
Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048155

Vítima: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Data do Acidente: 28/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048155

Vítima: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Data do Acidente: 28/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 0000063034-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0040062/20	CPF da vítima: 032109214-74	Nome completo da vítima: Maria de Lourdes Sousa Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Maria de Lourdes Sousa Silva		CPF: 032109214-74
Profissão: Recuso	Endereço: Raimundo Nonato	Número: 32 Complemento: casa
Bairro: Jumias	Cidade: Campina Grande	Estado: PB CEP: 58404-038
E-mail:		Tel. (DDD): 1834

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0737	CONTA: 63034	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Campina Grande 29/01/20**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

*** Maria de Lourdes Sousa Silva**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00068.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00068.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:50 horas do dia 23 de janeiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria de Lourdes Sousa Silva**, conhecido(a) por Lourdes, CPF nº 032.109.214-74, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Francisca Maria dos Santos e José de Sousa, natural de Itaporanga/PB, nascido(a) em 28/02/1957 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Brasil, Nº 198, complemento CASA, bairro Liberdade, tendo como ponto de referência Próximo a Feirinha do Jeremias, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: nº S/N, Via Pública, Próximo da Igreja Católica de Nossa Senhora de Fátima, Campina Grande/PB, bairro Palmeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/08/19 21:38h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Automóvel, UF: PB, características gerais: Não Identificado

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA CAMINHANDO EM DIREÇÃO A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO VEIO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR, EM ALTA VELOCIDADE NA CONTRA MÃO DA VIA E QUE O MESMO FEZ O DECLARANTE PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E SEM RESPEITAR A SINALIZAÇÃO, AVANÇANDO O SINAL DE PASSAGEM DE PEDESTRES E ATROPELANDO A DECLARANTE QUE VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS NECESSÁRIOS CABÍVEIS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-f

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 23 de janeiro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-4

Maria de Lourdes Sousa Silva
MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0040062/20	CPF da vítima: 032109214-74	Nome completo da vítima: Maria de Lourdes Sousa Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Maria de Lourdes Sousa Silva		CPF: 032109214-74
Profissão: Recuso	Endereço: Raimundo Nonato	Número: 32 Complemento: casa
Bairro: Jumias	Cidade: Campina Grande	Estado: PB CEP: 58404-038
E-mail:		Tel. (DDD): 1839

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0737** ☐ CONTA: **63034** ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: **Campina Grande 29/01/20**
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
x Maria de Lourdes Sousa Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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: 06/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000063034-8

Nr. da Autenticação F47E0960B897CFF6

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 004.406.016



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-85 Insc. Est. 18.023.839-1

DADOS DO CLIENTE

JOAO BATISTA TAVARES DA SILVA
RUA RAIMUNDO NONATO 32
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/50102-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	14/08/2019	6	21/08/2019	R\$ 23,01

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00075.574178 1 79880000002301

Pagador: JOAO BATISTA TAVARES DA SILVA CNPJ/CPF: 918.149.014-34

RUA RAIMUNDO NONATO 32 - JEREMIAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000075574	000050102201908	21/08/2019	R\$ 23,01	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2057-5



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1978397

CLASS. DE RISCO: AMARELO

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

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

Data: 28/08/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARIA DE LOURDES

CEP:58400002

Nascimento:28/02/1957

SOUSA SILVA

Sexo:F

Telefone: 987258150

Endereço: RUA PEDRO BRASIL

Idade:062

Bairro:LIBERDADE

Cidade: Campina Grande

RG: 2429446

Nº:198

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS

CPF:

Profissão:COSTUREIRA

Responsável:

Data de

CNS:704204247926484

Estado Civil:Casado(a)

Atend:28/08/2019

CONVÊNIO:SUS

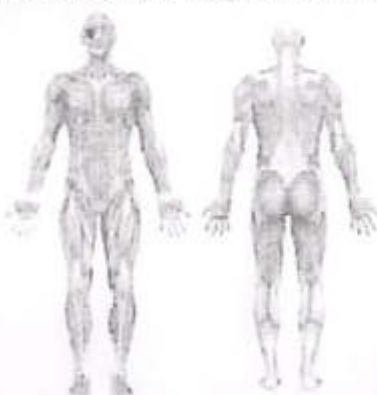
Hora: 21:38:46

Motivo: ACIDENTE DE CARRO CARRO X CARRO

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

28/08/19

EXAME PRIMÁRIO - DADO NÍCOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. André Roberto Araújo da Menezes
Traumatologia/Ortopedia
CRM-PB 5792

28/08/19



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mel. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 28/08/2019

Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Nº ATEND: 1978397

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 28/08/2019 HORA : 21:40:19

ESPECIALIDADE : ORTOPIEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE CARRO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : CARRO X CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: AMB UPA/NIR
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Handwritten signature
Renata Mary da S. Cavalcanti
COREN-PB 442.515-511F

EXAME SECUNDÁRIO / PARÊCER MÉDICO

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

Internação (setor)

¿ Males hospitalar / ¿ Males revelar

1. Decisão Médica

4. Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

၃၂၁၁၁၁

~~Assistente ou responsável quando necessário~~

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

080

IBADE[illegible]

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		 Sistema Municipal de Saúde Unico de Saúde	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 3 - CNES 2362856 4 - CNES 2362856		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5 - NOME DO PACIENTE MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1978429	
7 - CARTÃO DO SUS 704204247926484 8 - DATA DE NASCIMENTO 28/02/1957 9 - SEXO F 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA MARIA DOS SANTOS 11 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA RUA PEDRO BRASIL, 198, LIBERDADE 12 - ENDEREÇO (Cidade, Estado) CAMPINA GRANDE - PB 13 - MUNICÍPIO DA RESIDÊNCIA CAMPINA GRANDE		14 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA 15 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - MOTIVAS ESPECÍFICAS E SERVIÇOS CLÍNICOS 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID-10 PRINCIPAL 22 - CID-10 SECUNDÁRIO 23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RICARDO AMORIM FILHO 25 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/08/2019 26 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016004459602 27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02 28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF		29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016004459602 30 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016004459602	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 32 - CNES () CNES (X) CNES () CPF 33 - CID-10 34 - CID-10 35 - CID-10 36 - CID-10 37 - CID-10 38 - CID-10 39 - CID-10 40 - CID-10 41 - CID-10 42 - CID-10 43 - CID-10 44 - CID-10 45 - CID-10 46 - CID-10 47 - CID-10 48 - CID-10 49 - CID-10 50 - CID-10 51 - CID-10 52 - CID-10 53 - CID-10 54 - CID-10 55 - CID-10 56 - CID-10 57 - CID-10 58 - CID-10 59 - CID-10 60 - CID-10 61 - CID-10 62 - CID-10 63 - CID-10 64 - CID-10 65 - CID-10 66 - CID-10 67 - CID-10 68 - CID-10 69 - CID-10 70 - CID-10 71 - CID-10 72 - CID-10 73 - CID-10 74 - CID-10 75 - CID-10 76 - CID-10 77 - CID-10 78 - CID-10 79 - CID-10 80 - CID-10 81 - CID-10 82 - CID-10 83 - CID-10 84 - CID-10 85 - CID-10 86 - CID-10 87 - CID-10 88 - CID-10 89 - CID-10 90 - CID-10 91 - CID-10 92 - CID-10 93 - CID-10 94 - CID-10 95 - CID-10 96 - CID-10 97 - CID-10 98 - CID-10 99 - CID-10 100 - CID-10		31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 32 - CNES () CNES (X) CNES () CPF 33 - CID-10 34 - CID-10 35 - CID-10 36 - CID-10 37 - CID-10 38 - CID-10 39 - CID-10 40 - CID-10 41 - CID-10 42 - CID-10 43 - CID-10 44 - CID-10 45 - CID-10 46 - CID-10 47 - CID-10 48 - CID-10 49 - CID-10 50 - CID-10 51 - CID-10 52 - CID-10 53 - CID-10 54 - CID-10 55 - CID-10 56 - CID-10 57 - CID-10 58 - CID-10 59 - CID-10 60 - CID-10 61 - CID-10 62 - CID-10 63 - CID-10 64 - CID-10 65 - CID-10 66 - CID-10 67 - CID-10 68 - CID-10 69 - CID-10 70 - CID-10 71 - CID-10 72 - CID-10 73 - CID-10 74 - CID-10 75 - CID-10 76 - CID-10 77 - CID-10 78 - CID-10 79 - CID-10 80 - CID-10 81 - CID-10 82 - CID-10 83 - CID-10 84 - CID-10 85 - CID-10 86 - CID-10 87 - CID-10 88 - CID-10 89 - CID-10 90 - CID-10 91 - CID-10 92 - CID-10 93 - CID-10 94 - CID-10 95 - CID-10 96 - CID-10 97 - CID-10 98 - CID-10 99 - CID-10 100 - CID-10	
AUTORIZAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 42 - CNES () CNES (X) CNES () CPF 43 - CID-10 44 - CID-10 45 - CID-10 46 - CID-10 47 - CID-10 48 - CID-10 49 - CID-10 50 - CID-10 51 - CID-10 52 - CID-10 53 - CID-10 54 - CID-10 55 - CID-10 56 - CID-10 57 - CID-10 58 - CID-10 59 - CID-10 60 - CID-10 61 - CID-10 62 - CID-10 63 - CID-10 64 - CID-10 65 - CID-10 66 - CID-10 67 - CID-10 68 - CID-10 69 - CID-10 70 - CID-10 71 - CID-10 72 - CID-10 73 - CID-10 74 - CID-10 75 - CID-10 76 - CID-10 77 - CID-10 78 - CID-10 79 - CID-10 80 - CID-10 81 - CID-10 82 - CID-10 83 - CID-10 84 - CID-10 85 - CID-10 86 - CID-10 87 - CID-10 88 - CID-10 89 - CID-10 90 - CID-10 91 - CID-10 92 - CID-10 93 - CID-10 94 - CID-10 95 - CID-10 96 - CID-10 97 - CID-10 98 - CID-10 99 - CID-10 100 - CID-10		41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 42 - CNES () CNES (X) CNES () CPF 43 - CID-10 44 - CID-10 45 - CID-10 46 - CID-10 47 - CID-10 48 - CID-10 49 - CID-10 50 - CID-10 51 - CID-10 52 - CID-10 53 - CID-10 54 - CID-10 55 - CID-10 56 - CID-10 57 - CID-10 58 - CID-10 59 - CID-10 60 - CID-10 61 - CID-10 62 - CID-10 63 - CID-10 64 - CID-10 65 - CID-10 66 - CID-10 67 - CID-10 68 - CID-10 69 - CID-10 70 - CID-10 71 - CID-10 72 - CID-10 73 - CID-10 74 - CID-10 75 - CID-10 76 - CID-10 77 - CID-10 78 - CID-10 79 - CID-10 80 - CID-10 81 - CID-10 82 - CID-10 83 - CID-10 84 - CID-10 85 - CID-10 86 - CID-10 87 - CID-10 88 - CID-10 89 - CID-10 90 - CID-10 91 - CID-10 92 - CID-10 93 - CID-10 94 - CID-10 95 - CID-10 96 - CID-10 97 - CID-10 98 - CID-10 99 - CID-10 100 - CID-10	



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Sexo: F

Clinica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 28/08/2019

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araújo De Menezes /

Prescrição	Aprazamento
DIETA LIVRE	920
JELCO SALINIZADO	00
DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 MIL E.V. IAMPOLA. 6h/6h	00
TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h	00
Reconstituir 2ML ABD.	00
OMEPRAZOL 20 MG VO. ICAPS. ANTES DO CAFE	00
CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	00

④ Cosafar 50mg: 1cp, VO, pela manhã - de
⑤ Atenolol 25mg - 1cp, VO/de (noite). 00

28/08/19 22:40

fx articular de
rótulo direito D.
Tudo o possível.
Pre-op solado.
cp: VPM.

DR. ALVARO AMORIM
CRM-PB 6221 - RCPOT: 12453
CRM-PA 12453 - RCPOT: 12453
CRM-PE 12453 - RCPOT: 12453
CRM-PI 12453 - RCPOT: 12453

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/08/2019

Horas: 06:24:01

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F
Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIH - I
Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO

DIA 29/08/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	09/02 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1 CAPS, ANTES DO CAFE	06/05 24
	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1 COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	06/05 24
7	ATENOLOL 50 MG V.O, 1 COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 29/08/2019 HORA: 06:22:55

FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO Data de Internamento: 28/08/2019

BEG, ESTAVEL

COM TALA GESSADA

AGUARDO EXAMES PRE-OPERATORIO

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/08/2019

Horas: 10:00:29

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F
Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIH - 2
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO

DIA 30/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, ANTES DO CAFE	06
	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
7	ATENOLOL 50 MG V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	24
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/08/2019 HORA: 10:00:17

ORTOPEDIA

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRENCIAS
DIURESE E EVACUAÇÕES +

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE-9985 / CRM/RN-8320



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/09/2019

Horas: 08:09:41

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIII - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO

DIA 01/09/2019

MÉDICO(A): Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 6h/6h	
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS, ANTES DO CAFE	
5	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. ICOMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
6	ATENOLOL 50 MG V.O. ICOMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/09/2019 HORA: 08:09:31

ORTOPEDIA

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL

SEM INTERCORRENCIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES +

PRÉ-OP: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

- Dura 2m 1 s do ORW

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

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

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIH - 5

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO

DIA 02/09/2019

MÉDICO(A): Ewerton Franco De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
3	JELCO SALINIZADO	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE	06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
7	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	06
8	ATENOLOL 50 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Ciente

EVOLUÇÃO

DATA: 02/09/2019 HORA: 12:03:30

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAO X DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Ewerton Franco De Souza
Dr. Ewerton Franco De Souza
CRM-PB 9507



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO

DATA 31/08/2019

MÉDICO(A): Wagner De Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD.	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE	
6	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. 1COMP. 24h/24h (ADM AS 8h)	
7	ATENOLOL 50 MG V.O. 1COMP. 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 31/08/2019 HORA: 06:10:52

ORTOPEDIA

PACIENTE EVOLUI EM BEM, ESTÁVEL

SEM INTERCORRENCIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES +

PRÉ-OP: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
CRM-PB 8643
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ASSINATURA: CARIMBO
Wagner De Melo Falcão

02/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Md. Floriano Peixoto, 4700 - Madrinha, Campina Grande - PB.
NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo

CNPJ: 08.778.269/0001-52
Data: 02/09/2019



**GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 156873

DATA DA CIRURGIA: 02/09/2019

Número do Atendimento: 1978429 Cln: ORTOPEDIA 2 / Enf: 2 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Data da Internação: 28/08/2019

Atendimento: 1978429

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório: 0408020172 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA NO PUNHO

Cirurgia: FIXACAO PERCUTANEA

Data da Cirurgia: 02/09/2019

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTÉSIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE K 2.5 CRUZADOS SOB ESCOPIA

05 LAVADO DE FO COM SF

06 TALA

Data 02/09/2019

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz Egito De Araujo

Marib de

GOVERNO
DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Marcelo de Almeida Sousa Silva</u>	Idade: <u>62 anos</u>
Convênio: <u>NUS</u>	Data: <u>02/05/2019</u>
Procedimento: <u>fratura de rádio distal d</u>	
Cirurgião: <u>Dr Euler + Wagner</u>	Auxiliar: <u> </u>
Anestesista: <u> </u>	
Início: <u>13:50</u>	Término: <u>14:20</u>
Anestesia <u>bloqueo do plexo</u>	

[illegible][illegible][illegible]



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

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

Assinatura do anestesista

(Assinatura)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Marta de Lourdes Sousa Silva</u>			IDADE: <u>62</u>	SEXO: <u>F</u>	COR:
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCRITO	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	UREIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO					ASAIA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URBÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALÉRGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excl.: _____ Toco: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LIQUIDOS	SP 8,5 800 ml 1345				MANUTENÇÃO Bloqueio interescalar mco do plexo braquial		
CÓDIGOS					ANESTESIA SATISF.: Sim ☒ Não ☐ Não, por quê? _____		
VR. ARTERIAL: AX - ANL					DESPERTAR Reflexos no SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excl.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Bloqueio interescalar mco do plexo braquial 1345				Com cânula: Para o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:		
POSICÃO							
AGENTES	Midazolam + Nitperido + Fentanyl						
TECNICA	Fixação do radio distal direito					CANULAS	
OPERAÇÃO							
QUIRURGIOS	Dr. Euler R2 e Dr. Wagner R1						
ANESTESISTAS	Dr. Ricardo Loureiro						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/09/2019

Horas: 10:36:34

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIH - 6

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO

DIA 03/09/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/06
3	JELCO SALINIZADO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS. ANTES DO CAFE	17/18/24/06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	06
7	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	06
8	ATENOLOL 50 MG V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06

EVOLUÇÃO

DATA: 03/09/2019 HORA: 10:36:05

PACIENTE EVOLUINDO BEM.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAIOS X DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa

CRM: 50473



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Data da Internação: 28/08/2019

Data da Alta: 04/09/2019

Registro: 1978429

Tempo de Permanência: 18137

Diagnóstico Inicial: 0408020431

Diagnóstico Final: 0408020431

Cirurgia: PERCUTANEA

Data: 02/09/2019

Equipe:

Cirurgião: WAGNER DE MELO FALCAO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos:

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

Condições de Alta: Melhorado

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

04/09/2019

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Schubert Luigi Costa Rodrigues

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Me de Rorundes S. Silva IDADE: 62 SEXO: F
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 29/08/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - DOENÇAS EM CURSO:

☒ Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus N () Insut. Cardíaca Congestiva ? () Insuficiência Coronariana N
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: meiga () Tabagismo N
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico Pl. Abdominal Outros

Medicamentos em uso () Não ☒ Sim Losartana, Atenolol

4 - EXAMES FÍSICO

() Estado Geral ☒ Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCP 2T, 2D

FC: 73 b.p.m P.A.: 100 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: Hg: 13,8 Ht: 0,6

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Paciente com programação cirúrgica p/2ª vez;
solicitado Rinsua de Sangue.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDI () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		(X) OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		(X) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	Ex dia	
(X) MINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		(X) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	Acuso	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	OK	
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM (X) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM (X) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? (X) SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Antonio
adren 93464

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: W. de Souza Idade: 62 Sexo: F Enf/Leito: 2,1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura patológica de Rádio Distal D.

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: (X) PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO (X) AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: (X) VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida: Curativo em: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE (X) DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO/REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

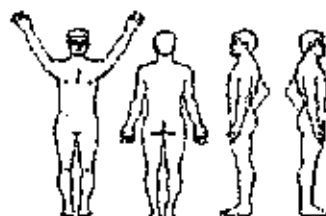
SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: Católica () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
13:00	128/83	35,4	71							<u>[Assinatura]</u>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ME de Lourdes Souza Idade: 62 Sexo F Enf/Leito 2.1 Out 2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença ☒ HAS () DM

☒ Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso: lorazepam / Ativanol / Amoxicilina.

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO ☒ AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: ☒ LOCAL OBS.: F.O.M.S.E

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ☒ NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA ☒ LESÃO () OUTROS: F.O

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida: Curativo em: _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE ☒ PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO/REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
09	130/70	36,2	73	-	-	+	-	-	-	<u>M. J. Silva</u>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Maria José da Silva França
COREN-BB 642016-TE

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	☐ DESIDRATAÇÃO ☐ HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	☐ ABDOME DISTENDI ☐ ANOREXIA ☐ DOR AO EVACUAR ☐ DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	☐ PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ☐ DOR ☐ OUTRO	☐ INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ☐ INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	☐ AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) ☐ OUTROS	☐ ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA ☐ RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	☐ ANESTESIA ☐ DESIDRATAÇÃO ☐ TRAUMA ☐ OUTRO	☐ AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ☐ TAQUICARDIA ☐ TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	☐ ANSIEDADE ☐ DESCONFORTO ☐ RIGIDEZ ARTICULAR ☐ PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	☐ DIFICULDADE PARA VIRAR-SE ☐ MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	☒ AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ☒ PROCEDIMENTOS INVASIVOS ☐ OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL ☐ AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA ☐ OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL ☐ ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO ☐ REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO ☐ EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR ☐ AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR ☐ AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS ☐ ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO ☐ APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS ☐ INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS ☐ ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO ☒ OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS ☒ ROTOCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS ☒ REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		☐ OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ ☐ AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE ☐ CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE) ☐ MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS ☐ MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA ☒ DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ☐ SIM ☐ NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ☐ SIM ☐ NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ☐ SIM ☐ NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? ☐ SIM ☐ NÃO ESTADO MENTAL? ☐ AGITADO ☐ DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ☒ SIM ☐ NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Marcia Regina de Sá Nobrega
 ENFERMEIRA
 COREN 314616

070

71 MAIG 1967

1991 0000 1 7

dos Santos

00703440000

1

Apina Grande

一

100%

Wolf, D.A. *University of*

06411

606



5073

1



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

032.109.214-74

Nome

MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Nascimento

28/02/1967



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048155 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA **Data do acidente:** 28/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.11.13_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048155 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA **Data do acidente:** 28/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.11.13_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040062/20

Vítima: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

CPF: 032.109.214-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/08/2019

Titular do CPF: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA : 032.109.214-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA
CPF: 032.109.214-74

MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA