

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200088390 **Cidade:** Damião **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DISTAL ESQUERDO. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P5
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @3

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	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: 3200088390

Cidade: Damião

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS

Data do acidente: 14/05/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DISTAL E PATELA ESQUERDA

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ, PRESENÇA DE DEFORMIDADE, SEM EDEMA. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO NA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO (DEFICIT DE 50 GRAUS) E DORSOFLEXÃO DE TORNOZELO ESQUERDO (DEFICIT DE 10 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 14/05/2017; SENDO SOCORRIDO PELA AMBULANCIA LOCAL PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO FÊMUR DISTAL E PATELA ESQUERDA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 26/05/2017, COM OUTRA ENTRADA HOSPITALAR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2020

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do membro inferior E devido a repercussão funcional (limitação da mobilidade do joelho e da dorsoflexão do tornozelo esquerdo).
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA DENNIS GONÇALVES BARROS

DATA DO ACIDENTE 19/06/17 POSSUI CPF ☒ SIM () NÃO Nº CPF 155.329.264

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data de alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

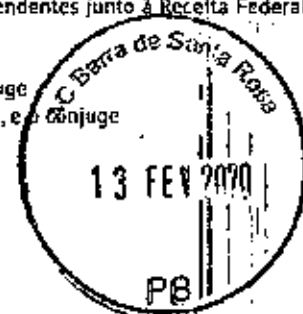
- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptuários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Tempo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - () Outros Documentos apresentados: _____



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) DENNIS GONÇALVES BARROS
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☒ Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 155.329.264-25
 E-mail _____ Telefone () _____
 Data 13.01.2020 Assinatura [assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Atendimento
 Atendente José Lucas Lima Matrícula 84469181
 Data 13/01/2020 Assinatura [assinatura] Atendente Comercial
 Mkt. 0.476.918-1
 CH. ACSP Barra de Sta. Rosa/PB



CONCLUSION

REVISTA DE ECONOMIA E ADMINISTRAÇÃO
ADMINISTRATIVAS

01071559
DEFRANCO, JEFFREY A
ATTORNEY AT LAW

10658563184531

100

0-96387-9

[illegible][illegible]

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

[illegible]

TABLE 1

1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
2100
2101
2102
2103
2104
2105
2106
2107
2108
2109
2110
2111
2112
2113
2114
2115
2116
2117
2118
2119
2120
2121
2122
2123
2124
2125
2126
2127
2128
2129
2130
2131
2132
2133
2134
2135
2136
2137
2138
2139
2140
2141
2142
2143
2144
2145
2146
2147
2148
2149
2150
2151
2152
2153
2154
2155
2156
2157
2158
2159
2160
2161
2162
2163
2164
2165
2166
2167
2168
2169
2170
2171
2172
2173
2174
2175
2176
2177
2178
2179
2180
2181
2182
2183
2184
2185
2186
2187
2188
2189
2190
2191
2192
2193
2194
2195
2196
2197
2198
2199
2200
2201
2202
2203
2204
2205
2206
2207
2208
2209
2210
2211
2212
2213
2214
2215
2216
2217
2218
2219
2220
2221
2222
2223
2224
2225
2226
2227
2228
2229
2230
2231
2232
2233
2234
2235
2236
2237
2238
2239
2240
2241
2242
2243
2244
2245
2246
2247
2248
2249
2250
2251
2252
2253
2254
2255
2256
2257
2258
2259
2260
2261
2262
2263
2264
2265
2266
2267
2268
2269
2270
2271
2272
2273
2274
2275
2276
2277
2278
2279
2280
2281
2282
2283
2284
2285
2286
2287
2288
2289
2290
2291
2292
2293
2294
2295
2296
2297
2298
2299
2300
2301
2302
2303
2304
2305
2306
2307
2308
2309
2310
2311
2312
2313
2314
2315
2316
2317
2318
2319
2320
2321
2322
2323
2324
2325
2326
2327
2328
2329
2330
2331
2332
2333
2334
2335
2336
2337
2338
2339
2340
2341
2342
2343
2344
2345
2346
2347
2348
2349
2350
2351
2352
2353
2354
2355
2356
2357
2358
2359
2360
2361
2362
2363
2364
2365
2366
2367
2368
2369
2370
2371
2372
2373
2374
2375
2376
2377
2378
2379
2380
2381
2382
2383
2384
2385
2386
2387
2388
2389
2390
2391
2392
2393
2394
2395
2396
2397
2398
2399
2400
2401
2402
2403
2404
2405
2406
2407
2408
2409
2410
2411
2412
2413
2414
2415
2416
2417
2418
2419
2420
2421
2422
2423
2424
2425
2426
2427
2428
2429
2430
2431
2432
2433
2434
2435
2436
2437
2438
2439
2440
2441
2442
2443
2444
2445
2446
2447
2448
2449
2450
2451
2452
2453
2454
2455
2456
2457
2458
2459
2460
2461
2462
2463
2464
2465
2466
2467
2468
2469
2470
2471
2472
2473
2474
2475
2476
2477
2478
2479
2480
2481
2482
2483
2484
2485
2486
2487
2488
2489
2490
2491
2492
2493
2494
2495
2496
2497
2498
2499
2500
2501
2502
2503
2504
2505
2506
2507
2508
2509
2510
2511
2512
2513
2514
2515
2516
2517
2518
2519
2520
2521
2522
2523
2524
2525
2526
2527
2528
2529
2530
2531
2532
2533
2534
2535
2536
2537
2538
2539
2540
2541
2542
2543
2544
2545
2546
2547
2548
2549
2550
2551
2552
2553
2554
2555
2556
2557
2558
2559
2560
2561
2562
2563
2564
2565
2566
2567
2568
2569
2570
2571
2572
2573
2574
2575
2576
2577
2578
2579
2580
2581
2582
2583
2584
2585
2586
2587
2588
2589
2590
2591
2592
2593
2594
2595
2596
2597
2598
2599
2600
2601
2602
2603
2604
2605
2606
2607
2608
2609
2610
2611
2612
2613
2614
2615
2616
2617
2618
2619
2620
2621
2622
2623
2624
2625
2626
2627
2628
2629
2630
2631
2632
2633
2634
2635
2636
2637
2638
2639
2640
2641
26

[illegible]

Q1071535978 - 3044 TC OF SFGURODPVA

~~PARA WALEDIR JACQUES, TEM NÓ VESSO~~

54CIP(A) 06000221204

[illegible]

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
1900			
1901			
1902			
1903			
1904			
1905			
1906			
1907			
1908			
1909			
1910			
1911			
1912			
1913			
1914			
1915			
1916			
1917			
1918			
1919			
1920			
1921			
1922			
1923			
1924			
1925			
1926			
1927			
1928			
1929			
1930			
1931			
1932			
1933			
1934			
1935			
1936			
1937			
1938			
1939			
1940			
1941			
1942			
1943			
1944			
1945			
1946			
1947			
1948			
1949			
1950			
1951			
1952			
1953			
1954			
1955			
1956			
1957			
1958			
1959			
1960			
1961			
1962			
1963			
1964			
1965			
1966			
1967			
1968			
1969			
1970			
1971			
1972			
1973			
1974			
1975			
1976			
1977			
1978			
1979			
1980			
1981			
1982			
1983			
1984			
1985			
1986			
1987			
1988			
1989			
1990			
1991			
1992			
1993			
1994			
1995			
1996			
1997			
1998			
1999			
2000			
2001			
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007			
2008			
2009			
2010			
2011			
2012			
2013			
2014			
2015			
2016			
2017			
2018			
2019			
2020			
2021			
2022			
2023			
2024			
2025			
2026			

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY
ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION
500 5TH AVENUE
NEW YORK 17, N.Y.

001118206R84345

PHENOTYPIC RISK

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

SECRET-DO NOT DISSEMINATE

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

2012-2013

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: **3200088390**

Nome do(a) Examinado(a): **DENNIS GONCALVES BARROS**

Endereço do(a) Examinado(a):

ASSENTAMENTO SANTA VERONICA, SN - RURAL - Damião - PB - CEP 58173-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **003.961.889**

Data e local do acidente: [**14/05/2017**] **DAMIÃO**

Data e local do exame: [**12/03/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO FÊMUR DISTAL E PATELA ESQUERDA

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

PRESENÇA DE CICATRIZ, PRESENÇA DE DEFORMIDADE, SEM EDEMA

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

[☒] Sim [☐] Não

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

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 14/05/2017; SENDO SOCORRIDO PELA AMBULANCIA LOCAL PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO FÊMUR DISTAL E PATELA ESQUERDA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 26/05/2017. COM OUTRA ENTRADA HOSPITALAR. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO NA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO (DEFICIT DE 50 GRAUS) E DORSOFLEXÃO DE TORNOZELO ESQUERDO (DEFICIT DE 10 GRAUS).

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

[☒] Sim [☐] Não

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

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO NA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO (DEFICIT DE 50 GRAUS) E DORSOFLEXÃO DE TORNOZELO ESQUERDO (DEFICIT DE 10 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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º 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.

Documentação médico - hospitalar



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE DAMIÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UBS FLORENTINA HONORATO DA COSTA
CNES 2364425
Rua Manoel Inácio da Silva, s/n, Centro,
CEP: 58173-000

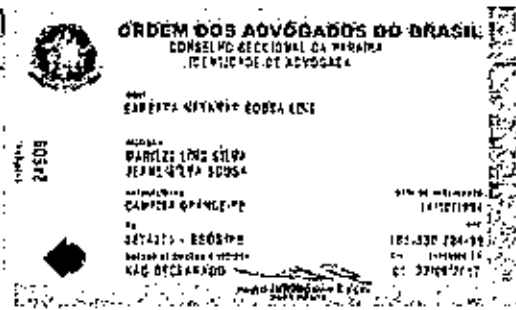
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova que o(a) senhor(a)
Dennis Gonçalves Barros, Cartão SUS:
898.0039.8993.2979. No dia 14 / 05 / 17 por volta
das 19 : 10 Horas Foi solicitado para um atendimento da vítima
de acidente automobilístico, chegando ao local da cena tendo em
vista que se tratavam de um grave acidente retiramos o mesmo
para o hospital de trauma de Campina Grande -PB.

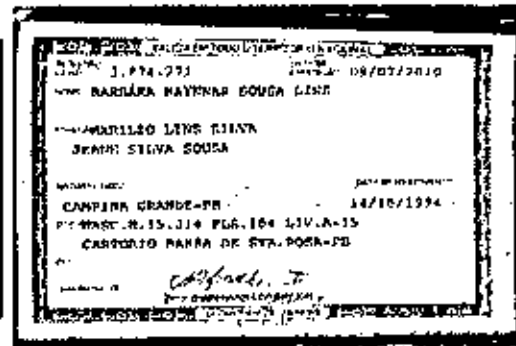
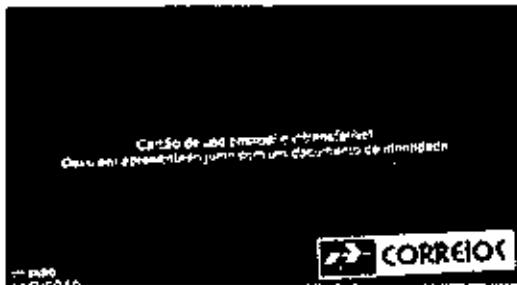
Damião-PB, 30 / 05 / 2018.

Maria Aparecida Silva Sousa
Plantonista

Maria Aparecida Silva Sousa
Téc. em Enfermagem
COREN-PB 827.394



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO-1



POLEGAR DIREITO



Dennis Gonçalves Barros
AS 11/05/2001

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECBTMO OFICIAL	003.961.889	DATA DE EXPIRAÇÃO	17/05/2018
NOME:	DENNIS GONCALVES BARROS		
FILIAÇÃO	JOSE GONCALVES RAMOS IVONE DA SILVA BARROS		
NATURALIDADE	RIO DE JANEIRO RJ	DATA DE NASCIM. DO	07/05/2001
DOC. ORDEM	CERT. DE NASCIMENTO 1-145 F-180 RS-61080 RIO DE JANEIRO RJ-13 CARTORIO		
CPF	155.329.264-25	ASSINATURA DO DETENTOR DO DOCUMENTO	

LEI Nº 7.116 DE 29/06/65



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE

RG nº 20.924.497, data de expedição 18 / 07 / 2014

Órgão SSP/MG, portador do CPF nº 096.215.684 - 12

com domicílio na cidade de DAMIÃO, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SÍTIO SANTA VERÔNICA, nº SN

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

DENNIS GONÇALVES BARROS, cujo o condutor era

THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE

Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Ano: 2006

Placa: HCE - 9253 Chassi: 9C2KC08206R815345

Data do Acidente: 14 / 05 / 2014

Local e Data: _____

THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE

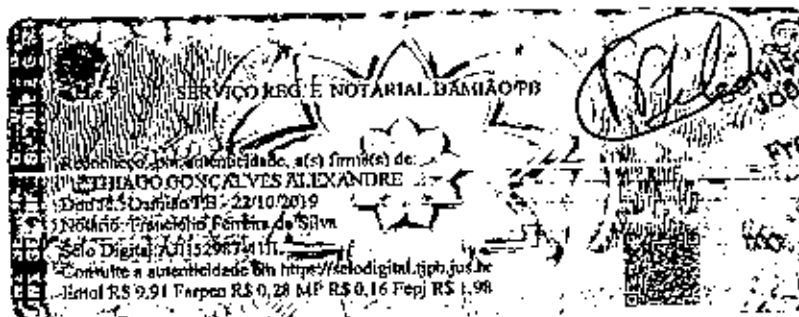
Assinatura do Declarante

THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a última reclamante do sinistro)

RECONHECIDO



serviço registral e notaria
João André dos Santos
DAMIÃO - PB
Francisco Ferreira da Silva
ESCRIVÃO

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento não vinculado

Documento não é acompanhamento de conta

Valor pago a ser pago pelo cliente: R\$ 203,89 N° 037.870.400

Marcelo

Energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 15.015.893-9

DADOS DO CLIENTE

JEANE SILVA SOUZA
RUA JOSE SADY LEAL S/N
BARRA DE SANTA ROSA

CDE - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1025277-3

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

23/01/2020

CONSUMO

201

VENCIMENTO

30/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 203,89

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00180.00009 02624.912008 11346.183178 6 81500000020389

Pagador: JEANE SILVA SOUZA CNPJ/CPF: 691.008.294-04

RUA JOSE SADY LEAL S/N - CENTRO - BARRA DE SANTA ROSA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120011346183	000000000202001	30/01/2020	R\$ 203,89	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Comprovante de residência





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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Barbara Nayman Sousa Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 105.330.734 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dennis Genivalves Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 155.329.264 / 25 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima Dennis Genivalves Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 155.329.264 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

() Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Jax Sady Leal</u>		Número <u>511</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Barra de Santa Rosa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58170-000</u>
Email <u>limb-barbara@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 99327-1103</u>	Telefone celular (DDD)

Barra de Santa Rosa de Janineo de 2020

Local e Data

Barbara Nayman Sousa Lima

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DENNIS GONÇALVES BARROS,RG nº 003.961.889, data de expedição 17/05/18, Órgão SSP/RN,

CPF nº 155.329.264-25, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ASSENTAMENTO SANTA VERONICA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>SITIO</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>DAMIÃO -</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58173-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 993271103</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: DAMIÃO - PB, 24.01.2020Assinatura do Declarante: Dennis Gonçalves Barros

Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE BARRA DE SANTA ROSA - PB
Rua 08 de maio, S/N. centro, Fone 3376-1257 - CEP 58170.000.

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
Nº 01/2020

DATA, HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA: 14/05/2017, ÀS 18H:00MIN, NA RODOVIA ESTADUAL PB-133, NAS IMEDIAÇÕES DA CIDADE DE DAMIÃO-PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO: 06/01/2019, ÀS 16H:00MIN.

COMUNICANTE/ VÍTIMA: DENIS GONÇALVES BARROS, brasileira, solteiro, nascido em 07/05/2001, filho de José Gonçalves Ramos e de Ivone da Silva Barros, residente no Assentamento Santa Verônica, s/nº, Damião-PB, RG Nº 003.961.889 e CPF Nº 155.329.264-25.

TESTEMUNHA (S):

1ª - HANDERSON ALVES, residente no Assentamento Santa Verônica, zona rural de Damião-PB, RG Nº 003.981.790 e CPF Nº 131.055.984-80.

2ª - DORGIVAL DE LIMA OLIVEIRA, residente na rua José Paulino, s/nº, Centro de Damião-PB, RG Nº 3.492.430 e CPF Nº 090.720.774-07.

NARRATIVA: QUE no dia 14 (quatorze) de Maio do ano de 2017, por volta das 18h:00min, encontrava-se na garupa da Motocicleta HONDA CG 150 TITAN, PLACA HCE-9253-MG, COR PRETA, MODELO 2006, de propriedade de THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE, pilotada por seu primo THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE, na rodovia Estadual PB-133, nas proximidades da cidade de Damião-PB, quando derrapou em uma curva e caiu ao solo; QUE com o impacto, caiu ao solo, desmaiou no local e foi socorrido por uma ambulância da cidade de Damião, para o Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande, onde ficou internado por 12 (doze) dias; QUE em decorrência do acidente fraturou o fêmur e o joelho da perna esquerda, tendo sido submetido a 03 (três) cirurgias; QUE procurou a Delegacia de Polícia desta cidade para Registrar o ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

AUTORIDADE:

DECIO DE SOUZA LIMA FILHO
DELEGADO DE POLICIA

VÍTIMA: Denis Gonçalves Barros

ESCRIVÃO:





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
155.329.264-25 DENNIS GONÇALVES BARROS

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

5 - Nome completo: DENNIS GONÇALVES BARROS 6 - CPF: 155.329.264-25
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: ASSENTAMENTO SANTA VERÔNICA 9 - Número: SN 10 - Complemento: SÍTIO
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: DAMIÃO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58173-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 000.000.060.669 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome: Pedro David Dutra Nunes
CPF: 091.590.184-61

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Guelles Pontes Silva
CPF: 073.826.874-73

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088390

Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS

Data do Acidente: 14/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DENNIS GONCALVES BARROS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: DENNIS GONCALVES BARROS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 0000060669-0

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



Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088390

Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS

Data do Acidente: 14/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DENNIS GONCALVES BARROS

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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088390

Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS

Data do Acidente: 14/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DENNIS GONCALVES BARROS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

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: 18/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENNIS GONCALVES BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000060669-0

Nr. da Autenticação 3303B7D9FE0FEEEE0



MEIRA
— ADVOCACIA —

Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DENNIS GONÇALVES BARROS, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade nº 003.961.889 SSP/RN, e do CPF: 155.329.264-25, residente e domiciliado no Assentamento Santa Verônica, s/n, zona rural, Damião, Paraíba.

OUTORGADA: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS, brasileira, solteira, advogada OAB nº 24.609 com endereço profissional à Rua Nossa Senhora da Conceição, nº 27, Centro, Barra de Santa Rosa/PB, onde recebe intimações.

Por este Instrumento Particular de Mandato, o(a) **Outorgante(a)** concede o(à) **Outorgado(a)**, os **poderes** abaixo discriminados:

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima.

Barra de Santa Rosa/PB, 10 de Maio de 2019.

Dennis Gonçalves Barros

OUTORGANTE



RECONHECIDO

Escritório do Tabelião Público de Santa Rosa - PB
Dr. Rodrigo de Aguiar e Silva
ESCRIVÃO



Unidade I
Av. Joaquim Cavalcante de Morais, nº 49
1º andar, Centro, Remói - PB
3364.1020

Unidade II
Rua Nossa Senhora da Conceição, nº 27
Centro, Barra de Santa Rosa - PB
33382.4009

meiradvocacia@gmail.com

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071054/20

Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS

CPF: 155.329.264-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: DENNIS GONCALVES
BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS : 105.330.734-99

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

DENNIS GONCALVES BARROS : 155.329.264-25

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

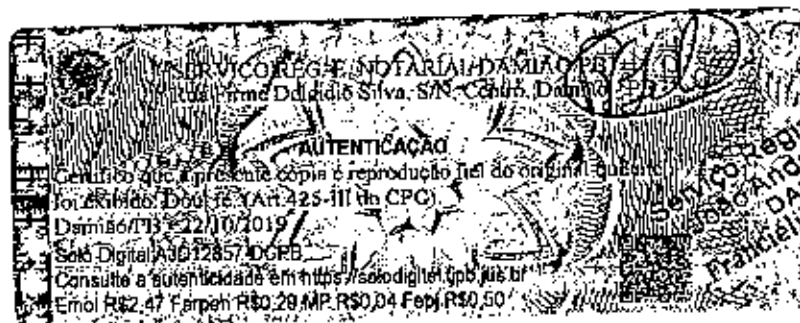
Data da apresentação: 21/02/2020
Nome: DENNIS GONCALVES BARROS
CPF: 155.329.264-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

DENNIS GONCALVES BARROS

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO



Serviço de Registro e Notariação
Município de Damão - PE
Francielly Ferreira da Silva
ESCRIVÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	MG 20.927.497
DATA DE EMISSÃO	10/07/2014
NOME	THIAGO GONCALVES ALEXANDRE
FILIAÇÃO	AFONSO FRANCISCO ALEXANDRE FRANCISCA GONCALVES ALEXANDRE
NATURALIDADE	ARARUNA-PE
DATA DE NASCIMENTO	13/7/1994
DOCUMENTOS	NASC. LV-166 FL-256 CACIMBA DE DENTÃO-PE # 096215684-12
LETICIA ALESSI MACHADO ROQUE DO ASSINATURA DO DPV-10P	
LEI Nº 116 DE 2008/3	

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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO ESQUERDO

% 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):

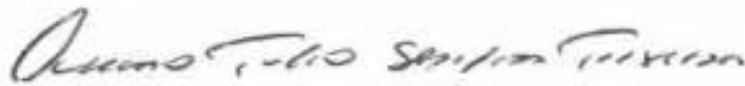
TORNOZELO ESQUERDO

% 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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que DENNIS GONÇALVES
DARROS

foi atendido (às) hoje, às 13:30 ()
horas, necessitando de 90 (NOVENTA)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO-CID M86

Campina Grande, 08/08/2017

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT: 13005
CIR. DA COLUMNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II, Nº 438
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM N°

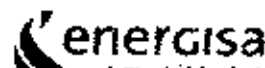
End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

BOLETO PARA PAGAMENTO

Descontado aqui valor total

Documento não é recebido, eis de conta

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58071-000 Nº 024.184.588



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 270, Km 15 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 15.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA GONCALVES ALEXANDRE
ASSENT SANTA VERONICA S/N
DAMIAO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1169554-1

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

29/04/2019

CONSUMO

118

VENCIMENTO

07/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 69,91

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/05/2019				
Pagador: FRANCISCA GONCALVES ALEXANDRE CNPJ/CPF: 028.310.874-65				
ASSENT SANTA VERONICA S/N - AREA RURAL - DAMIAO / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120001040891	001169554201904	07/05/2019	R\$ 69,91	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-000				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071054/20

Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS

CPF: 155.329.264-25

Seguradora: M8M SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DENNIS GONCALVES
BARROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS : 105.330.734-99

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

DENNIS GONCALVES BARROS : 155.329.264-25

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: 21/02/2020
Nome: DENNIS GONCALVES BARROS
CPF: 155.329.264-25

DENNIS GONCALVES BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
Hospital Regional Felipe Tiago Gomes – Picuí

LAUDO MÉDICO

Denis Gonçalves de Barros, DN:07/05/2001, CPF:155.329.264-25 submeteu-se a uma avaliação, pelo DR. Fabio Gondim Nepomuceno, tendo como diagnóstico(s): monoparesia dos membros inferiores esquerdo (MIE) por sequela de fratura de fêmur grave e encurtamentos com anquilose do joelho.

CID : S 72.4 , CID: M 24.8

Picui, 08 de maio de 2019.


NOME: FÁBIO
GONDIM NEPOMUCENO
CRM: CRM UF:PB Nº: 5429
NOME: DR. CHATEAUBRIAND,
Nº: SAO JOSÉ - 3341-2560
UF: PB
DR. Fabio Gondim Nepomuceno

CRM-5429



Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Vilma Mis Gonçalves Barros			
Data da Operação	Enf.	Leito	
24/04/17			
Operador	1º Auxiliar		
M. Hylisson	M. Wagner		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
fx de fratura distal (K) +			
fx total (K)			
Tipo de Operação			
osteossintese			
Diagnóstico Pós-Operatório			
10 dias			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Sim			
Acidente Durante a Operação			
Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDA sob anestesia
2) Associação Antéptica + Antisséptica + Antisséptica
3) Redução imediata de fratura de fêmur
4) fixação com 02 fios de (K) 3,5 cruzados
5) sob fluoroscopia com MIF
6) curativo
7) Talpa imediata
8) 235: Evolução de não devida com
fx de patela, sendo o resto da
fratura conservada na mesma



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Daniel Gonçalves Barros	Alcance	04	Leito	04	Convênio	
----------	-------------------------	---------	----	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/05/19			19/05/19 07:40
			# Exame Geral:
			Admitido vítima de acidente de mo- tor, por objeto móvel - trauma de zona distal E, não apresentou mais dor de dor abdominal. Discreto per- cussão e ausculta aumentada. Sem sig- nificações.
			Atuação do sistema: perna, fígado, bexiga, rins, aorta, pulmões, lapa- reos e medula, sem sinais de trauma ou perfuração, sem comprometimento DAE.
			Exame realizado dia 18/05/19:
			Admissão de trauma: sem alterações, ausência de trauma físico.
			USG abdominal total: sem alterações.
			Hb = 7,2
			Ht = 21%
			conduta: No momento sem indicação cirúrgica de cirurgia geral. Atto de cirurgia geral.
			Dr. Rômulo P. S. - 16.3 CRM: 16.3 CPF: 052.352.40-95

Diagnóstico

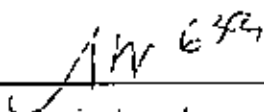
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Damiana Gonçalves Barros Alojamento: Lello: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/05/13			18/05/13 07:15
			atuação da Cirurgia Geral:
			Admissional vítima de acidente de trânsito, lesão moto-moto e fratura de fêmur distal E, não sabe mais dos abdominais.
			Paciente apresenta: O1, episódio de dor abdominal difusa, não irradiada, de moderada intensidade, associada a náuseas no ventre anterior. Relato que não ocorreu desde a internação (dia 18/05/13) e apresenta dor com SVD. No momento, não apresenta dor em região abdominal.
			Exame: EGA: supnco, distendido (4+), normotico, auscultado, epigastrio fgv: fgv em 2T, 3T sem epigastrio.
			AD: MV 12 em AIT, sem RA.
			Exame: plano, flexido, deprimido, RHA (+).
			Indice e palpato superficial e profundo.
			Sem sinais de irritação peritoneal.
			Conduto: Solicitar Ht e Hs, raio-x de tórax e USG abdominal.
			Dr. Antônio Carlos...
			Médico Cirurgião
			CRP 10.103

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10


Assinatura do anestesista

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																																																																																
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Dennis Gonçalves Baines</u>			IDADE: <u>16</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>																																																																																																
DATA: <u>24.03.11</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>120/80</u>	PULSO: <u>80/min</u>	RESPIRAÇÃO: <u>Expansiva</u>	TEMPERATURA: <u>36,5</u>	PESO: <u>56kg</u>	ALTURA: <u>1,60</u>																																																																																																	
TIPO SANGÜÍNEO: <u>B+</u>	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA: <u>15,1 g/dl</u>	HEMATÓCRITO: <u>31,2%</u>	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:																																																																																																	
URINA:																																																																																																							
AP. RESPIRATÓRIO: <u>MNF</u>					ASHA: <u>None</u>		BRONQUITE: <u>None</u>																																																																																																
AP. CIRCULATÓRIO: <u>RGR 2T, BNF</u>					ELETROCARDIOGRAMA: <u>R Sinus</u>																																																																																																		
AP. DIGESTIVO: <u>Jejum > 8h</u>			DENTES: <u>Prothion</u>	PESSOÇO: <u>-</u>	AP. URINÁRIO: <u>-</u>																																																																																																		
ESTADO MENTAL: <u>Orientado, unido, de acordo com o relato da mãe</u>			ATAXICOS: <u>-</u>	CORTICOIDES: <u>-</u>	ALERGIA: <u>None</u>	HIPOTENSORES: <u>-</u>																																																																																																	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura fêmur + lesão E</u>					ESTADO FÍSICO: <u>ASA I</u>		RISCO: <u>-</u>																																																																																																
ANESTESIAS ANTERIORES: <u>-</u>																																																																																																							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>Paral. gelato 5mg</u>				APLICADA AS:	EFEITO:																																																																																																		
AGENTES ANESTÉSICOS	<table border="1"> <tr> <td>0'</td> <td>15'</td> <td>30'</td> <td>45'</td> <td>1h</td> <td>1h30'</td> <td>1h45'</td> <td>2h</td> <td>2h15'</td> <td>2h30'</td> <td>2h45'</td> <td>3h</td> <td>3h15'</td> <td>3h30'</td> <td>3h45'</td> <td>4h</td> <td>4h15'</td> <td>4h30'</td> <td>4h45'</td> <td>5h</td> <td>5h15'</td> <td>5h30'</td> <td>5h45'</td> <td>6h</td> <td>6h15'</td> <td>6h30'</td> <td>6h45'</td> <td>7h</td> <td>7h15'</td> <td>7h30'</td> <td>7h45'</td> <td>8h</td> <td>8h15'</td> <td>8h30'</td> <td>8h45'</td> <td>9h</td> <td>9h15'</td> <td>9h30'</td> <td>9h45'</td> <td>10h</td> <td>10h15'</td> <td>10h30'</td> <td>10h45'</td> <td>11h</td> <td>11h15'</td> <td>11h30'</td> <td>11h45'</td> <td>12h</td> <td>12h15'</td> <td>12h30'</td> <td>12h45'</td> <td>13h</td> <td>13h15'</td> <td>13h30'</td> <td>13h45'</td> <td>14h</td> <td>14h15'</td> <td>14h30'</td> <td>14h45'</td> <td>15h</td> <td>15h15'</td> <td>15h30'</td> <td>15h45'</td> <td>16h</td> <td>16h15'</td> <td>16h30'</td> <td>16h45'</td> <td>17h</td> <td>17h15'</td> <td>17h30'</td> <td>17h45'</td> <td>18h</td> <td>18h15'</td> <td>18h30'</td> <td>18h45'</td> <td>19h</td> <td>19h15'</td> <td>19h30'</td> <td>19h45'</td> <td>20h</td> <td>20h15'</td> <td>20h30'</td> <td>20h45'</td> <td>21h</td> <td>21h15'</td> <td>21h30'</td> <td>21h45'</td> <td>22h</td> <td>22h15'</td> <td>22h30'</td> <td>22h45'</td> <td>23h</td> <td>23h15'</td> <td>23h30'</td> <td>23h45'</td> <td>24h</td> </tr> </table>						0'	15'	30'	45'	1h	1h30'	1h45'	2h	2h15'	2h30'	2h45'	3h	3h15'	3h30'	3h45'	4h	4h15'	4h30'	4h45'	5h	5h15'	5h30'	5h45'	6h	6h15'	6h30'	6h45'	7h	7h15'	7h30'	7h45'	8h	8h15'	8h30'	8h45'	9h	9h15'	9h30'	9h45'	10h	10h15'	10h30'	10h45'	11h	11h15'	11h30'	11h45'	12h	12h15'	12h30'	12h45'	13h	13h15'	13h30'	13h45'	14h	14h15'	14h30'	14h45'	15h	15h15'	15h30'	15h45'	16h	16h15'	16h30'	16h45'	17h	17h15'	17h30'	17h45'	18h	18h15'	18h30'	18h45'	19h	19h15'	19h30'	19h45'	20h	20h15'	20h30'	20h45'	21h	21h15'	21h30'	21h45'	22h	22h15'	22h30'	22h45'	23h	23h15'	23h30'	23h45'	24h	INDUÇÃO Satisf.: _____ Excl.: _____ Toss.: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO <u>Cefazolin 2g</u> <u>Diprivan 2g</u> <u>Janumet 1000mg</u> <u>Manitol 10g</u> ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excl.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Para o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____
0'	15'	30'	45'	1h	1h30'	1h45'	2h	2h15'	2h30'	2h45'	3h	3h15'	3h30'	3h45'	4h	4h15'	4h30'	4h45'	5h	5h15'	5h30'	5h45'	6h	6h15'	6h30'	6h45'	7h	7h15'	7h30'	7h45'	8h	8h15'	8h30'	8h45'	9h	9h15'	9h30'	9h45'	10h	10h15'	10h30'	10h45'	11h	11h15'	11h30'	11h45'	12h	12h15'	12h30'	12h45'	13h	13h15'	13h30'	13h45'	14h	14h15'	14h30'	14h45'	15h	15h15'	15h30'	15h45'	16h	16h15'	16h30'	16h45'	17h	17h15'	17h30'	17h45'	18h	18h15'	18h30'	18h45'	19h	19h15'	19h30'	19h45'	20h	20h15'	20h30'	20h45'	21h	21h15'	21h30'	21h45'	22h	22h15'	22h30'	22h45'	23h	23h15'	23h30'	23h45'	24h								
LÍQUIDOS	<table border="1"> <tr> <td>0'</td> <td>15'</td> <td>30'</td> <td>45'</td> <td>1h</td> <td>1h30'</td> <td>1h45'</td> <td>2h</td> <td>2h15'</td> <td>2h30'</td> <td>2h45'</td> <td>3h</td> <td>3h15'</td> <td>3h30'</td> <td>3h45'</td> <td>4h</td> <td>4h15'</td> <td>4h30'</td> <td>4h45'</td> <td>5h</td> <td>5h15'</td> <td>5h30'</td> <td>5h45'</td> <td>6h</td> <td>6h15'</td> <td>6h30'</td> <td>6h45'</td> <td>7h</td> <td>7h15'</td> <td>7h30'</td> <td>7h45'</td> <td>8h</td> <td>8h15'</td> <td>8h30'</td> <td>8h45'</td> <td>9h</td> <td>9h15'</td> <td>9h30'</td> <td>9h45'</td> <td>10h</td> <td>10h15'</td> <td>10h30'</td> <td>10h45'</td> <td>11h</td> <td>11h15'</td> <td>11h30'</td> <td>11h45'</td> <td>12h</td> <td>12h15'</td> <td>12h30'</td> <td>12h45'</td> <td>13h</td> <td>13h15'</td> <td>13h30'</td> <td>13h45'</td> <td>14h</td> <td>14h15'</td> <td>14h30'</td> <td>14h45'</td> <td>15h</td> <td>15h15'</td> <td>15h30'</td> <td>15h45'</td> <td>16h</td> <td>16h15'</td> <td>16h30'</td> <td>16h45'</td> <td>17h</td> <td>17h15'</td> <td>17h30'</td> <td>17h45'</td> <td>18h</td> <td>18h15'</td> <td>18h30'</td> <td>18h45'</td> <td>19h</td> <td>19h15'</td> <td>19h30'</td> <td>19h45'</td> <td>20h</td> <td>20h15'</td> <td>20h30'</td> <td>20h45'</td> <td>21h</td> <td>21h15'</td> <td>21h30'</td> <td>21h45'</td> <td>22h</td> <td>22h15'</td> <td>22h30'</td> <td>22h45'</td> <td>23h</td> <td>23h15'</td> <td>23h30'</td> <td>23h45'</td> <td>24h</td> </tr> </table>						0'	15'	30'	45'	1h	1h30'	1h45'	2h	2h15'	2h30'	2h45'	3h	3h15'	3h30'	3h45'	4h	4h15'	4h30'	4h45'	5h	5h15'	5h30'	5h45'	6h	6h15'	6h30'	6h45'	7h	7h15'	7h30'	7h45'	8h	8h15'	8h30'	8h45'	9h	9h15'	9h30'	9h45'	10h	10h15'	10h30'	10h45'	11h	11h15'	11h30'	11h45'	12h	12h15'	12h30'	12h45'	13h	13h15'	13h30'	13h45'	14h	14h15'	14h30'	14h45'	15h	15h15'	15h30'	15h45'	16h	16h15'	16h30'	16h45'	17h	17h15'	17h30'	17h45'	18h	18h15'	18h30'	18h45'	19h	19h15'	19h30'	19h45'	20h	20h15'	20h30'	20h45'	21h	21h15'	21h30'	21h45'	22h	22h15'	22h30'	22h45'	23h	23h15'	23h30'	23h45'	24h	
0'	15'	30'	45'	1h	1h30'	1h45'	2h	2h15'	2h30'	2h45'	3h	3h15'	3h30'	3h45'	4h	4h15'	4h30'	4h45'	5h	5h15'	5h30'	5h45'	6h	6h15'	6h30'	6h45'	7h	7h15'	7h30'	7h45'	8h	8h15'	8h30'	8h45'	9h	9h15'	9h30'	9h45'	10h	10h15'	10h30'	10h45'	11h	11h15'	11h30'	11h45'	12h	12h15'	12h30'	12h45'	13h	13h15'	13h30'	13h45'	14h	14h15'	14h30'	14h45'	15h	15h15'	15h30'	15h45'	16h	16h15'	16h30'	16h45'	17h	17h15'	17h30'	17h45'	18h	18h15'	18h30'	18h45'	19h	19h15'	19h30'	19h45'	20h	20h15'	20h30'	20h45'	21h	21h15'	21h30'	21h45'	22h	22h15'	22h30'	22h45'	23h	23h15'	23h30'	23h45'	24h								
CÓDIGOS	<table border="1"> <tr> <td>0'</td> <td>15'</td> <td>30'</td> <td>45'</td> <td>1h</td> <td>1h30'</td> <td>1h45'</td> <td>2h</td> <td>2h15'</td> <td>2h30'</td> <td>2h45'</td> <td>3h</td> <td>3h15'</td> <td>3h30'</td> <td>3h45'</td> <td>4h</td> <td>4h15'</td> <td>4h30'</td> <td>4h45'</td> <td>5h</td> <td>5h15'</td> <td>5h30'</td> <td>5h45'</td> <td>6h</td> <td>6h15'</td> <td>6h30'</td> <td>6h45'</td> <td>7h</td> <td>7h15'</td> <td>7h30'</td> <td>7h45'</td> <td>8h</td> <td>8h15'</td> <td>8h30'</td> <td>8h45'</td> <td>9h</td> <td>9h15'</td> <td>9h30'</td> <td>9h45'</td> <td>10h</td> <td>10h15'</td> <td>10h30'</td> <td>10h45'</td> <td>11h</td> <td>11h15'</td> <td>11h30'</td> <td>11h45'</td> <td>12h</td> <td>12h15'</td> <td>12h30'</td> <td>12h45'</td> <td>13h</td> <td>13h15'</td> <td>13h30'</td> <td>13h45'</td> <td>14h</td> <td>14h15'</td> <td>14h30'</td> <td>14h45'</td> <td>15h</td> <td>15h15'</td> <td>15h30'</td> <td>15h45'</td> <td>16h</td> <td>16h15'</td> <td>16h30'</td> <td>16h45'</td> <td>17h</td> <td>17h15'</td> <td>17h30'</td> <td>17h45'</td> <td>18h</td> <td>18h15'</td> <td>18h30'</td> <td>18h45'</td> <td>19h</td> <td>19h15'</td> <td>19h30'</td> <td>19h45'</td> <td>20h</td> <td>20h15'</td> <td>20h30'</td> <td>20h45'</td> <td>21h</td> <td>21h15'</td> <td>21h30'</td> <td>21h45'</td> <td>22h</td> <td>22h15'</td> <td>22h30'</td> <td>22h45'</td> <td>23h</td> <td>23h15'</td> <td>23h30'</td> <td>23h45'</td> <td>24h</td> </tr> </table>						0'	15'	30'	45'	1h	1h30'	1h45'	2h	2h15'	2h30'	2h45'	3h	3h15'	3h30'	3h45'	4h	4h15'	4h30'	4h45'	5h	5h15'	5h30'	5h45'	6h	6h15'	6h30'	6h45'	7h	7h15'	7h30'	7h45'	8h	8h15'	8h30'	8h45'	9h	9h15'	9h30'	9h45'	10h	10h15'	10h30'	10h45'	11h	11h15'	11h30'	11h45'	12h	12h15'	12h30'	12h45'	13h	13h15'	13h30'	13h45'	14h	14h15'	14h30'	14h45'	15h	15h15'	15h30'	15h45'	16h	16h15'	16h30'	16h45'	17h	17h15'	17h30'	17h45'	18h	18h15'	18h30'	18h45'	19h	19h15'	19h30'	19h45'	20h	20h15'	20h30'	20h45'	21h	21h15'	21h30'	21h45'	22h	22h15'	22h30'	22h45'	23h	23h15'	23h30'	23h45'	24h	
0'	15'	30'	45'	1h	1h30'	1h45'	2h	2h15'	2h30'	2h45'	3h	3h15'	3h30'	3h45'	4h	4h15'	4h30'	4h45'	5h	5h15'	5h30'	5h45'	6h	6h15'	6h30'	6h45'	7h	7h15'	7h30'	7h45'	8h	8h15'	8h30'	8h45'	9h	9h15'	9h30'	9h45'	10h	10h15'	10h30'	10h45'	11h	11h15'	11h30'	11h45'	12h	12h15'	12h30'	12h45'	13h	13h15'	13h30'	13h45'	14h	14h15'	14h30'	14h45'	15h	15h15'	15h30'	15h45'	16h	16h15'	16h30'	16h45'	17h	17h15'	17h30'	17h45'	18h	18h15'	18h30'	18h45'	19h	19h15'	19h30'	19h45'	20h	20h15'	20h30'	20h45'	21h	21h15'	21h30'	21h45'	22h	22h15'	22h30'	22h45'	23h	23h15'	23h30'	23h45'	24h								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O																																																																																																						
POSICÃO	<u>Quadrado</u>																																																																																																						
AGENTES	<u>Urethane 0,5% + Naloxone 17,5mg + Droperidol 1mg</u>																																																																																																						
TÉCNICA	<u>A. no ponto de entrada</u>						CÂNULAS																																																																																																
OPERAÇÃO	<u>Tfx. cir. fêmur fêmur E</u>																																																																																																						
CIRURGIÕES	<u>Dr. Baines + Halman + Wagner</u>																																																																																																						
ANESTESISTAS	<u>Alfonso B. B.</u>																																																																																																						
OBSERVAÇÕES																																																																																																							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA																																																																																																	

PACIENTE: Dennis Gonçalves Barros						DN 07/05/2001	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
		SUS	16	1432947			
CIRURGIA Tto cirurgica de fratura do punho direito			CIRURGIÃO Dr: Bruno Brilhante + Dr: Wagner				
ANESTESIA			ANESTESIA Dr: Andreia				
INSTRUMENTADORA Andreia		DATA 24/05/07	INÍCIO 07:50	FIM 09:00			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	01	Calel. pl Oxo.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	04	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
01	Diazepam amp. Dimorf		Compressa Pequena		Catgut Simples		
01	Diazepam amp. Dormemid		Colonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fonegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera pl osso		
01	Inovarml Norepinephrine perido		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercalina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.	0.5	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Suturpak		
	Protoxido 1/m		Furacim ml		Fio de Algodão Suturpak		
	Quelicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml		Mononylon		
	Thionembutal ml		Intracath Adullo	01	Mononylon 0		
	Tracrufum amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23				
	Água Destilada amp.	02	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix		
01	Flonidazamp Naproxen	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.	02	Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio 1/m				
	Glucan de Cálcio amp.		Poliflix				
*	Haemacel ml.	0.5	PVPI Degemante ml				
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.	09	Sabão Antisséptico (escovação)	03	SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.	04	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrolinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hiperotérmico fr 500 ml		
	Plasfil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda	01	SF 09% 500 ml		
	Stuplanon amp.		Sonda tolley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogálica	02	pro de Kintman 3.5		
02	Cefozolin		Sonda Uretral nº				
			Sierydrem ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Aguilha desc. 28 x 28	02	Látex				
02	Aguilha desc. 3x4x6 40x12	05	Electrodos				
01	Aguilha pl raque nº 25						
0.5	Alcool de Enfermagem						
	Alcool Iodado ml						
03	Ataduras de Crepon						
03	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						
				EQUIPAMENTOS			
				(cc) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar		
				() Serra	() Eletrocautério		
				() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo		
				() Foco Frontal	(-) Cardiomonitor		
				(-) Fonte de Luz	(cc) Perfurador Elétrico		
CIRCULANTE RESPONSÁVEL: [Assinatura]							

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
 Kevan Ebrein Gorgônio
 COREN-PB 556.913-15
 Téc. em Enfermagem
 MOD 009

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Dennis Gonçalves Barros</u>	Idade: <u>16</u>
Convênio: <u>Phant 0432947</u>	Data: <u>29/05/17</u>
Procedimento: <u>Tra Cirurgico de protura da perna distal</u>	
Cirurgião: <u>Drº Bruno Brilhante</u>	Auxiliar: <u>Drº Hoffmann</u>
	<u>Drº Wagner</u>
Anestesista: <u>Drº Andreia</u>	
Início: <u>07:50</u>	Término: <u>09:00</u>
Anestesia: <u>Rapin + medcas</u>	

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]

5.011

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Demétrio Gomes da Silva Alojamento: 2 Leito: 1 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	DIH	DPO	Evolução Médica
29/06	1. DIETA LIVRE				
	2. SF 0,9% 1500ML CV 24H				
	4. DIFENHIDRAMINA 2ML EV 6/6H S				
	6. OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM				
	8. TRAMAL 300MG + 300ML SF 0,9 EV 8/8H S/N				
	7. NAUSEDRON 1FAVAD EV 8/8H S/N				
	9. CLINDA 600 MG EV 6/6H				
	10. GENTA 240 mg EV 1X/DIA				
	11. CURATIVO 1 X DIA				
	12. SSVV + CCOG				
25/05	19. Alexsandro Gussan MIE				
	20. Alta hospitalar após 3 dias				
	21. Curativo				
	22. Dr. Julio Cesar Castro				
	23. Ortopedia e Traumatologia				
	24. R. M. P. 9865				
	25.				

Paciente com LPTA
nao cirurgica
em tratamento com
anticoagulantes
e analgesicos
e de controle

Ordem de 25/05
Bolsa ocular 9/3 e 1/4
Pro limpo e livre
em Alexsandro Gussan de alta
hospitalar com evolução de alta
Alta hospitalar
Prescrição médica

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
R. M. P. 9865

Sr(a): DENNIS GONÇALVES BARROS Protocolo: 0000337615 RG: 420494-1
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 20-05-2017 10:00 Origem: CLINICA ORTOPEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 16 anos Destino: ENF 04 - L. 01

HEMOGLOBINA 10.4

Resultados anteriores: 18/05/17: 7.2

[DATA DA COLETA: 20/05/2017 10:26]

Material: Sangue

Método: Cianmetahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.6 - 16.0 g/dl

Masculino: 13.5 - 18.0 g/dl

HEMATOCRITO, DETERMINAÇÃO DE 31.2 %

Resultados anteriores: 18/05/17: 21.0

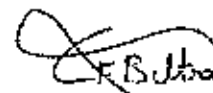
[DATA DA COLETA: 20/05/2017 10:27]

Material: Sangue

Método: Microhé

Valores de Referência:

37 - 47 % (Microhé)



Carlos Felipe Souza da Silva
Biólogo
CRM 1000

Emissão : 20/05/2017 11:46 - Página 1 de 1

PACIENTE:	DENNIS GONÇALVES BARROS
DATA DO EXAME:	18/05/2017

Ultrassonografia de Abdome Total

O fígado tem dimensões, contornos e ecotextura normais.

Não há evidência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

A vesícula tem volume normal, paredes delgadas e não apresenta cálculos no interior.

O pâncreas tem ecotextura homogênea.

Os rins têm dimensões e contornos normais. Ausência de processos expansivos, de cálculos ou de hidronefrose.

O baço tem dimensões e ecotextura normais.

A bexiga tem volume normal, paredes delgadas, sem cálculos ou processos expansivos no interior.

Impressão: Ultrassonografia abdominal normal.


Dra. Danielle W. Rodrigues
CRM 5933

Sr(a): DENNIS GONÇALVES BARROS Protocolo: 0000337402 RG: 01094.1
Dr(a): DR ANTONIO GONDIIM NETO Data: 18-05-2017 12:58 Origem: CLINICA ORTOPEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 16 anos Destino: ENF 05 - L 01

HEMOGLOBINA **7.2**

[DATA DA COLETA: 18/05/2017 13:28]

Material: Sangue

Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g%

Masculino: 13.5 - 18.0 g%

HEMATOCRITO, DETERMINAÇÃO DE **21.0 %**

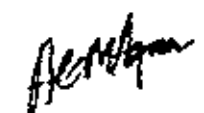
[DATA DA COLETA: 18/05/2017 13:28]

Material: Sangue

Método: Rintels

Valores de Referência:

47 - 49 % (Masculino)


Annacelin Miguel Aguiar
Biomédica
CRBM 6411



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): DENNIS GONÇALVES BARROS Protocolo: 0000336847 RG: pediatria R-4
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 15-05-2017 08:59 Origem: OBSERVAÇÃO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 16 anos Destino: OBSERVAÇÃO
PEDIÁTRICA

GLICOSE (JEJUM)..... 186 mg/dl

[DATA DA COLETA: 15/05/2017 09:25]
Material: Plasma
Método: Automatizado CM 200 WIERER

Valores de Referência:
Pré-termo.... 20 a 60 mg/dL - Crianças..... 60 a 100 mg/dL
Termo..... 30 a 60 mg/dL - Adultos..... 60 a 100 mg/dL
1 a 5 dias.... 40 a 70 mg/dL - 60 anos e mais: 60 a 115 mg/dL
NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum..... 110 a 125 mg/dL
Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dL.
NOTA: Estes critérios seguem a nova classificação para Diabetes
Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Boston 1997, e
as alterações devem ser confirmadas com uma nova coleta.

CREATININA

[DATA DA COLETA: 15/05/2017 09:25]

Resultado..... 0,7 mg/dl

Recomendado: 0,2 a 1,0 mg/dl
Crianças... 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos... 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Uréia, Depuração
da Creatinina
e Sumário de
urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo
diplona e
vitamina C podem alterar o
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIERER

Martins
Liliane Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Entressão : 15/05/2017 10:51 - Página 1 de 3



DNCC
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

Sr(a): DENNIS GONÇALVES BARROS Protocolo: 0000336847 RG: pediatria 84
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 15-05-2017 08:59 Origem: OBSERVAÇÃO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 16 anos Destino: OBSERVAÇÃO
PEDIÁTRICA

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 15/05/2017 09:24)

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.3 milhões/mm ³	4.2 a 6.5 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,5 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	37 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	86 fL	82,0 a 92,5 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 a 35,6 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	15.600 /mm ³	4.500 a 12.500 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	6,0	936
Segmentados.....	74,0	11.544
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	18,0	2.808
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	312
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	334.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Martins
Liliane Marclenne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Sr(a):	DENNIS GONÇALVES BARROS	Protocolo:	0000336847	Rf:	pediatria R.4
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	15-05-2017 08:59	Origem:	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	16 anos	Destino:	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

Resultados anteriores: 28/10/14: 1'30''

[DATA DA COLTA: 15/05/2017 09:25]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos**TEMPO DE COAGULAÇÃO** 8'00'' min

Resultados anteriores: 28/10/14: 7'30''

[DATA DE COLTA: 15/05/2017 09:25]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos
Lillie Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Emissão : 15/05/2017 10:54 - Página 3 de 3

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES
DEPARTMENT OF CHEMISTRY

RESEARCH REPORT

1954

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1954

RESEARCH REPORT

1954

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

Pele: () Corada (X) Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: XSE Data da punção: 29/05/17
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD. Débito ml/h:
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
Coloração da pele: () Normocorada (X) Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: PO - operatório imediato Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (X) 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: (X) 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: ER Santos DATA: 04/05/17 HORA: 13:30h

Elisângela Rozeno dos S. Almeida
ENFERMEIRA
COREN-PA 473365

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dennis Gençalves Registro: Leito: 4-1 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

bs:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dennis Gonçalves Registro: _____ Leito: 4-1 Setor Atual: Ort

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda, Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () 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 () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: ____/____/____
Edema: () MMSS (x) MMII () Face () Anasarca. Observações: <i>Jejuno e 1fr. Fimura fracionada no UFE</i>	
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 () 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: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição:	Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (x) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (x) 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: (x) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>Paciente em EGR, com HFE fracionado edema na região do tórax, queixa-se de dores fortes segue aos cuidados de enfermagem</i>	
Priscila M. S. Nascimento Galvão Enfermeira COREN/PE 506357	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 22/04/12 HORA: 15:02 h	

[illegible]

a suas atividades de rotina

Rosilda
Rosilda Ferreira de S. Silva
Téc. de Enfermagem
RG: 477.473
CPF: 788.903.344-53
COREN: 728440

Plantão 24 hs (Diurno) 14/05/2017

Equipe plantonista:

Enfermeiros: Chagas

Téc. de Enfermagem: Aparecida

Condutoras: Júnior

Naldileide

Porteiros: Tiago Nogueira

Iniciando plantão de 24hs, às 7:00 hs da manhã, setor limpo, organizado e laboratório de medicamentos e materiais para uso contínuo: ambulatório, 02 UTBS na emergência, sem upc em observação. O mesmo setor tranquilo, sem nenhum problema, uma vez mais.

Após entrada nessa UBS, às 19:10hs foram acionados para atendimento de 01 acidente, colisão de bicicleta com automóvel. Denilson Denis Gonçalves Barros, 16 anos, residente no bairro Sta. Teresinha, Denilson Erickson Batista, 17 anos, residente no bairro de São João, município de Edimburgo de Deus, Brasil. Pontes, 19 anos, encaminhados para o HRP.

O paciente Denis Gonçalves Barros, encaminhado para o hospital de Trauma de Campina Grande. Às 22:30hs de entrada nesta unidade. O usuário de Santo Amaro, com a PA: 220 x 120 mmHg, encaminhado para o HRP.

Passando o plantão para a equipe do dia.

Téc. de Enfermagem: Apo

Coren: 827.391

07:35 h



TERNO
ARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. Tumor Distal (P)

Prior 50 Kg.

Nome: Dennis Gonçalves Barros, 16. Alojamento: 9-V Lello: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Morário	Evolução Médica
10/05	(1) Dietas Lene (2) SE 0.3 L 1.500 ml 86V - P/ 24 h. (3) Dipirona 1g + 100 mg 86V - P/ 24 h. (4) Tramadol 100 mg 1.100 mg 86V - P/ 24 h. (5) Nausea 1g + 100 mg 86V - P/ 24 h. (6) Omeprazol 40 mg 1.100 mg 86V - P/ 24 h. (7) Vitamina B12 100 mg 1.100 mg 86V - P/ 24 h. (8) Tacos 100 mg 1.100 mg 86V - P/ 24 h. (9) Clorazepato 10 mg 1.100 mg 86V - P/ 24 h. (10) Sulfacetamida 1g 1.100 mg 86V - P/ 24 h.	1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 8. 8. 8. 8. 8. 8. 8. 8. 8. 8. 9. 9. 9. 9. 9. 9. 9. 9. 9. 9. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10.	Admissão Paciente com relato de edema emato-sangüíneo e febre com MSE apresentando dor e deformidade no pele (P). Ref. cl. Ex. da tumor Distal (P) RA: Infecção pl. febre Cirurgia Solicitado exames pr. op.

Johnson (histopatol) 01.00 cent

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPÉDICA

FX FEM DISTAL E

LEITO 4-1

DENNIS GONÇALVES BARROS, 16

Paciente	Alcance	Leito	Convênio
Data	1. DIETA LIVRE Prescrição Médica	Horário	2. DIH DPO Evolução Médica
08/02	2. FRI-1500 ML EV 24H	08/02 18h	Receita médica
	3. D-PIRONA 2ML EV 6/8H	08/02 18h	Receita médica
	4. NAUSEDRON 8MG VAD EV 6/8H S/N	08/02 18h	Receita médica
	5. TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 6/8H S/N	08/02 18h	Receita médica
	6. OMEPRAZOL 40MG EV JEJUNA	08/02 18h	Receita médica
	7. XARELTO 20MG 1 CP VO 1 X DIA	08/02 18h	Receita médica
	8. PAINOLIN	08/02 18h	Receita médica
	9. CAPTOPRIL 25MG 1 CP VO 6/8H	08/02 18h	Receita médica
	10. SSAL + EGCG	08/02 18h	Receita médica
	11. LUTALAC 40 MG VO 6/8H	08/02 18h	Receita médica
	12. DIGESANTRA 17AD EV 6/8H	08/02 18h	Receita médica
	13. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	14. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	15. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	16. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	17. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	18. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	19. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	20. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	21. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	22. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	23. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	24. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica
	25. Lactulose 12ml VO 2x/dia	08/02 18h	Receita médica

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-9955

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
22/05	15:10	36.4			100 70		Parasite, eucorinto eucorinto, Barrose Parasite, eucorinto Parasite, eucorinto eucorinto, medicação segua a rotina de enfermagem.	
22/05	20:00				150 70			

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CNES

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Jenné Bonçalu Bawa

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

#

6 - DATA DE NASCIMENTO

1/1/1

7 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☐ 3

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tórax c/ sigilo de fratura
ant. costal

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dif. nat. com + em contato + Dn

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

→ Na c/ anteroposterior

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Antropobiose joelho

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Antropos e Joo 1x20 ESR

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BÔNUS

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNIE DA EMPRESA

42 - CBOE

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRÁFEGO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

UNIDADE DE EXAMES					UNIDADE DE SAÚDE CARPINA GRANDE - PB																																																																																																																		
Nome: <u>Dennis Camêlo</u>					CNS: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																																																																		
Nome da Mãe: <u></u>					Data de Nascimento: <u> / / </u>					Sexo: ☐ M ☐ F					Raça/Cor: <u> </u>																																																																																																								
Endereço do Paciente: <u> </u>					Bairro: <u> </u>					Município: <u> </u>					Ocupação: <u> </u>																																																																																																								
Motivo da Solicitação: <u> </u>					Exame(s) Solicitado(s): <u> </u>					Código: <u> </u>					Código: <u> </u>																																																																																																								
					<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																												<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																						
Dr. Aristóteles Queiroz Neto ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CIR OMBRO E COTOVELO CRM 6817 TEOT 12637 CLÍNICA CTO 3341.2560 Rua Dr. Chateaubriand, 206					Autorização: Data: <u> / / </u>					Senha da Central de Marcação de Consultas: <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																																																													
Profissional Solicitante: <u> </u> Data: <u>15.10.13</u>					Código Unidade: <u> </u> Unidade Prestadora: <u> </u> Código: <u> </u>																																																																																																																		
Unidade Solicitante: Hospital Universitário Alcides Carneiro					Assinatura do Usuário: <u> </u>					Caso não assine, aplicar o polegar direito ao lado																																																																																																													
Data e hora da realização do procedimento: Data: <u> / / </u> Horário: <u> </u>					Assinatura a e carimbo do prestador: <u> </u>																																																																																																																		

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Domènys Gonçalves Boxer Alojamento: Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/05/19			18/05/19 09:15
			Dr. Torralba de Araújo, Spaul:
			Apresenta quadro de úlcera de mela, na região meta-mélica, com presença de fibrina digital e, não há mais dor abdominal. Paciente relatou o episódio de dor abdominal depois de uma refeição, de natureza intestinal, associada a náuseas no momento. Relata que não apresenta dor a palpitação (da 45/05/19) e apresenta dor com SVD. No momento, na presença de um quadro abdominal to examina: SVP, supinista, distendida (AT 4+), orgânicos, auscultação, auscultação fônea, peristaltismo em AT, SNT sem ruídos. AP: MV 12 e m. ANT, sem RA. Abdomem: plano, mole, orgânico, RHA (+). Auscultação: ruídos normais e frequentes. Sem sinais de irritação peritoneal.
			Exames: SVD, Ht e Ht, xuxu-X de tórax e USG abdominal.
			Dr. Torralba de Araújo 18/05/19

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Denim Gonçalves Registro: _____ Leito: 4.1 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: (X) Local: períneo (E) Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: () Corada (X) Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSE		Data da punção: 14/05/12	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____		Data: ____/____/____	
Alterações: (X) Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há 3 dias () Outros:			
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria (X) SVD: Débito: 500 ml/h;			
Aspecto: (X) Normal () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas (X) Escoriações () Outros:			
Coloração da pele: () Normocorada (X) Hipocorada () Ictérica () Cianótica		Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: MTE em Urdado e gástrico		Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____		Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____		Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia (X) Sono Interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: _____		() Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS			
18:00 Paciente admitido neste setor proveniente da ala cirúrgica. O mesmo apresenta dificuldade em urinar. Comunicado ao residente de ortopedia Dr.º Julio e realizado SVD conforme prescrição médica. ER Santos			
Em tempo: O mesmo aguarda por ponto urológico + e. Geral. ER Santos			
20:00 Paciente querendo-se de repouso. Admistrado medicação prescrita. ER Santos			
Elisângela Rosendo dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PB 47335			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: ER Santos		DATA: 14/05/12 HORA: 18:00h	

Pele: (☒) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (☒) 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 () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____
Alterações: (☒) Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:
Eliminação urinária: () Espontânea (☒) Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;
Aspecto: () Outros: _____ Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: (☒) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica | Turgor da pele: (☒) Preservado
Condições das mucosas: (☒) Úmidas () Secas | Manifestações de sede: ().
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente (☒) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória | Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (☒) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
(☒) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: (☒) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Queixa-se do dor em UTE e incontinência;
Retenir retenção urinária às 10:00, mudando EVA.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 16 / 05 / 17 _____ HORA: 13:00 h

Emmanuelle Hattaya da C. Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB 460003

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Demétrio Gonçalves Registro: Leito: 9-4 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D (x) Fotorreagentes () Míóticas () Midríáticas

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

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

Obs:

4. OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

PREScrição de Enfermagem	Apazamento	Resultados Esperados
() Avaliar distensão 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).		
() Aterir glicemia capilar, anotar e mediar CPM.		() Melhorar a aceitação alimentar.
() Atender para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediar 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.
(x) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem do cabelo e couro cabeludo.	H	
(x) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	H	
(x) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.	H	
(x) Avaliar características, intensidade e local da dor.	H	(x) Controle da dor (melhorada / ausente).
(x) Avaliar alterações de sinais vitais.	H T N	
(x) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	PCM	
() Após administrar medicamentos oncológicos, avaliar e registrar os resultados.		
() Incentivar a ingestão de líquidos.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Observar reações de desorientação/confusão.		
(x) Proporcionar condições de higiene adequada e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	H	(x) Melhora da integridade da pele
(x) Avaliar condições da curativo.	H	() Diminuição do risco de lesão
() Orientar e estimular a hidratação da pele.		
(x) Orientar e estimular a movimentação no leito.	H	(x) Mobilidade física melhorada/eficaz.
(x) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	S/N	
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SpO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Melhora da perfusão tissular.
() Observar e anotar condições da perfusão periférica (coloração e temperatura).		() Padrão respiratório eficaz.
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido insulento / diminuído
() Realizar balanço hídrico.		
(x) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	H	
(x) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	S/N	
(x) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	H T N	(x) Diminuir o risco de infecção.
(x) Utilizar técnicas específicas para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	H T N	
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações nos movimentos, resistência).		() Diminuir o risco de queda.
() Manter as grades do leito elevadas.		
() Contar o paciente quando necessário.		
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		() Melhora do padrão de 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:

Enfermeiro(a) L. Silva
ENFERMEIRO
CORE-REG-150003

FONTE: ANVISA, CHAVES, LID, SOLAYO A.; SAE, 7 ed 2012

Paciente: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____ Data: ____/____/____

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

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: M S D Data da punção 24/05/17
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida ☒ Constipado há 1 dias () Outros:
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações ☒ Outro:
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: ☒ Local/Aspecto: MIG Curativo em: 25/05/17
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente ☒ Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: ☒ Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
() Preservado ☒ Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita ☒ Outros: desobediente)
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Falta de alta Hospitalar CPM, trouxe sexo do MIG.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 25/05/17 HORA: 16 h

[Assinatura]
Cláudia M. B. Sobral
ENFERMEIRA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto Gonçalves Registro: _____ Leito: 4-1 Setor Atual: Ortopedia

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Dennis Gonçalves Barros		
End:	Assentamento Sta. Teresinha	Bairro:	Damiana
Data de Nascimento:	16 anos / 07/05/01	Documento de Identificação:	
Queixa:	Quedada	Data do Atend.:	15/05/16
		Hora:	00:10
Acidente de trabalho?	() Sim	(☒) Não	

ve mot

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

- (☒) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

[illegible]

CD: A-CTD 30 in
OFHDTED

15105117 # Large oval
Bk do large oval,
lunates de ovals


 William L. Galt
 Chairman General
 Council 1977



ESTADO DA PARÁIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Folho Tiago Gomes"

30

14. Touro / Outubro / Dr. João Duarte

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

OME: Demag. Goncalves Barros

DOCUMENTO Nº. _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

SEXO: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____

CEP: _____

PROFISSÃO: _____

ESTADO CIVIL _____

EL.D.A. Paravento quadrilátero, mto x mto. Estável, egresso,
suave, mto, plástica, mto. Int 38 FC 80.
R19 Depressão sin. peller.

EXAMES REALIZADOS: Rx fratura em fratura distal C

NOTA: _____

14. 05, 2017

Jayme Henrique C. de Souza
MÉDICO
2017

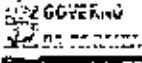
MÉDICO ASSISTENTE / CRM

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Dominio Genovese de Barros	Alojamento	14	Leito	14	Convênio	
----------	----------------------------	------------	----	-------	----	----------	--

[illegible]

[illegible]



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: DENNIS GONÇALVES BARROS
DATA DO EXAME: 15/05/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis no método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

DR. JANNIE DE MIRANDA
Médico radiologista
CRM-PR 7901 / CRM-PE 21033

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

fr. de fêmur

Paciente	Admissão	Leito	Convênio
Dennis Henrique Amor	20	10	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1/05	1. Dieta <i>líquida</i> 2. SRL 1600ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/08h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Neuseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Cloxacin 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	07h 12h 12h 12h 12h 12h 12h 12h 12h	Plano de tratamento: ETS, med Fisio em Fisioterapia M. Alta Ortopédica
	<i>SPA SPA</i> <i>Passos SVD</i> <i>Luiza SVD</i> <i>Digesa AFA + AD EV 8/8h</i>	<i>07h</i> <i>07h</i> <i>07h</i> <i>07h</i>	
	<i>soluções para de fratura geral</i> <i>soluções para de fratura geral</i>	<i>07h</i> <i>07h</i>	<i>em tempo de fratura admitida</i> <i>na ala de fratura geral de</i> <i>antes de ser admitida, passou</i> <i>SR de fratura de fratura de</i> <i>Do em fratura de fratura de</i> <i>com SVD de fratura de</i> <i>com SVD de fratura de</i> <i>soluções para de fratura geral</i> <i>soluções para de fratura geral</i>

Dr. João César Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 108.9965

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Рх ор к

FK FEM DISTALE

LEITÖ 4-1

DENNIS GONCALVES BARROS, 16

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
23/03	23/03	23/03	23/03
1	DIETA LIVRE, Prescrição Médica		
2	SRL 1500 ML EV 24H, Selco salmizach		
3	RIPIRONA 10ML EV 8/8H		
4	MAFETRON 8MG + AD EV 8/8H 5/N		
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H 5/N		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 12/12H		
7	KAPETO 100MG, 1 CP VO 1X DIA		
8	SSVV + CCGG		
9	LUFTAL 40 GTS VO 8-8H		
10	OMESAN 1FA + AD EV 8/8H		
11	LACTULOSE 20 ML VO 8/8H		
12	TYLEN 300MG LCP VO 6/8H SE DOR INTENSA		
13	150mg 1 CP VO 1X DIA		
14	2mg 1 CP VO 1X DIA		
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dennis Gonçalves Registro: _____ Leito: 4-1 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: 105 bpm; SPO2: 98 %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: X Local: Pequena Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

NOTA E EVOLUÇÃO DA DICA

EX FEM.DISTALE

FILED 43

DENNIS GONCALVES BARROS, 16

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
19/05/17	9:30	37.7	70	37	110/70			PC: OUT. FCM fmsc
19/05	14h						Por componente oroná- do. MCM. Realizado curativo em fixa- ção de trócar, o mesmo está com secreções sanguinolentas. Não foi realizado SVD, pois o médico Antônio Gondim, afirma que não parecer da etiologia contra-indica a reali- zação SVD. Fica a expe- ctação do residente ou nócor	Residência
19/05	18h						Não foi administrado do diurese, pois o pe está em im- mobilização	Residência
	20:00				120 80			

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20/05/13	08:00	36,8	92 bpm	23 mmHg	120x60 mmHg	concentrada	Paciente aguçada, consciente e orientada, vestimenta adequada, em paracetamol, em contato com AVP em M50 com punção no dia 19.05.13 (60) com 5/2 de bita de 100ml de diurese concentrada, está com tiragem esgoteira em MTE e referiu dor no mesmo. — // — em tempo foi realizado sondagem vesical, feito curativo seguir aos cuidados de enfermagem.	Exatidão de enfermagem 32. ENFERMEIRA REN. PS 47338
20/05			93		120x60		Paciente relatou que não estava conseguindo urinar após retirada do SVD, comunicado a enfermeira segue aos cuidados de enfermagem.	

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

RIDGE EVOLUTION JOURNAL OF MEDICAL

$P_X \cdot q = 0$ or

FX FEM DISTAL E

TEI04-1

DENNIS GONCALVES BARROS. 16

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------	-------	----------

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DENNIS GONCALVES BARROS, 16

FX FEM DISTAL F

ENC 43

Paciente		Alcance		Leito		Convênio	
----------	--	---------	--	-------	--	----------	--

Data	DIETA LIVRE	Prescrição Médica	Horário	S: OIM	OPO	Evolução Médica
07/02	1	SRL 1500 ML EV 24H				Receita
	4	DIPIRONA 2ML EV 6/6H				Receita
	5	NAUSEDRON 5MG + AD EV 8/8H S/N				Receita
	6	TRAMAL 100MG + 100NM-SF-EV 8/8H S/N				Receita
	7	OMEPRAZOL 40MG EV 12/12H				Receita
	8	XARELTO 20MG, 1 CP VO 1 X DIA				Receita
	9	SSVV + CEGG				Receita
	10	LUFTAL 40 GTS VO 8-8H				Receita
	11	DIGESAN 1EA + AD EV 8/8H				Receita
	12	LACTULOSE 30 ML VO 8/8H				Receita
	13	Clonazepam 2mg 1cp 10 no not.				Receita
	14	Gelox 500				Receita
	15	Tylen 30mg 1cp 50 6/6H				Receita
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
	25					

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
21 05 17	7:00	36c	—	—	110 60	—	Paciente Evolui Bate do geral regular. Condição Orientado. Queixa de dor urinária e não consegue urinar mas foi realizada compressa, aliviada a dor. Condição do geral. Condição resíduo de urina da urina. Condição — Exatidão	
23 05 17	20:00				120 90			Exatidão

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALTA ORTOMÉDICA

EX FEM DISTALE

LEITO 4-1

DENNIS GONÇALVES BARROS, 16

Paciente Alojamento Leito Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	DM	DDO	Evolução Médica
21/05	1 DIETA LIVRE				
	2 500 ML EV 24H	12:00			
	4 OPIRONA 2ML EV 6/6H	12:00			6:00H
	5 NAUSEGON 2MG + AD EV 8/8H S/N				8:00 Escala, ci reba de nos
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 6/6H S/N				contingem demais sintomas
	7 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	08:00			
	8 KARELTO 20MG, 1 CP VO 1 X DIA	08:00			cd: 44m
	9 SSVV + CCGG				
	10 LUFTAL 40 GT5 VO 8-8H	12:00			
	11 DIGESAN 1EA + AD EV 8/8H	14:00			
	12 LACTULOSE 20 ML VO 8/8H	14:00			
	13 TYLEX 30MG 1 CP VO 8/8H SE DOR INTENSA	14:00			
	14 Continuação de med. de up no 2.º dia	14:00			
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				
	23				
	24				
	25				

[illegible]



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO[illegible]

Paciente	<i>Ademir Gonçalves Baum</i>	Nº		Alcova		Leto		Convênio	
----------	------------------------------	----	--	--------	--	------	--	----------	--

[illegible]

Retirei em 2008, comentei o seguinte
estado de saúde de enfermagem
e mediado sempre por meio médico;
quero a experiência e dar no imóvel 2008.

PA - 200 x 80

PA - 120 x 80

Quin

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fx de Renda

Paciente	Douglas Leonardo Alves		Alojamento	9	Leito	9	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica					
10/05	1. Dieta <i>líquida</i> 2. Rr 1000ml EV/24h 3. Dipirone 02ML + AD EV 06/06h 4. Tiletil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 03 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG SVA SIN	10/05 12/05 13/05 14/05 15/05 16/05 17/05 18/05 19/05	<i>Mant. no fundo de</i> <i>estômago</i> <i>C.R. Siga a dieta</i> <i>prescrita</i>					
Dr. Schubert Costa Otorrinolaringologista CRM 5523			Dr. Schubert Costa Otorrinolaringologista CRM 5523					

Realizado banho no leito, eutrofo

PA = 130/70 mmHg

17/05 16:45 Paciente admitido na sala de parto,
consciente, orientado, em trabalho.
P.A. 110/60 O mesmo queixou-se de dor con-
sequin menor espontaneamente.
Kerke

PA 120/80

20h

Silvano Soares dos Santos
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
COREN: 999.629

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ADJ. ORTOPÉDICA

DENNIS GONÇALVES BARROS, 16

FX FEM DISTAL E

LEITO 4-1

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------	-------	----------

Data	1	Prescrição Médica	Horário	32	DIH	DPO	Evolução Médica
08/22	2	DIETA LIVRE					
	3	ERL 2500 ML EV 24H	08	18	24		Pré e Pós
	4	DIPIRONA 2ML EV 6/6H	18	18	24		Relatório melhor do
	5	NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H S/N	18	18	24		dor abdominal 2/25 SVD
	6	TRAMAL 100MG + 100ML ST EV 8/8H S/N	18	18	24		Diagnóstico de fratura de humerus
	7	OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM	18	18	24		
	8	XARELTO 20MG, 1 CP VO 1 X DIA	18	18	24		com Aguarda evolução do
	9	PA 6/6H	18	18	24		upol 3247
	10	CAPTOPRIL 25MG + CP VO 8/8H	18	18	24		06
	11	SSV + EGGS					
	12	CORTAL 400TS VO 8/8H	18	18	24		
	13	DIGESAN 1FA + AD EV 8/8H	18	18	24		
	14	Lactulose 15ml VO 2/12h	18	18	24		
	15						
	16						
	17						
	18						
	19						
	20						
	21						
	22						
	23						
	24						
	25						

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA-9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA-9965

[illegible]

a suas atividades de rotina

Rosilda
Rosilda Ferreira de S. Silva
Téc. de Enfermagem
RG: 1777.373
CPF: 798.903.344-53
COREN: 718440

Plantão 24 hs (Diurno) 14/05/2017

Equipe plantonista:

Enfermeiros: Elzgas

Téc. de Enfermagem: Aparecida

Condutoras: Jénior

Naldilide

Porteiro: Tiago Aguires

Iniciando plantão de 24hs, às 7:00hs da manhã, vestindo roupa limpa, organizada e calostizada de medicamentos e materiais para uso contínuo: ambulatório, 1.º andar, 02 UTBS na emergência, sem ypc em observação. O mesmo setor está tranquilo, sem nenhuma ocorrência no momento.

Deu entrada nesse UBS, às 19:10hs foram acionados para atendimento de 01 acidente: colisão de veículos com vítimas Denis Gonçalves Barnes, 16 anos, residente na casa 514 Zênica, Denilson Ercelino Batista, 17 anos, residente no logradouro, município de Edimbe de Dantas, Bruno Pontes, 19 anos, e foram encaminhados para o HRP.

O paciente Denis Gonçalves Barnes, encaminhado para o hospital de Trauma de Campina Grande.

Às 22:30hs deu entrada nesta unidade. O mesmo UBS Santo Amaro, com a PA: 220x120 mmHg, encaminhado para o HRP.

Passando o plantão para a equipe do dia.

Téc. de Enfermagem: Apa

Coren: 827.391

07:55 h