
Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721555

Vítima: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINALDO DOS SANTOS ALVES

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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721555

Vítima: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINALDO DOS SANTOS ALVES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MARINALDO DOS SANTOS ALVES**

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

Banco: **104**

Agência: **000000735**

Conta: **0000021852-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0470085139

CPF da vítima:

873.132.004-04

Nome completo da vítima:

Marinaldo dos Santos Alves

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

Nome completo:

Marinaldo dos Santos Alves

CPF:

873.132.004-04

Profissão:

Pedreiro

Endereço:

Vila Barbara

Número:

57W

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Juazeiro do Norte

Estado:

CE

CEP:

58387-000

E-mail:

Tel (DDD):

(85) 98805-6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0935

CONTA:

21852

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Representação
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data:

Juazeiro do Norte, 27/12/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marinaldo dos Santos Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

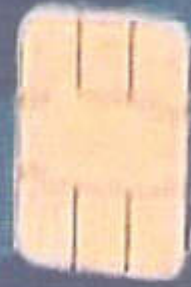
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 5040 6389

5067

VALDO ME

1024

MARINALDO SANTOS ALVAES

0735 013 00021852-7

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00308.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00308.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:31 horas do dia 20 de dezembro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Marinaldo dos Santos Alves**, conhecido(a) por Marinaldo, CPF nº 873.132.004-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Terezinha dos Santos Alves e Antonio Alves da Silva, natural de Juarez Távora/PB, nascido(a) em 03/04/1973 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Independência, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Perto da Vila Barbosa, na cidade de Juarez Távora/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Vicinal, nº S/N, Estrada Vicinal, Um (01) Km Antes da Entrada da Cidade de Juarez Távora, Juarez Távora/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 03/09/19 16:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 TITAN KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2006/2007, UF: MA, placa MOT-8898, características gerais: Categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Atual: Cabedelo/pb; restrição: Alienação Fiduciária; último Licenciamento: 2012; situação: Em Circulação.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO PILOTAVA O VEÍCULO NO LOCAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI ABALROADO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR COM GRAVIDADE POR UM OUTRO VEÍCULO EM ALTA VELOCIDADE E DE CARACTERÍSTICAS, PLACA E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADOS QUE SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A DECLARANTE, SENDO QUE A MESMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES DE EMERGÊNCIA E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PERTINENTES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

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


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-8



Lucena/PB, 20 de dezembro de 2019.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - f.tat. 157.356-8

MARINALDO DOS SANTOS ALVES
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0470085139 CPF da vítima: 873.132.004-04 Nome completo da vítima: Marinaldo dos Santos Alves

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

Nome completo: Marinaldo dos Santos Alves CPF: 873.132.004-04
Profissão: Peixeiro Endereço: Vila Barbara Número: 514 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Foz de Iguaçu Estado: PR CEP: 58387-000
E-mail: Tel (DDD): (85) 98805-6654

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

REDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0935 CONTA: 24852 7
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Foz de Iguaçu, 27/12/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marinaldo dos Santos Alves
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000021852-7

Nr. da Autenticação A8DB93861E8D55AF

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 034.375.382



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58271-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 15.813.823-8

DADOS DO CLIENTE

MARINEZ ALVES DOS SANTOS
VILA BARBOSA S/N
JUAREZ TAVORA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/304822-0

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

19/11/2019

CONSUMO

122

VENCIMENTO

26/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 70,77

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 08744.174171 1 80850000007077

Pagador: MARINEZ ALVES DOS SANTOS CNPJ/CPF: 928.880.204-59

VILA BARBOSA S/N - AREA RURAL - JUAREZ TAVORA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número

26249120008744174

Nr Documento

000304822201911

Data Vencimento

26/11/2019

Valor do Documento

R\$ 70,77

Valor Pago

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1983043 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/09/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARINALDO DOS

CEP: 58387000

Nascimento: 03/04/1973

SANTOS ALVES

Sexo: M

Telefone: 86684371

Endereço: SÍTIO INDEPENDÊNCIA

Idade: 046

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Juarez Távora

RG:

Nº: 0

Profissão:

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES

CPF: 87313200404

Profissão:

Responsável:

Data de

CNIS: 704306511472994

Estado Civil: Casado(a)

Atendi: 03/09/2019

CONVÊNIO: SUS

Hora: 16:40:36

OBS: FICHA DE MOTO MOTO X MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

%

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

fx colo femoral (E)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICO:

infância
do Russi, com
nao com a pun

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

DI. André Amorim
CRM - PB 8321 - TEOT: 12455
IR. DA COLUMA VERTEBRAL - SBC
IR. DA COLUMA VERTEBRAL - N° 429
IR. DA COLUMA VERTEBRAL - PB

SUS

Sistema Único da Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARINALDO DOS SANTOS ALVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1983097

7 - CARTÃO DO SUS

704306511472994

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/04/1973

9 - SEXO

MASC ☒ FEM ☐Form ☐ E

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

TEREZINHA DOS SANTOS ALVES

11 - TELEFONE DO CONTATO

89 86684371

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO INDEPENDÊNCIA, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Juarez Távora

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250760

15 - UF

PB

16 - CEP

58387000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de moto +
trauma em geral @.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

fr. cirúrgico.

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

Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fr. moto de potência @

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fr. cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNES () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

980016278156267

Dr. Rodrigo Amorim Guedes

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/09/2019

32 - ASSINATURA E CARTÃO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CIB, DA COLUNA VENTRAL, Nº 128

CIB, DA COLUNA VENTRAL, Nº 128

CIB, DA COLUNA VENTRAL, Nº 128

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CUBR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /

Data: 03/09/2019

Horas: 17:43:13

Médico (a) Diarista : Rodrigo Porto Amorim Guedes

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046

8.

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 7 Diagnóstico:

DIA 03/09/2019

MÉDICO(A): Rodrigo Porto Amorim Guedes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	<i>7aleo</i>
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	<i>SUSP</i>
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	<i>SUSP</i>
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>2h</i> <i>%</i>
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>20</i>
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>06</i>
8	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	<i>20</i>
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>SUSP</i>
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	VIGILÂNCIA	CT

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT: 12456
CUR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB

03/09/19
17:45

fixe o b. personal
(GARDEN IV)

Solicito pré-op.
programar a cirurgia.

CS: UPEI

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT: 12456
CUR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/09/2019

Horas: 08:15:34

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

GOVERNO



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097

Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Idade: 046

Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES

Data de Nascimento: 03/04/1973

Admissão: 03/09/2019 DIH - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria ☒ Leito: 44 Diagnóstico:

DIA 04/09/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	
3	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	
5	OMEPRAZOL 40MG IFRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	VIGILANCIA	

EVOLUÇÃO

DATA: 04/09/2019 HORA: 08:15:00

REG. ESTÁVEL

NV: OK

PRÉ-OP: AGUARDA EXAMES

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
CRM: 19.064.3
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcão

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/09/2019

Horas: 07:57:41

Médico (a) Diarista : Eduardo Otavio Braga Moraes

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 2

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico:

DIA 05/09/2019

MÉDICO(A): Eduardo Otavio Braga Moraes /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	1/2 1/2 24 06
3	CURATIVO	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML. E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1/2 1/2 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1/2 1/2 24 06
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	1/2 1/2 24 06
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	1/2 1/2 24 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	1/2 1/2 24 06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/09/2019 HORA: 07:57:14

BEG, ESTÁVEL

NV: OK

PRÉ-OP: AGUARDA EXAMES

CD: AGUARDA CIRURGIA
VPMASSINATURA + CARIMBO
Eduardo Otavio Braga Moraes

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/09/2019

Horas: 07:18:21

Médico (a) : Wagner de Melo Falcão

GOVERNO DA PARAIBA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

OK

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 3

Clinica: ORTOPEdia 2 Enfermeira: 7 Leito: 4 Diagnóstico:

DIA 06/09/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	C
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	C
3	CURATIVO	
4	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	12/18/24/36
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRAMP, 12h/12h	12/18/24/36
6	Reconstituir 2ML ABD.	18/36
7	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRAMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	18/36
8	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	22
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	SIN
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C

EVOLUÇÃO

DATA: 06/09/2019 HORA: 07:18:08

REG. ESTAVEL

NV: OK

PRÉ-OP: AGUARDAR EXAMES

CD: AGUARDA CIRURGIA

VPM

Dr. Wagner Falcão
CRM 8823
ASSISTENTE
Wagner de Melo Falcão

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 4

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 07/09/2019

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento			
1	DIETA LIVRE, laxativa.				
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12	18	24	26
3	CURATIVO	CE			
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 3 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12	18	24	26
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,		18		26
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)			24	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 3 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO				
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CE			

EVOLUÇÃO

DATA: 07/09/2019 HORA: 07:52:04

4º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM EVACUAR HA 4 DIAS.

NV: OK

DIURESE OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

VPM

ASSINATURA + CARIMBO

Ywry de Paiva Camara

 Dr. Ywry de Paiva
 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 10.597



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 5

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 08/09/2019

MÉDICO(A): Wry de Paiva Camara /

Prescrição

Aprazimento

Item	Prescrição
1	DIETA LIVRE (Nada pro a partir de 00:00 h)
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h
3	CURATIVO
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRÁ AMP, 12h/12h
6	Reconstituir 2ML ABD.
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISEIRINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO @ monitora os sinais vitais 2/24.

DATA: 08/09/2019 HORA: 07:33:37

5º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM EVACUAR HÁ 5 DIAS, diop, curvado para trás.

NV: OK

DIURESE OK

CD: AGUARDA CIRURGIA VPNI

ASSINATURA + CARIMBO

Dr. Wry de Paiva Camara
CRM-PB 10.507

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

Aluno monitora de sangue

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/09/2019

Horas: 13:07:43

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 6

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 09/09/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	18/24/06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h OD/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/06
4	CURATIVO	CT
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18/24/06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18/06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	(22)
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CT
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 09/09/2019 HORA: 13:06:55

PACIENTE EM POI SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM BEG.

CONDUTA:

- SOLICITO EAIO X DE CONTROLE.
- VPM.

ASSINATURA + CRIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 157777

DATA DA CIRURGIA: 09/09/2019

Número do Atendimento: 1983097 Clm: ORTOPEDIA 2 / Enf: 7 / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data da Internação: 03/09/2019

Atendimento: 1983097

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA COLO DE FEMUR ESQUERD

Data da Cirurgia: 09/09/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador: NORMA

Anestesista: MARCILIO VIEIRA COSTA SANTOS

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM MESA ORTOPÉDICA SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DO QUADRIL ESQUERDO + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 03 PARAFUSOS CANULADOS 6.5 MM, SOB ESCOPIA

5 - LAVADO DE FO COM SF

6 - SUTURA POR PLANOS

7 - CURATIVOS

8 - À URPA.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 785

Data 09/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

NOME	Nominado dos Santos Alves			
IDADE	46 m	ENFERMARIA	7	LEITO: 44
H. D.	FLOR F. E	ADMISSÃO	05/07/19	HORA 11



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - A

PROCEDÊNCIA:

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

☐ Hemorragia ☐ Outros:

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

HDA: *paciente admitido em UOR, apresenta corte no pé e fratura da fíbula no membro E.*

SV: FC bpm FR lpm PA: SpO2 % T °C

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow 15

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

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

Bloqueios Articulares (Regiões)

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

☒ Eupneico ☒ Sem alterações

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

O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Masc. Simples ☐ Masc./Sistema de Venturi %

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

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

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

OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Não ☐ Sim

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

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica

Ausculta Pulmonar: Raio X Tórax:

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

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

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

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

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

Perfusão: ☒ Normal ☐ Deficiente

☐ Edema. Regiões:

CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE

CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2

☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☒ Cinesioterapia

☐ Treino de Marcha ☒ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências

☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial

☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré

Outros:

Observações:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: *Fratura de fíbula*

Campina Grande,

05/07/2019

Sebastião Casário Taveira
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 15344-F

Fisioterapia/CREFITO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Marinaldo dos Santos</u> <u>Al</u> <u>1982.03.04.73</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		<u>Sus</u>	<u>46 anos</u>	<u>1983043</u>		
CIRURGIA <u>Proctologia - Hemorroides</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Ricardo</u>			
ANESTESIA <u>Raque</u>			ANESTESIA <u>Dr. Mucilio</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Mariana</u>		DATA <u>09-09-19</u>	INÍCIO <u>10h.00'</u>	FIM <u>13h.00'</u>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<u>02</u>	Catel. p/ Óxg.		Calgut cromado Serlix	
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	<u>30</u>	Compressa Grande		Calgut cromado Serlix	
<u>01</u>	Dimore amp. <u>0.2mg</u>		Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonolide		Calgut Simples Serlix	
	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Serlix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Kelafar ml	<u>01</u>	Equipo de Macrogolas		Ethibond	
<u>01</u>	Mercalina <u>0.5 % ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Proligimine amp.	<u>05</u>	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Proloxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelicin ml	<u>05</u>	Gase Pacote d/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	<u>03</u>	Mononylon <u>2-0"</u>	
	Trionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<u>09</u>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix	
<u>02</u>	Água Oxalada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix	
<u>01</u>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix	
<u>03</u>	Dipirona amp.	<u>04</u>	Luvax 7.0	<u>03</u>	Vicryl Serlix <u>0"</u>	
	Flaxidol amp.	<u>04</u>	Luvax 7.5		Vicryl Serlix	
<u>01</u>	Fluocortid amp. <u>Amfex</u>	<u>04</u>	Luvax 8.0		Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.	<u>05</u>	Luvax 8.5 <u>Proc.</u>			
	Glicose amp.	<u>30</u>	Oxigênio l/m <u>Plum</u>			
	Glucon de Cálcio amp.		Polilix			
	Haemacel ml.	<u>05</u>	PVPI Degemante ml <u>Elax</u>			
	Heparina ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Konakion amp.	<u>05</u>	Sabão Antisséptico	<u>02</u>	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<u>04</u>	Saco coletor <u>Lixa/amp</u>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	<u>02</u>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
<u>01</u>	Plast amp. <u>Bromoprida</u>	<u>01</u>	Seringa desc. 20 ml	<u>01</u>	SG Ringer fr 500 ml	
	Prolamina	<u>01</u>	Seringa desc. 05 ml	<u>04</u>	SG fr 500 ml <u>P/ Limpeza</u>	
	Revivan amp.	<u>01</u>	Sonda <u>30cm/10ml</u>	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Siuplanon amp.		Sonda toley	<u>03</u>	<u>Parafusos 6.3 Canulados</u>	
<u>09</u>	Ceftriaxona 1g		Sonda Nasogátrica	<u>01</u>	<u>Arcofala</u>	
			Sonda Uretral nº			
			Steridren ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
<u>09</u>	Agulha desc. 28 x 28 <u>40x32</u>	<u>01</u>	Latex		EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 3 x 4.5	<u>05</u>	<u>G. Cateteres</u>		(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
<u>01</u>	Agulha p/ raque nº 25	<u>05</u>	<u>Alg. Dm.</u>		() Serra	(X) Eletrocautêro
	Álcool de Enfermagem				() Desfibrilador	() Oxícapnógrafo
	Álcool Iodado ml				(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
	Ataduras de Crepon				() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria José 1982.03.04.73
 Téc. Enfermagem
 COREN-PB 250741
 MOD 005

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Marineldo dos Santos Alves</u>	Idade: <u>46 A</u>
Convênio: <u>Sim</u>	Data: <u>09.09.19</u>
Procedimento: <u>Test. Cirurg e/ fixação de fratura de fêmur - MIE.</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Ricardo</u>	Auxiliar: _____
Anestesista: <u>Dr. Marcelo</u>	
Início: <u>10h</u>	Término: <u>13:00</u>
Anestesia: <u>Raque</u>	

[illegible][illegible]

Observações:

[Handwritten signature]

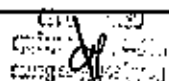
Assinatura Anestesista **Circulante**



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

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

Assinatura do anestesista



Assinatura do anestesista

**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0392

Hospital: Unidade de Saúde de São Miguel Código: _____Procedimento: Artroscopia do joelho Cód. Procedimento: _____Paciente: Marcelo de SouzaData da Cirurgia: 20/10/2011 Nº prontuário: 107-5491 Convênio: _____Cirurgião: _____ Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	canal 65/80			
21	canal 65/90			
21	canal 65/100			
01	pinos 4.5			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 10/09/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	CURATIVO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h AS 22H	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 10/09/2019 HORA: 02:12:21

1º DPO

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE + *200 + 100*

EVACUAÇÕES AUSENTES HÁ 1 DIA

FO COAPTADA E SECA, *diure, sangramento*.

CD: VPM + OPA

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry de Paiva Camara

 DR. YWRY DE PAIVA CAMARA
 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
 CRM-93 16.367
Em tempo

*Arma hospitalar e curativos de netuno subclavicular
+ ATB + ANG + Xarolito.*

 Dr. Ywry de Paiva
 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
 CRM-93 16.367



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data da Internação: 03/09/2019

Data da Alta: 10/09/2019

Registro: 1983097

Tempo de Permanência: -18143

Diagnóstico Inicial:

Fratura do fêmur (E)

Diagnóstico Final:

O mesmo

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: RAFI

Data: 09/09/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3: 1

Aux 4: 4

Anestesista: MARCILIO VIEIRA COSTA SANTOS

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE ALTURA CM TRAUMA EM QUADRIL ESQUERDO, APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE + ROTAÇÃO INTERNA E ENCURTAMENTO DE MIE ASSOCIADO A INCAPACIDADE DE DEAMBULAÇÃO. RADIOGRAFIA EVIDENCIOU FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQUERDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: NÃO PISAR + RETORNO AMBULATORIAL

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC + LISADOR DIP + XARELTO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 10/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry de Paiva Câmara

CRÓDADO: 1983097
Data: 10/09/2019

RESPONSÁVEL : Yury de Paiva Camara

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Maria do Carmo da Silva IDADE: _____ SEXO: F
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 4/13/2015

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: Não () Tabagismo
(☒) Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

Medicamentos em uso (☒) Não () Sim _____

4 - EXAMES FÍSICO

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: B.R.T., T.T., T.B.N.E. sem ruídos

FC: 72 b.p.m P.A.: 120 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: L.R.

Addômen - Comentários: N.D.

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: Ritmo sinusal F.c.: 75 bat/min, extra-
sist. atípica. Bloqueio completo da condução

Ex. Laboratoriais: Baixa

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

Ass. do Médico

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS		CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
CONSTIPAÇÃO		() DESIDRATAÇÃO		() ABDOME DISTENSO () ANOREXIA	
DEFICIT NO ALTO-CUIDADO PARA BANHO		() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR		() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO	
DOR AGUDA		() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)		() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA	
HIPERTERMIA		() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA		() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS	
MODULADORA FISIOLÓGICA		() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR		() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE	
RISCO DE INFECÇÃO		() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS		() MOVIMENTOS DESCONTROLADOS	
OUTRO					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
APRAZAMENTO					
RESULTADOS ESPERADOS					
() AVALIAR DISTENSO ABDOMINAL					
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANÇADA					
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTENCIONAL					
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO					
() REALIZAR BANHO NO LETO (SN) E LAVAGEM DO CABELO					
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR					
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR					
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS					
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO					
() MEDICAR E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO					
() APÓS ADMINISTRAÇÃO ANTERIORES, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS					
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS					
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LETO					
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO					
PARA SINAIS FISIOLÓGICOS					
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS					
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL 70% NOS DISPOSITIVOS					
TÍTULOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAÇÃO					
OUTRO					
RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)					
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERIO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO					
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO					
AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO					
TAPAS INTRAVENOSAS? () SIM () NÃO					
ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO					
RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO					
ASSINATURA E CARIMBO:					

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Yimou Idade: 16

5x0

Ent/leito 07-04

2. HISTÓRIA PREGRESSA

intermedios previas { } Motivos: Alergias { }	Qual?	Doença { } HAS { } DM
---	-------	-----------------------

() Abusiva () Etilista () Neoplasia () Outros: _____ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULACAO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

INFORMACIÓN DE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL;

LINGUAGEM: () DIFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: () ESPONTANEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS:

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

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUÍLO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS:

REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDWARD: / LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

IPU SUMARICA: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUETICO () OBESO

IDENTIFICAD: () COMPLETA () INCOMPLETA

ELEMENTARY: () VO () SNG () SNE () OUTROS:

ALTERADO	NOMINAL	ALTERADO	OUTROS:
----------	---------	----------	---------

OTROS: () INCONTINENCIA () SVD () ESTOMINANCIA ()

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTANO-MUCOSA

ORIENTAÇÃO DA FEDE: { } NOROCCIDENTAL { } HIPOCORADA

LEVIN / WILKINSON / LEECH / COLEMAN

LOCAL: _____

WILSON CORP. & SON/BC

LIBRARY OF CONGRESS
 5000 MICHIGAN AVENUE, N.E.
 WASHINGTON, D.C. 20540-4015
 TEL: (202) 707-6010
 FAX: (202) 707-2502
 WWW.LIBRARY OF CONGRESS.GOV

ACORDO DEBEMOS: () INDEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

INSATISFACÇÃO GERAL () INSATISFACÇÃO GERAL () INSATISFACÇÃO GERAL () INSATISFACÇÃO GERAL () INSATISFACÇÃO GERAL ()

AVALIACÃO DAS NECESSIDADES EDUCACIONAIS

RECHERCHES SUR LES BESOINS DES PSYCHOLOGES

ENTRADA EN EL SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD

...de la necesidad de un enfoque...

NECESSIDADE DE PSICOESPIRITUAIS:

NOME: _____

AVATIAÇÃO GERAL

[illegible]



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

[illegible]

[illegible]



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/09/2019

Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 N° ATEND: 1983043

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 03/09/2019 HORA : 16:45:02

ESPECIALIDADE : ORTOPIEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

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

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILLOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Tereza Lima
ENFERMEIRA
COREN-PB/287.521

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

1 Centro chirurgico

☐ Alta hospitalar / ☐ A revelia

() Interação (selec)

☐ Decisão Médica☐ Transferência a outro SETOR do HOSPITAL

10b10

Relator M. de S. S.
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBD

IDADE

10.1.1.140/project/icc/impreclass.php?conf=1963043&dataatend=2019-09-03&horaatend=16:45:02

SUS
Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARINALDO DOS SANTOS ALVES

6 - N.º DO PRODUTÁRIO
1983097

7 - CARTÃO DO SUS
704306511472994

8 - DATA DE NASCIMENTO
03/04/1973

9 - SEXO
MASC ☒ FEM ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Terezinha dos Santos Alves

11 - TELEFONE DE CONTATO
083 86684371

12 - ENDEREÇO (Bairro, N.º, cidade)
SITIO INDEPENDÊNCIA, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Juazeir Távora

14 - CEP
58387000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Acidente de trabalho + fratura em pé direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

fratura e cirurgia

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de fêmur

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES

29 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/09/2019

30 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

38 - CDD, ORGÃO EMISSOR

39 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

40 - DOCUMENTO

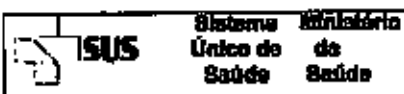
41 - CNES

42 - N.º DOCUMENTO(CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º) DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Data da Internação: 03/09/2019 Hora: 17:35:24



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

3 - CNES

2362856

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARINALDO DOS SANTOS ALVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1983097

7 - CARTÃO DO SUS

704306511472994

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/04/1973

9 - SEXO

Masc ☒ F ☐

Fem ☐ M ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

TEREZINHA DOS SANTOS ALVES

11 - TELEFONE DE CONTATO

03 88884371

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO INDEPENDÊNCIA, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Juarez Távora

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250760

15 - UF

PB

16 - CEP

58387000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 00011
RUA DA COLUNA VERTEBRAL, 58C
AL. DOM PEDRO DE ARAÚJO
JOÃO PESSOA - PB

26 - CLÍNICA

02

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (K) CNES () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF)

980016278156257

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/09/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO DIANTE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORÇÃO EMITEOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO () CNES () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 46

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Sexo: M

Clinica: MARELA Enfermária: 1 Leito: 7 Diagnóstico:

DIA 03/09/2019

MÉDICO(A): Rodrigo Porto Amorim Guedes /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	E.V. FRASCO, 5h/6h
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML	E.V. AMPOLA, 6h/6h
4	GENTAMICINA SELATO 80 MG/2 ML 2 ML	E.V. AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h)
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	E.V. AMPOLA, 6h/6h
6	TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE	E.V. FRASCO AMP, 12h/12h
7	OMEPRAZOL 10 MG 40MG	FRASCO AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML	S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML	E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	VIGILANCIA	

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT: 12455
CIR. DA COLUMA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT: 12455
CIR. DA COLUMA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB

03/09/19
17:45
Ft cob favorável
(GABRIEL IV)
Solicito ao op.
Prescrição de acordo
as: 17:01

GOVERNO
DO PARÁ

8

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/09/2019

Horas: 08:15:34

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 7 Leito: 14 Diagnóstico:

DIA 04/09/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	5M
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	10-18 21-06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	10-18 21-06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	10-18 21-06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	etc etc
10	VIGILÂNCIA	

EVOLUÇÃO

DATA: 04/09/2019 HORA: 08:15:00

BEG, ESTÁVEL

NV: OK

PRÉ-OP: AGUARDA EXAMES

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo FalcãoDr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PA 19843

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DHI - 2

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico:

DIA 05/09/2019

MÉDICO(A): Eduardo Otavio Braga Moraes /

OK

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	1/2 1/2 24 06
3	CURATIVO	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1/2 1/2 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1/2 1/2 06
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	1/2 1/2 06
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	1/2 1/2 24 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/09/2019 HORA: 07:57:14

BEG, ESTÁVEL

NV: OK

PRÉ-OP: AGUARDA EXAMES

CD: AGUARDA CIRURGIA

VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Eduardo Otavio Braga Moraes

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/09/2019

Horas: 07:18:21

Médico (a) Diarista: Wagner de Melo Falcao

GOVERNO
DA PARÁLIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermeira: 7 Leito: 4 Diagnóstico:

Data 06/09/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	C
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	C
3	CURATIVO	
4	DIFERON SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	C
5	TEXOICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRAMP, 12h/12h	C
6	OMEPRAZOL 40MG IFRAMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	C
7	Difus em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	C
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZIER SE	C
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C

EVOLUÇÃO

DATA: 06/09/2019 HORA: 07:18:08

REG. ESTAVEL

NV: OK

PRÉ-OP: AGUARDAR EXAMES

CD: AGUARDA CIRCURGIA

VPM

Dr. Wagner de Melo Falcao
CRM: 1983097
ASSISTENTE + CARIÓTIPO
Wagner de Melo Falcao

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/09/2019

Horas: 07:52:54

Médico (a) Diarista: Wry de Paiva Camara

GOVERNO



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 07/09/2019

MÉDICO(A): Wry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE 1 laxativa	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	18
3	CURATIVO	18
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	18
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h 24h (ADM AS 14h)	18
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 07/09/2019

HORA: 07:52:04

4º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM EVACUAR HA 4 DIAS.

NV: OK

DIURESE OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

VPNI

ASSINATURA + CARIMBO
Wry de Paiva Camara
CRM-PE 10.907



GOVERNO
DA PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do promitório: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 5

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 08/09/2019

MÉDICO(A): Vvry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE (Muita leve a partir de 00:00h)	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	
3	CURATIVO	
4	DIFERONA SODICA 500 MCG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MCG SEMI DIUTENTE E.V. IFERA AMP, 12h/12h	
6	Reconstituir 2ML ABD, ENOXAPARINA SODICA 40 MCG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	224 (92) (80x100)
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MCG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
8	NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/09/2019 HORA: 07:33:37

5º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM EVACUAR HA 5 DIAS, dor, euvuol ok.

NV: OK

DIURESE OK

CD: AGUARDA CIRURGIA
VPM

ASSINATURA - CARIMBO
Vvry de Paiva Camara
Dr. Vvry de Paiva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 18.517

Dra. Ana Maria S. Anselmo
14R. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 7825

Ótimo retorno de sangue



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/09/2019

Horas: 13:07:43

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 6

Clinica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 09/09/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	18/06 24/06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h OD/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/06 06
4	CURATIVO	CT
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18/06 24/06
6	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/06 22
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CT
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 09/09/2019 HORA: 13:06:55

PACIENTE EM POI SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM BEG.

CONDUTA:

- SOLICITO EAIO X DE CONTROLE.
- VPM.

ASSINATURA e CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 1825



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 157777

DATA DA CIRURGIA: 09/09/2019

Número do Atendimento: 1983097 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 7 / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data da Internação: 03/09/2019

Atendimento: 1983097

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA COLO DE FEMUR ESQUERD

Data da Cirurgia: 09/09/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador: NORMA

Anestesista: MARCILIO VIEIRA COSTA SANTOS

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM MESA ORTOPÉDICA SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DO QUADRIL ESQUERDO + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 03 PARAFUSOS CANULADOS 6.5 MM, SOB ESCOPIA

5 - LAVADO DE FO COM SF

6 - SUTURA POR PLANOS

7 - CURATIVOS

8 - À URPA.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 0000000000

Data 09/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Marimarion dos Santos</u> / <u>22.04.23</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE Hospital do Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
		<u>Sesi</u>	<u>46 anos</u>	<u>1983043</u>		
CIRURGIA <u>Proctotomia</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Marcelo</u>			
ANESTESIA <u>Racuo</u>			ANESTESIA <u>Dr. Marcelo</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM		
<u>Marimarion</u>		<u>09.09.19</u>	<u>10h00</u>	<u>13h00</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	10	Catet. p. Oxo		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	30	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dotantina amp.		Cotonolde		Calgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Calgut Simples Sertix	
	Fontanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pazzar n°		Eliibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogolas		Eliibond	
02	Mercaína 0,5 % ml		Equipo de Macrogolas		Eliibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	65	Esparrachapo Largo cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido lim		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelcion ml	45	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	03	Mononylon	2-0-10
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decacron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
01	Dipirona amp.	04	Luvax 7.0	03	Vicryl Sertix	0-0-1
	Flaxidó amp.	04	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
01	Flabecanid amp.	04	Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Goramicina amp.	65	Luvax 8.5			
	Glicose amp.	50	Oxigênio lim			
	Glucos de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml	0,5	PVPI Degomante ml			
	Heptarema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Karakion amp.	65	Sabão Antisséptico	03	SE Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	0,5	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Modrotinazol.	50	Seringa desc. 10 ml		SG Hipotérmico fr 500 ml	
01	Piasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	01	Sonda		P/ Limpeza	
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
01	Cefalotina 1g		Sonda Nasogálica	03	Perna / braço 6-3 (conulador)	
			Sonda Uretral n°			
			Steridrom ml			
			Tomelrinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
01	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5					
01	Aguilha p/ raque n°					
	Álcool de Enterragem					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Marta José L. F. Araújo
Téc. Enfermagem
COREN-PB 250741



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Marinaldo dos Santos Alves		Idade:	46 A
Convênio:	SUS		Data:	09.09.19
Procedimento:	trat. cirurg e/ fixação de fratur de fêmur MIE.			
Cirurgião:	Drº Ricardo	Auxiliar:	Anestesista: Drº Marcelo	
Início:	10h	Término:	13:00	Anestesia Raquel

[illegible][illegible][illegible]



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

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

Assinatura do anestesista

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGEM

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME

Maurício dos Santos Alves

IDADE

46 A

SEXO

M

COR

O

DATA
05.09.18

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

TIPO SANGÜENEO

HEMÁCIAS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLICEMIA

UREIA

OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO

ASMA

BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO

ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO

DENTES

PESCOÇO

AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL

AZULADOS

CONTUSÕES

ALERGIA

HIPOTENSÕES

DIAGNÓSTICO-OPERATÓRIO

Fratura do fêmur esquerdo

ESTADO FÍSICO

RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA

APLICADA

AS

EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS

O

S/P

INDUÇÃO

Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____

Laring. espasmo: _____ Lenta: _____

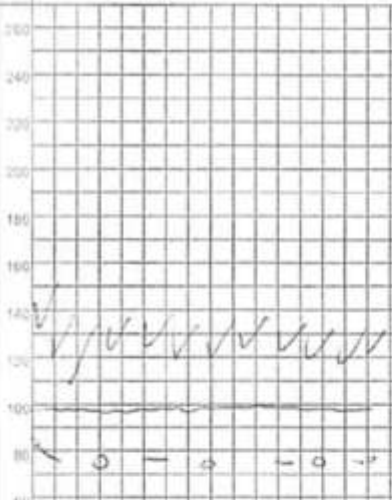
Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

LÍQUIDOS

S/P

MANUTENÇÃO

S/P 2g
S/P 2g
S/P 2g
S/P 2g
S/P 2gCÓDIGOS
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO
AX. ANESTÉSICA: O - OPERAÇÃO

ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____

Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na SD: _____

Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com cânula:

Paro o Leito: Sim _____ Não _____

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

10:00 Paro
excit. 2g
S/P
S/P 1g

POSICÃO

AGENTES

S/P 2g + S/P 2g + S/P 2g + S/P 2g + S/P 2g + S/P 2g

TÉCNICA

Piqui, S/P 2g, 1.5-1.4

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

R. A. A.

ANESTESISTAS

M. A. A.

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS

PERDA SANGÜÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0392

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Paciente: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Nº prontuário: _____ Convênio: _____

Cirurgião: _____ Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	canulário 6,5 x 85			
01	canulário 6,5 x 90			
01	canulário 6,5 x 100			
01	parafuso 4,5			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

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



GOVERNO
DA PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 7

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 10/09/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A): Vvry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVEENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRASCO, 12h/12h ID/2D	
4	CURATIVO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	
7	Reconstituir 2ML ABD.	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. I SERINGA, 24h/24h	
9	AS 22H	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
11	NECESSARIO	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 10/09/2019 HORA: 02:12:21

1º DPQ

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DURESE + 702 + 1/12

EVACUAÇÕES AUSENTES HA 1 DIA

FO COAPTADA E SECA, depois sangramento.

CD: VPM + OPA

ASSINATURA + CARIMBO

Vvry de Paiva Camara
Médico(a) Responsável
CRM: 1983097

Em tempo para realização de exame laboratorial + ATB + anal + xarife.

Dr. Vvry de Paiva
Médico(a) Responsável
CRM: 1983097



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data da Internação: 03/09/2019

Data da Alta: 10/09/2019

Registro: 1983097

Tempo de Permanência: -18143

Diagnóstico Inicial:

fr colo femur (E)

Diagnóstico Final:

O mesma

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: RAFI

Data: 09/09/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3: ✓

Aux 4: ✓

Anestesista: MARCILIO VIEIRA COSTA SANTOS

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE ALTURA CM TRAUMA EM QUADRIL ESQUERDO, APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE + ROTAÇÃO INTERNA E ENCURTAMENTO DE MIE ASSOCIADO A INCAPACIDADE DE DEAMBULAÇÃO. RADIOGRAFIA EVIDENCIOU FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQUERDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: NÃO PISAR + RETORNO AMBULATORIAL

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC + LISADOR DIP + XARELTO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 10/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry de Paiva Camara
ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGIA
RPM 10.907

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Mariazinha da Silva Almeida IDADE: 72 SEXO: F

IMC: 24.5 PROCEDÊNCIA: Urgência PROFISSÃO: Professora DATA: 14/03/2015

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática (☐) Sintomática (☐) Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários:

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

(☐) Alergia a Medicamentos: Não (☐) Tabagismo
(☒) Etilismo (☐) Sedentarismo
(☐) Dislipidemia (☐) Cirúrgico (☐) Outros

Medicamentos em uso ☒ Não (☐) Sim

4 - EXAMES FÍSICO

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: Ba. R. 2.7, 3.3 NF, sem ruídos

FC.: 72 b.p.m P.A.: 120 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: limp

Abdômen - Comentários: ND

Membros Inferiores - Comentários:

5 - E.C.G.: batimento regular F.C.: 75 bpm/assin. extra
ritual. Bloqueio da condução para o ventrículo

Ex. Laboratoriais: Baixa

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.:

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO	() ABDOME DISTENDI () ANOREXIA
	() HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
	() OUTRO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA
	() OUTROS	() RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
	() OUTRO	() TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA
IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE
	() PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS	
	() PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		() CONTROLE DA DOR(MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: André Luiz Idade: _____ Sexo: _____ Enf/Leito: 0704

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? _____ Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

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

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

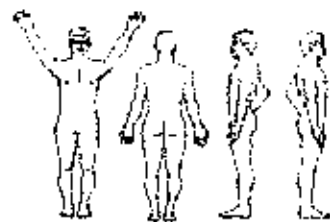
SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
13:30	136x76	36,2	85								SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

[illegible]



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 03/09/2019

Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Nº ATEND: 1983043

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO
DATA: 03/09/2019 HORA : 16:45:02

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

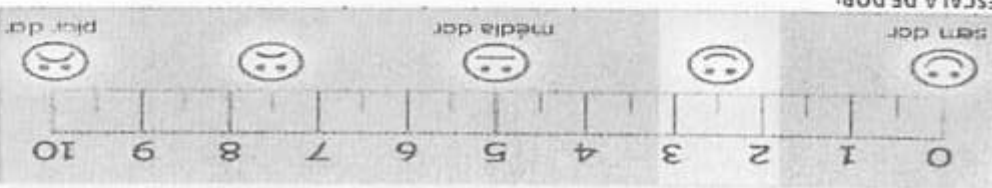
SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS
() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO

Obs:

ENFERMEIRO/COREN

acompanhamento

TERCEIRA VIZIA
ENFERMEIRO
COREN-PB 287.532

NOME: <u>Wanivaldo dos Santos Alves</u>				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE			
IDADE: <u>46 a</u>		ENFERMARIA: <u>7</u>		LEITO: <u>4</u>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes	
H. D.: <u>FLACOP. E</u>		ADMISSÃO: <u>05/07/19</u>		HORA: <u>11</u>		FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	

PROCEDÊNCIA:				DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito			
				Perfusão: ☒ Normal ☐ Deficiente			
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM				☐ Edema. Regiões: _____ ☐ Cacos			
☐ Hemorragia ☐ Outros: _____				CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia				CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2			
HDA: <u>Paciente admitido em UTA, apresenta contusão no pé direito e fratura no fêmur E.</u>				☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☒ Cinesioterapia ☐ MRP			
				☐ Treino de Marcha ☒ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sodestação			
				☐ Ortoestatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial			
				☐ Posicionamento: _____ ☐ Treino Musc. Pré decanulação			
				Outros: _____			
				Observações:			
SV: FC bpm FR rpm PA: _____ SpO2: _____ % T °C							
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow <u>15</u>							
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal Trofismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal							
Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☒ Normal Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5							
Bloqueios Articulares (Regiões)							
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR							
☒ Eupneico ☐ Sem alterações							
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TOT ☐ Sem TOT ☐ VNI _____ ☐ VMI							
O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Masc. Simples ☐ Masc./Sistema de Venturi _____ %							
☐ Masc. Reinalação par. ☐ Masc. não Reinalação ☐ Masc. de Reservatório. Fluxo _____ l/min							
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragem supraclaviculares ☐ Tiragem intercostais ☐ Tiragem subcostais							
☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor _____ /4+							
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Não ☐ Sim				DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: <u>Fratura do fêmur E</u>			
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☒ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial							
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica							
Ausculta Pulmonar: _____ Raio X Tórax: _____							
TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz							
SECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande							
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta							
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha							

Campina Grande,		<u>05.07.2019</u> Sebastião Cássio Taveira FISIOTERAPEUTA CREFITO 15344.F	
-----------------	--	--	--

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

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

Roberto Almeida dos Santos
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1983043 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/09/2019
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARINALDO DOS SANTOS ALVES CEP:58387000 Nascimento:03/04/1973

Sexo:M Telefone: 86684371

Endereço:SITIO INDEPENDÊNCIA Idade:046 Bairro:ZONA RURAL

Cidade: Juarez Távora

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS RG: N°:0

ALVES CPF: 87313200404 Profissão:

Responsável: Data de CN5:704306511472994

Estado Civil:Casado(a) Atend:03/09/2019 CONVÊNIO:SUS

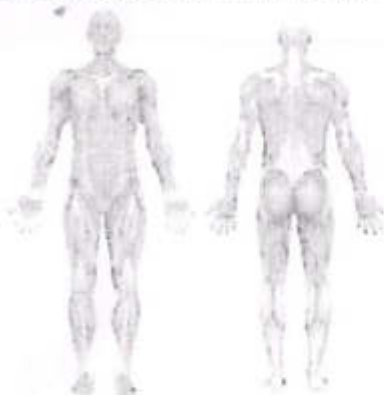
Hora: 16:40:36

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

OBS FIG.1A

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Fx colo femoral (E)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

DoL RUAS C/O 02
 NAO OUM A RUAS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Rodrigo Amorim
 CRM-PB 8321-TEOT: 12455
 IR. DA COLUMA VERTEBRAL - SBC
 R. DA COLUMA VERTEBRAL - SBC
 53010-000 - PE

Marin da do dos Santos Alves



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO

V-02
P-016



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1.634.661

- 2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

03/01/2018

NOME

MARINALDO DOS SANTOS ALVES

RELACÃO
ANTONIO ALVES DA SILVA
TEREZINHA DOS SANTOS ALVES

NATURALIDADE

JUAREZ TAVORA-PB

DOC ORIGEM

CASAM N. 3627 FLS. 72 LIV. B12
CARTORIO ALAGOA GRANDE-PB

CPF

873.132.004-04

Marcelo A. B. Lacet de

Carta por via de
Idem Cmt. e Central

0 +

03/04/1973

DATA DE NASCIMENTO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

873.132.004-04

Nome

MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Nascimento

03/04/1973



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOT8898

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2012
 Proprietário: *****
 Placa: MOT8898
 Combustível: GASOLINA
 Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2006
 Ano Modelo: 2007
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: PRETA
 Vencimento Licenciamento: 31/10/2019
 Observação:
 Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA
 Financeira: #####
 Município: CABEDELO
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 10/09/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA	COO. BERNAM	RTS	EXERCÍCIO 2012
NOME / ENDEREÇO			

OFFIC		PLACA MOT8898	
PLACA ANTIGA		CARGO	
ESPÉCIE / TIPO PASSA / MOTOCICLET		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS		ANO FAB 2006	ANO MOD 2007
CAP. POT. / CC	CATEGORIA PARTICULAR	COR PREDOMINANTE PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA 31/10/2019	1º	
PARCEL. ÚNICA	PARCELAMENTO / COTAS	2º	
		3º	
PREMIO LIQUIDAR (R\$) / PREMIO TOTAL (R\$) / DATA DE PAGAMENTO			
SEGURO OBRIGATORIO			
OBSERVAÇÕES			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
LOCAL CABEDELO		DATA 10/09/2019	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190721555 **Cidade:** Juarez Távara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO DOS SANTOS ALVES **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO FEMORAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). P10 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	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: 3190721555 **Cidade:** Juarez Távara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO DOS SANTOS ALVES **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO FEMORAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). P10 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0470085/19

Vítima: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

CPF: 873.132.004-04

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 03/09/2019

Titular do CPF: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARINALDO DOS SANTOS ALVES : 873.132.004-04

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: 27/12/2019
Nome: MARINALDO DOS SANTOS ALVES
CPF: 873.132.004-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

MARINALDO DOS SANTOS ALVES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA