de Reservatório. Fluxo ____ l/min

DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais

☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ___/4+

OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Não ☐ Sim

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☒ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica

Ausculta Pulmonar: MV 2+ em AHT s/ra — Raio X Tórax:

TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz

SECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.

COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta

COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito

Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente

☐ Edema. Regiões: ☐ Cacifos

CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE

CD: ☐ THB ☐ TEP parcial ☐ TEP alva ☐ VNI ☐ O2

☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☒ Cinesioterapia ☐ MRP

☐ Treino de Marcha ☒ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação

☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial

☒ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação

Outros:

Observações:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: politrauma

Campina Grande, 21/05/2018

Sebastião Casário Teixeira
FISIOTERAPEUTA
CREFITO

Fisioterapeuta/CREFITO

NOME					
IDADE		ENFERMARIA		LEITO	
H.D.		ADMISSÃO		HORA	

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS

PROCEDÊNCIA:

MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM
☐ Hemorragia ☐ Outros: _____

ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia

HDA:

SV: FC bpm | FR irpm | PA: | SpO2 % | T °c

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow _____

Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal — Trofismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal

Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuidos ☐ Normal — Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bloqueios Articulares (Regiões)

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

☐ Eupneico ☐ Sem alterações

SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT) ☐ VNI _____ ☐ VMI

O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sitema de Venturi ____%

☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min

DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais

☐ Uso de mucc. acessório Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ___ /4+

OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuida ☐ Simétrica ☐ Assimétrica _____

Ausculta Pulmonar: _____ Raio X Tórax: _____

TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz

SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.

COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta

COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito _____

Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente

☐ Edema. Regiões: _____ ☐ Cacifos

CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE

CD: ☐ THB ☐ TEP passivo ☐ TEP ativo ☐ VNI _____ ☐ O2 _____

☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP

☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação

☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial

☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação

Outros:

Observações:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:

Campina Grande,

____/____/____

_____
Fisioterapeuta/CREFITO

GOVERNO DA PARAÍBA

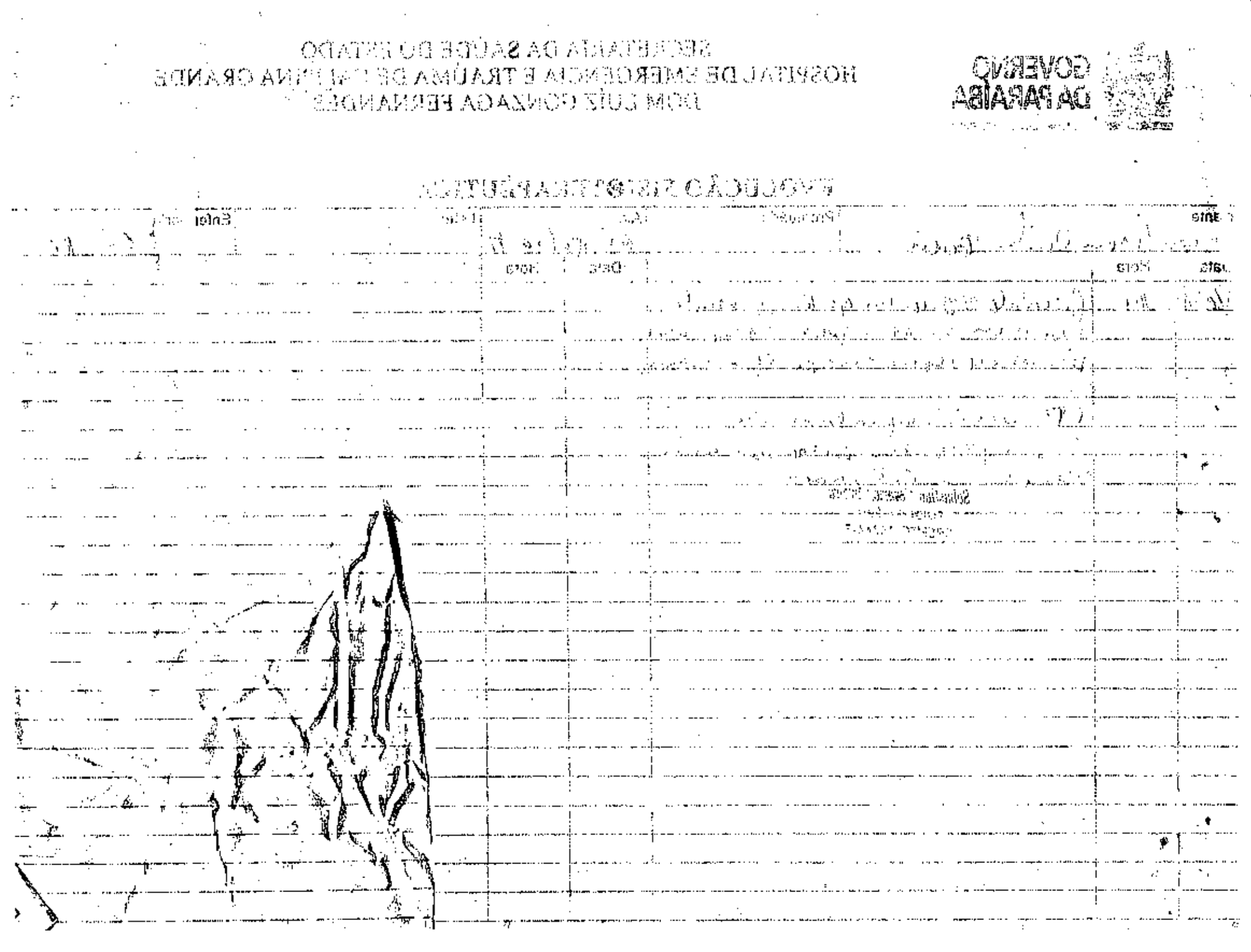
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Gleisson Costa Pereira		ortopedia II	1	CFTRA

Data	Hora		Data	Hora
3/05/11	14	Paciente M/Guidem EGR. Apresenta fratura de escapula e sem fraturas D. e deformações no rosto e ombro D. CID: Fisioterapia motora em todo MSD, passiva e ativa na mão e dedos D. 2 graus		

Sebastião Cesário Taveira
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 15344-F



GOVERNO DA PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Gleberson Costa Reis		Neuro	2	1

Data	Hora		Data	Hora
22.05.16	T	Paciente em ECG 12, colaborativo, a.a.a. eupneico em VEIAA. Apresenta fratura MSD, não tem deficit motor, nem desconforto respiratório. AR: MVF em ART. SIRA. Conduta: MLP, cinesioterapia ativa, sedestação, deambulação e o. geral.		

Dr. Aldo Barbosa da Silva
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 46812-F

MOD. 012

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 3/a

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Cleberson Costa Raio | Registro: EXT | Leito: 01 | Setor Atual: Ortopedia II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 110x70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) 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: (X) 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 PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 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: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

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

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 ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :___/___/___

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

Abdômen: (X) 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: (X) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:

Coloração da pele: (X)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: (X) 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

Verônica A. Lima
Enfermeira
COREN-PE Nº 392.192

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 29/05/18 HORA: 15:00 h

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

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data: / /

1	Constipação	Diuréticos ( ) | Desidratação ( ) | Estresse ( ) | Outro ( )	Abdome distendido ( ) | Dor à evacuação | Outro ( )	
		Hábitos de evacuação irregulares ( ) | Lesão neurológica ( )	Anorexia ( ) | Dor abdominal ( )	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ( ) | Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	Cavidade bucal ferida ( ) | Diarréia ( ) | Outro ( )	
		Fatores psicológicos ( ) | Outro ( )	Dor abdominal ( ) | Mucosas pálidas ( )	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( ) | Dor ( ) | Fraqueza ( ) | Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( ) | Outro ( )	
		Ansiedade ( )	Incapacidade de lavar o corpo ( )	
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )	Alterações na pressão sanguínea ( ) | Outro ( )	
		Outros ( )	Relato verbal de dor ( )	
5	Hipertermia	Anestesia ( ) | Desidratação ( ) | Trauma ( ) | Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )	
		Aumento da taxa metabólica ( )	Taquicardia ( ) | Taquipnéia ( ) | Outro ( )	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( ) | Circulação prejudicada ( )	Destruição de camadas da pele ( ) | Invasão de estruturas do corpo ( )	
		Hipotermia ( ) | Imobilização física ( ) | Outro ( )	Rompimento da superfície da pele ( ) | Outro ( )	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ( ) | Desconforto ( ) | Rigidez articular	Dificuldade para virar-se ( ) | Dispnéia ao esforço ( ) | Outro	
		Prejuízos músculo esquelético ( ) | Desuso ( ) | Outro ( )	Movimentos descontrolados ( )	
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( ) | Dor ( ) | Fadiga ( ) | Obesidade ( ) | Outro ( )	Alterações na profundidade respiratória ( ) | Dispnéia ( )	
			Batimento de asa de nariz ( ) | Ortopnéia ( ) | Outro ( )	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ( ) | Queimaduras ( ) | Vômito ( ) | Diarréia ( )		
		Drenos ( ) | Outros ( )		
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ( ) | Defesas primárias inadequadas ( )		
		Procedimentos invasivos ( ) | Outro ( )		
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( ) | Medicações ( )		
		Extremos de idade ( ) | Agitação/Desorientação ( )		
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ( ) | Outro ( )	Mudança do padrão normal do sono ( ) | Outro ( )	
		Ruído ( ) | Imobilização física ( )	Relatos de dificuldade para dormir ( )	
13	Outro			
14	Outro			

( ) Avaliar distenção abdominal.		( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		( ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
( ) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		( ) Controle da dor (melhorada / ausente).
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
( ) Avaliar características, intensidade e local da dor.		
( ) Avaliar alterações de sinais vitais.		
( ) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
( ) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
( ) Incentivar a ingestão de líquidos.		
( ) Observar reações de desorientação/confusão.		
( ) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		( ) Melhora da integridade da pele.
( ) Analisar condições do curativo.		( ) Diminuição do risco de lesão.
( ) Orientar e estimular a hidratação da pele.		
( ) Orientar e estimular a movimentação no leito.		( ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
( ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		( ) Melhora da perfusão tissular.
( ) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		( ) Padrão respiratório eficaz.
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e freqüência cardíaca).		( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
( ) Realizar balanço hídrico.		
( ) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		( ) Diminuir o risco de infecção.
( ) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
( ) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
( ) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
( ) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		( ) Diminuir o risco de queda.
( ) Manter as grades do leito elevadas.		
( ) Conter o paciente quando necessário.		
( ) Manter ambiente calmo e tranquilo.		( ) Melhora do padrão do sono.
( ) Orientar repouso no leito.		
( ) Administrar medicação CPM.		
( ) Outros		( ) Outros
( ) Outros		( ) Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) : _____

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem : Jaucianna da Costa C.

FONTE: NIC,2010. CHAVES,L.D.;SOLAY,C.A.; SAE. 2 ed. 2013.

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Jeferson Costa Raia HD: SETOR: LEITO: 01 DATA: 20/05/1

HORÁRIO																								
P. ARTERIAL	130x80			140x90																				
PULSO/FC	65			68																				
TEMPERATURA	36.0			36.0																				
RESPIRAÇÃO	16			18																				
SAT. 02	98%			97%																				
PVC																								
PIA																								
HGT				139																				
E N T R A D A S																								
SF 0,9%																								
SRL																								
SG 5%																								
SORO EXTRA																								
SEDAÇÃO																								
ANALGESIA																								
MEDICAÇÕES																								
NORA																								
DORA																								
HEMODERIVADOS																								
NPT																								
S A Í D A S																								
DIETA																								
ÁGUA																								
MEDICAÇÕES																								
D R E N A G E N S																								
SNG/VÔMITOS																								
FESES																								
DIURESE		500ml			300ml																			
HEMODIALISE																								
DRENO TÓRAX D																								
DRENO TÓRAX E																								
DRENO SUCÇÃO																								
D. CAVITÁRIO																								
DVE																								

GANHOS 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=	BH DIA=	GANHOS 12H NOITE=	PERDAS 12H NOITE=	BH NOITE=
GANHOS 24H DIA=		PERDA 24H + 1000ML=		BH 24H=	

ASSINATURA: ASSINATURA:

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO 20/05/18	ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO 20/05/18
Paciente consciente orientado foi medicado conforme prescrição médica, medicado se sente cansado, foi realizado curativos 18:00 e segue sob cuidados da equipe de enfermagem.	paciente consciente orientado foi medicado conforme prescrição médica, mantem a queixa de muitos abcessos no MSD que foi realizado limpeza e mesmo reclamou de dor e segue sob cuidados da equipe de enfermagem.
Lucimar Freire Silva Vasconcelos Técnico de Enfermagem COREN-PB 810735	Lucimar Freire Silva Vasconcelos Técnico de Enfermagem COREN-PB 810735
TÉCNICO DE ENFERMAGEM:	TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS

ÚLTIMA EVACUAÇÃO:	ASPECTO:	BALANÇO HÍDRICO ATUAL:	BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:	BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:

FERIDAS / LESÕES	CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS
ENFERMEIRO:	ENFERMEIRO:

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

S/ GLEBERSON COSTA

SOLICITO

TAIR AXILO SOUZA

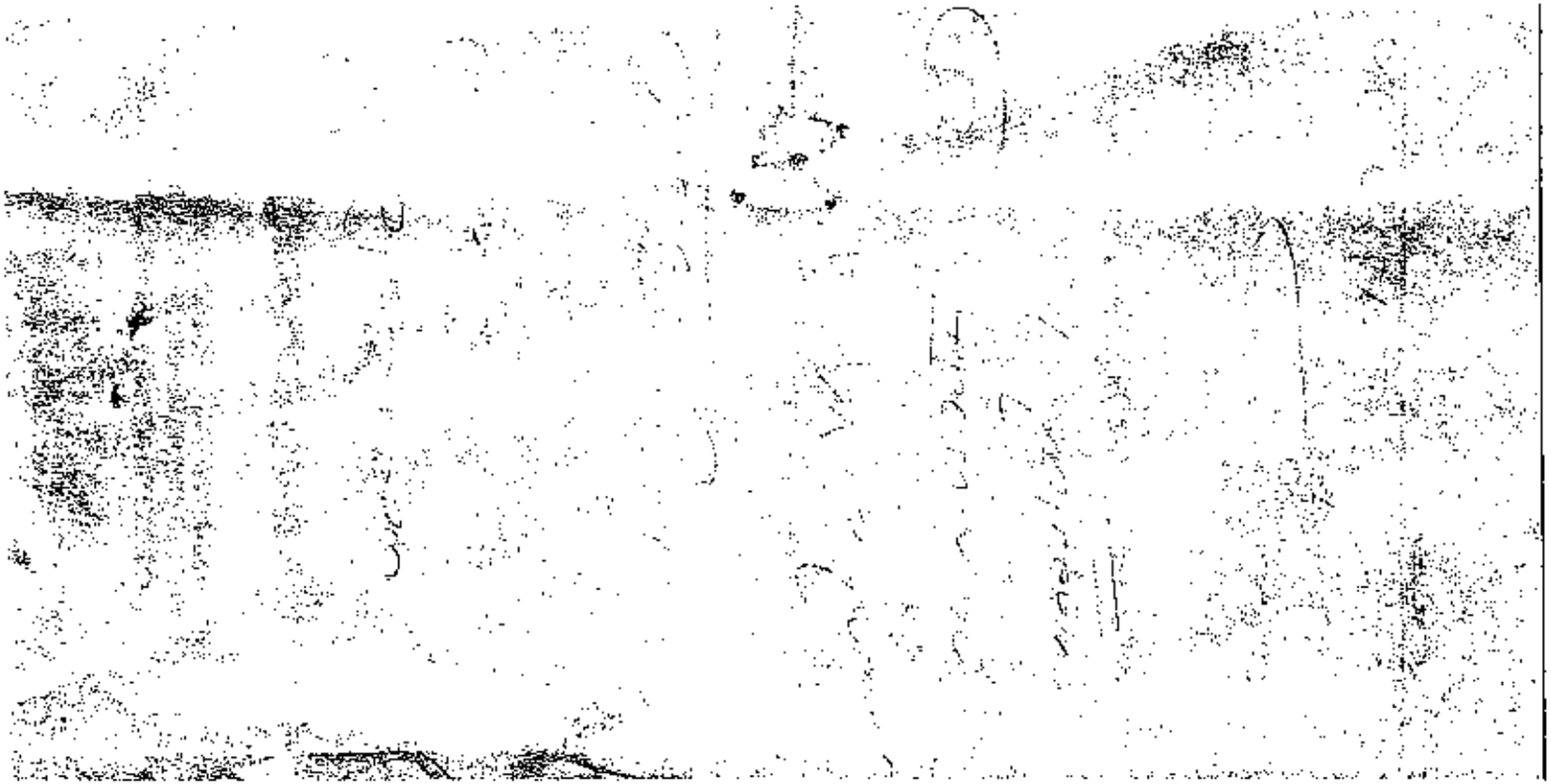
D INCLUIR O COLEGIA

MOD. 001

21/02/17

Paciente

Médico



GOVÊRNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

Galeberson SSTR

Solicito Controle

RX punho D/AP e P

30/5

RAIO X
REALIZADO EM:
30/05/18

RAIO X
REALIZADO EM:
30/05/18

MOD. 004

Documentos de identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.919

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3133132 2003

NOME GILBERTO RAIA COSTA

FILIAÇÃO Geneton Oliveira Costa
Rosana Raia Costa

NATURALIDADE Campina Grande-Pb DATA DE NASCIMENTO 05.09.1997

Certidao.42.832,fls.89v,liv.A/39,
Cart.de Campina Grande-Pb

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

Nome

Nascimento

Documentos de identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.919

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3133132 2003

NOME GILBERTO RAIA COSTA

FILIAÇÃO Geneton Oliveira Costa
Rosana Raia Costa

NATURALIDADE Campina Grande-Pb DATA DE NASCIMENTO 05.09.1997

Certidao.42.832,fls.89v,liv.A/39,
Cart.de Campina Grande-Pb

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

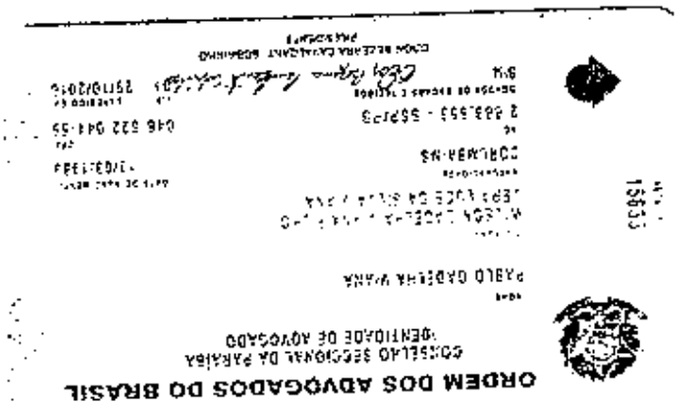
CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

Nome

Nascimento

Documentos de identificacao



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN-PB
CERTIFICADO
13746945576
PRT 201709-106429-6
1 0113439481-8 00/00000000 2017
GLEBERSON RAIA COSTA

06290548033 QF33813/PB
NOVO PB LEYXCBL00C0547950
PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC ALCOOL
CICLOMOTOR/L13154 2011 2012
2 P/4 /CV PARTIC VERMELHA
IPVA PAGO EM 00/00/0000
******
******** SEGURO P A G O 07/11/2017
SEM RESERVA DE DOMINIO
0
COMPETENCIA ORGAO
0999999 09/11/2017

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

13746945576
2017 09/11/2017
1 06290548033 QF33813/PB
0113439481-8 CICLOMOTOR/L13154
2011 9 LEYXCBL00C0547950
****** ****** ******
SEGURO P A G O
07/11/2017
0113439481-8 0171109

DUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

N/ 01374694557 6
10096603495
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
PRT 20170100106429-6
1 0113439481 8 00/00000000
GLEBERSON RAIA COSTA
RUA PEDRO LEAO 21 CASA
CATOLE
58410133 CAMPINA GRANDE- PB
06290548433 DFJ3813/PB
ASIA MOTOS COMERCIO E SERVICOS D
NOVO PB LXYXCBL00C0547950
PAS. CICLOMOTO/NAO APLIC ALCOOL
CICLOMOTOR/113154 2011 2012
PARTIC VERMELHO
SEM RESERVA DE DOMINIO
NOME DE : LEOSEMBCADB
CAMPINA GRANDE-PB
9999999 09/11/2017
7000000

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3180379436***

Nome do(a) Examinado(a): ***GLEBERSON RAIA COSTA***

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Pedro Leão, 21 - Catolé - Campina Grande - PB - CEP 58410-133

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***3133132***

Data e local do acidente: [***19/05/2018***] ***CAMPINA GRANDE***

Data e local do exame: [***22/11/2018***] ***Campina Grande*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO; TCE

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

COM CICATRIZ LOCAL, SEM DEFORMIDADES

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[***X***] Sim [ ] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 19/05/2018, QUEDA; SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO ESCAFOIDE. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA NO DIA 05/05/2018. APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[***X***] Sim [ ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
PUNHO DIREITO
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299959/18
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA
CPF: 062.905.484-33

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/05/2018
Titular do CPF: GLEBERSON RAIA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

Outros

GLEBERSON RAIA COSTA : 062.905.484-33
Autorização de pagamento
Comprovante de residência
PABLO GADELHA VIANA : 046.822.044-59
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 01/08/2018 Nome: GLEBERSON RAIA COSTA CPF/CNPJ: 062.905.484-33	Data do cadastramento: 16/08/2018 Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES CPF: 149.018.967-09
GLEBERSON RAIA COSTA	JULIANA MARQUES RODRIGUES

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GLEBERSON RAIA COSTA

DATA DO ACIDENTE 19/05/2018 CPF DA VÍTIMA 062.505.484-33

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É GLEBERSON RAIA COSTA

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA- PEDRO LEÃO

Nº 81 COMPLEMENTO BAIRRO CAIXE

CIDADE C. GRANDE UF PB CEP 58410 133

E-MAIL pablogadelha@gmail.com TELEFONE (83) 993345632

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/07/2018

IDENTIDADE 3133132 SSP PB

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 27/07/18 MATR. CORREIOS 8478226-9

NOME

ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-234

Joselita Pessoa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.832.803 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/11/2012

NOME JOSELITA PESSOA

FILIAÇÃO SEVERINO JOSÉ PESSOA

JOSÉFA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE PILAR-PB

DATA DE NASCIMENTO 10/08/1970

DOC ORIGEM NASC.N.153 FLS.71V LIV A-01 CARTORIO SÃO JOSÉ RAMOS-PB

CPF 886.074.984-49

João Pessoa - PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladore **em medida extrema exceção,** autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros

Seguradora LIDER

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar.
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

Seguradora LIDER

www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299959/18

Número do Sinistro: 3180379436

Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA

Data do acidente: 19/05/2018

CPF: 062.905.484-33

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEBERSON RAIA COSTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

PABLO GADELHA VIANA : 046.822.044-59

Procuração

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 31/10/2018	Data do cadastramento: 31/10/2018
Nome: GLEBERSON RAIA COSTA	Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 062.905.484-33	CPF: 074.990.807-65
GLEBERSON RAIA COSTA	Karine Gomes de Lima

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de:	**GLEBERSON RAIA COSTA**
Nº Sinistro:	**3180379436**
Vítima:	**GLEBERSON RAIA COSTA**
Data do Acidente:	**19/05/2018**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180379436.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

— ENVIO DE PROCURAÇÃO.

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GLEBERSON RAIA COSTA

DATA DO ACIDENTE 19/05/2018 CPF DA VÍTIMA 062.905.484-33

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PEDRO LEÃO

Nº 21 COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE Q. GRANDE UF PB CEP 58430-133

E-MAIL pablopadelha@gmail.com TELEFONE (83) 993345632

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- **MORTE = R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.**

- **O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24.10.2018

IDENTIDADE 3133132 SSP-PB

ASSINATURA [illegible]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 24.10.18 MATR. CORREIOS 84782269

NOME FRANCILENE P. ALVES

ASSINATURA [illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**62,5 %**	**R$ 8.437,50**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO; TCE

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ LOCAL, SEM DEFORMIDADES. APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 19/05/2018, QUEDA; SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO ESCAFOIDE. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do punho devido à limitação da flexo-extensao articular. - Quadro estabelecido conforme o parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

UF do CRM do médico: PB

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 intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO; TCE

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ LOCAL, SEM DEFORMIDADES. APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 19/05/2018, QUEDA; SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO ESCAFOIDE. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do punho devido à limitação da flexo-extensao articular. - Quadro estabelecido conforme o parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

UF do CRM do médico: PB

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 intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

GADELHA VIANA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

Procuracao

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE GLEBERSON RAIA COSTA - brasileiro, solteiro, Armazenista, inscrita no CPF sob nº 062.905.484 - 33 residente e domiciliado nesta cidade, na Rua Pedro Leão, nº. 21, Bairro Catolé CEP 58.410 – 133 Campina Grande – Paraíba Fone: (83) 99334.5632

OUTORGADOS: VERA LUCE DA SILVA VIANA OAB/PB 9967; PABLO GADELHA VIANA OAB/PB 15833, todos com endereço profissional na Rua: Frei Tito, nº 63, Bairro: Catolé, Campina Grande-PB, telefones 3063-6603, 99970-2149, 98893-9327, 99694-6898, e-mail: gadelhaviana@gmail.com

PODERES: para em conjunto ou isoladamente, representar a outorgante e defender seus interesses, perante qualquer Juiz, instância ou Tribunal, ou fora deles, com os poderes da clausula ad judicia, podendo propor as ações que julgar necessárias, apresentar defesas e recursos, impetrar medidas preventivas ou assecuratórias, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo substabelecer com ou sem reserva de iguais poderes e, ainda, usar de todos os meios admitidos em direito, para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Código de Processo Civil/2015 e art. 5º, §2º da Lei n.º 8.906, de 04 07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil) dando tudo por bom, firme e valioso.

PODERES ESPECÍFICOS:

Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou NÃO) ser substabelecidos.

Finalidade: apresentar e conduzir procedimento administrativo junta a líder seguradora referente ao acidente automobilístico ocorrido no dia 19/05/2018, por volta das 11:00 horas da manha, em frente ao fórum Afonso Campos, bairro da liberdade, na cidade de Campina Grande - PB

Campina Grande – PB, dia 25 de Julho de 2018.

GLEBERSON RAIA COSTA

CPF 062.905.484 - 33

Procuracao

PROCURAÇÃO

Outorgante: **GLEBERSON RAIA COSTA**, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão EMPREGADO, residente e domiciliado à Rua PEDRO LEAO, nº21 C, bairro CATOLÉ, Municipio de CAMPINA GRANDE, Estado de(o) PARAÍBA, Cep.: 58 410133, portador(a) do Rg nº3133132, SSP/PB e CPF nº 062.905.484-33.

Outorgado: **PABLO GADELHA VIANA**, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) à Rua FREI TITO, nº 63, bairro CATOLÉ Municipio de CAMPINA GRANDE, Estado de (o) PARAÍBA Cep.: 58 410 475, portador (a) do RG nº 2666658 SSP/PB e CPF nº 046.822.044-59.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **GLEBERSON RAIA COSTA**, ocorrido em 19/05/2018, conforme o **processo administrativo de n.º 3180379436 na cobertura de invalidez**.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande – PB, dia 24 de outubro de 2018.

4º Cartório Fechine

GLEBERSON RAIA COSTA
Outorgante
CPF Nº 062.905.484-33

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

FECHINE SERVIÇO NOTARIAL 4º OFÍCIO
Antonio Hamilton Fechine Dantas - Tabelião
Sarah da Silva Fechine - Tabelã
R.Marquês do Herval, 58 - Centro - CEP: 58400-087 - Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3321-3002 - fechinecartorio@gmail.com
AUTENTICIDADE E URGENCIADE
ESCRITURAS - PROCURAÇÕES - RECONHECIMENTO DE FIRMAS - CÓPIAS AUTENTICADAS - CASAMENTO - ESTABELECIMENTO - INVENTÁRIO - ATAS NOTARIAIS
Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
GLEBERSON RAIA COSTA
Em test.da verdade.-Campina Grande-PB 24/10/2018 10:32:59
Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrevente
F2018-025444 TFSJ:R$ 19.48 FARPEN:R$ 0.28 FEPJ:R$ 1.90 ISS:R$ 0.96
SELO DIGITAL: AHR59309-KACT
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

FECHINE SERVIÇO NOTARIAL 4º OFÍCIO
Matheus de Paula A. de Queiroz
Escrevente
Rua Marquês do Herval, 58
(83)3321-3002
C. GRANDE-PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299959/18

Número do Sinistro: 3180379436

Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018

CPF: 062.905.484-33 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** GLEBERSON RAIA COSTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

PABLO GADELHA VIANA : 046.822.044-59

Procuração

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 31/10/2018 Nome: GLEBERSON RAIA COSTA CPF: 062.905.484-33	Data do cadastramento: 31/10/2018 Nome: Karine Gomes de Lima CPF: 074.990.807-65
GLEBERSON RAIA COSTA	Karine Gomes de Lima

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIA COSTA**

Nº Sinistro: **3180379436**
Vitima: **GLEBERSON RAIA COSTA**
Data do Acidente: **19/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180379436.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIA COSTA**

Sinistro: **3180379436**
Vítima: **GLEBERSON RAIA COSTA**
Data do Acidente: **19/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180379436** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIA COSTA**

Sinistro: **3180379436**
Vítima: **GLEBERSON RAIA COSTA**
Data do Acidente: **19/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180379436** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT