
Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624607

Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

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, 23 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624607

Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

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 joelho 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: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000560150-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624607

Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190624607 Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data do Acidente: 24/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624607

Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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: 0389090189 CPF da vítima: 081917507-24 Nome completo da vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

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

Nome completo: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA CPF: 081917507-24
Profissão: RECUSO Endereço: SITIO MALHADA DO MEIO Número: S/N Complemento: CASA
Bairro: AREIA PURA Cidade: SÃO DOMINGOS DO CARIRI Estado: PB CEP: 58485-000
E-mail: Tel. (DDD): (83) 98708-9228

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: 0041 CONTA: 560150 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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
Vivos: Falecidos:

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

Local e Data: João Pessoa, 06/11/2019
Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Carlos Alberto Bernardino Lima*

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.



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL

CERTIDÃO



CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1155/2019, na mesma continuação se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 8:00 horas, compareceu o Sr. **Alberto Bernardino de Lima**, portador da cédula de identidade nº 12218682-8 SSP/RJ, CPF nº 081.917.507-24, brasileiro, natural de Paraíba, solteiro, com 50 anos de idade, filho de **Claudio Bernardino de Lima** e de **Maria Pereira de Lima**, Pedreiro, residente à (no) **Sítio Malhada do Miguele**, conduzindo sua motocicleta **Yamaha XTZ**, cor preta, placa **PF 3636/PE**, chassi **9C6KGG0450B0006273**, cadastrada em nome de **Artur Claudino da Silva Neto**, na avenida principal da cidade, saindo de sua casa a caminho da residência de seu primo, quando foi surpreendido e atacado por vários cães (animais) o atacaram nesse momento e assim, o Notificante desequilibrado e consequentemente, sofreu uma queda, tendo sido necessário o socorro ao Hospital de Emergência **Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes**, onde foi submetido a procedimentos cirúrgicos, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé.

Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 30 de outubro de 2019.

[Signature]
Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Alberto Bernardino
Amor

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190624607**

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

SÍTIO MALHADA DO MEIO, SN - São Domingos do Cariri - PB - CEP 58485000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RJ**] **122186828**

Data e local do acidente: [**24/07/2019**]

Sítio Malhada do Meio Zona Rural da Cidade de São Domingos do Cariri PB

Data e local do exame: [**23/03/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do Planalto Tibial Esquerdo.

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

Ao exame físico apresenta claudicação da marcha, cicatriz cirúrgica na perna esquerda, hipotrofia muscular da coxa esquerda, limitação de mobilidade do joelho esquerdo com perda de 60 graus de flexão e 10 de extensão, deficit de força motora do joelho.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Apresenta claudicação da marcha, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do joelho esquerdo.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

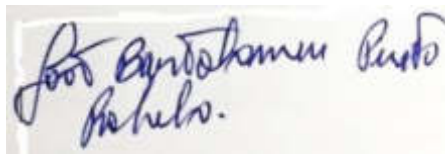
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB

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 ASI: 0389090189 CPF da vítima: 081917507-24 Nome completo da vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

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

Nome completo: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA CPF: 081917507-24
Profissão: RECUSO Endereço: SITIO MALHADA DO MEIO Número: S/N Complemento: CASA
Bairro: AREIA PURA Cidade: SÃO DOMINGOS DO CARIRI Estado: PB CEP: 58485-000
E-mail: Tel. (DDD): (83) 98708-9228

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 560150 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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
Vivos: Falecidos:

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

Local e Data: João Pessoa, 06/11/2019
Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Carlos Alberto Bernardino Lima*

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.

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: 0389090139 CPF da vítima: 081917507-24 Nome completo da vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

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

Nome completo: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA CPF: 081917507-24

Profissão: RECUSO Endereço: SÍTIO MALHADA DO AÇO Número: S/N Complemento: CASA

Bairro: ÁREA RURAL Cidade: SÃO DOMINGOS DO CARIRÍ Estado: PB CEP: 58185-000

E-mail: Tel. (DDD): (83) 88056654

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: 0041 CONTA: 560150 (4)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, 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.

Local e Data: João Pessoa, 17/03/2020

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 19/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000560150-4

Nr. da Autenticação 6A6B436D3C6D21DD

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica Nº 030.710.371



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.833-4

DADOS DO CLIENTE

MARIA PEREIRA DE LIMA
SIT MALHADA DO MEIO S/N
SAO DOMINGOS DO CARIRI

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/779205-4

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

09/09/2019

CONSUMO

23

VENCIMENTO

16/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/09/2019				
Pagador: MARIA PEREIRA DE LIMA CNPJ/CPF: 070.190.317-14				
SIT MALHADA DO MEIO S/N - AREA RURAL - SAO DOMINGOS DO CARIRI / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005943817	000779205201909	16/09/2019	R\$ 0,00	
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				

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 040.052.805



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA PEREIRA DE LIMA
SIT MALHADA DO MEIO S/N
SAO DOMINGOS DO CARIRI

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/779205-4

REFERÊNCIA

MAR/2020

APRESENTAÇÃO

09/03/2020

CONSUMO

5

VENCIMENTO

16/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,49

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 12938.293177 7 819600000002349

Pagador: MARIA PEREIRA DE LIMA CNPJ/CPF: 070.190.317-14

SIT MALHADA DO MEIO S/N - AREA RURAL - SAO DOMINGOS DO CARIRI / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012938293	000779205202003	16/03/2020	R\$ 23,49	

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



1831988056654



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1951345

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
Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: CARLOS ALBERTO

BERNARDINO DE LIMA

Endereço: INACIO SEVERINO MARQUES

Cidade: São Domingos do Cariri

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA

Responsável: MARIA DO CARMO PEREIRA DE

LIMA

Estado Civil: Solteira(s)

Modo de Admissão: DE MOTO MOTO X ANIMAL

Hora: 19:05:18

Atend: 24/07/2019

Data de

CNS: 703400262911014

CPF: Profissão: PEDREIRO

RG: 122186828

Nº: 144

Bairro: CENTRO

Idade: 052

Sexo: M

Telefone: 87789552

Nascimento: 23/05/1967

CEP: 58485000

Atendente: acolhimento

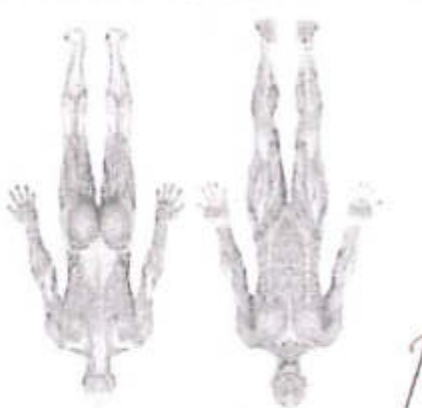
Data: 24/07/2019

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

MECANISMOS DO TRAUMA

1- CAL DA LESA (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Estufamento
11. Equimose
12. F. arma branca
13. F. arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Contente
16. F. Conto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contente
19. F. Sinal de isquemia
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injeção/tumescimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento tóxico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parosteia
32. Parosteia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de isquemia
36. F. Perfuro-contente



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

Botum - Tm ponto de

OBS:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto, ECG-16

Corrente e ritmo normal, 100-110 bpm,

Tempo de condução normal, 160-170 ms,

Alergia: nenhuma reação a medicamentos.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Anisocóricas ()

Glasgow

PA

HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

Especialista: _____ as _____

Especialista: _____ as _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

MÉDICO SOLICITANTE

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Francisco Roberto Gadelha

CRM-PB 4773

24 07 2019

13

Data da Internação: 24/07/2019 Hora: 20:30:23

 SUS		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
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	
5 - NOME DO PACIENTE CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA			6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1951359	
7 - CARTÃO DO SUS 703400262911014		8 - DATA DE NASCIMENTO 23/05/1967		9 - SEXO MASC ☒ FEM ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA PEREIRA DE LIMA			11 - TELEFONE DE CONTATO CID 83 87789552	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) INACIO SEVERINO MARQUES, 144, CENTRO				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA São Domingos do Cariri		14 - CÍDIO MUNICÍPIO 251394	15 - UF PB	16 - CEP 58485000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor + Edema + Deformidade em joelho Esquerdo após acidente em motocicleta				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tratamento Cirúrgico				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Fratura proximal da Tibia Esquerda				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura proximal da Tibia Esquerda		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO(CN/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 120008768050004	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CRISMARCO RODRIGUES DA SILVA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/07/2019	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNES DA EMPRESA		41 - COOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO () CNES () CPF		47 - Nº DO DOCUMENTO(CN/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 28/07/2019
Hora: 10:29:32
Médico (a) Diarista: Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DI - 4

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 28/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 8h/8h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	11/11
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSÁRIO	11/11
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	06
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06

EVOLUÇÃO

DATA: 28/07/2019 HORA: 10:29:21

ORTOPEDIA

2 DIH

PCT SEQUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:
M

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Hallisson Barros De Almeida

[Assinatura]
Hallisson Barros De Almeida
ORTOPEDIA MANUTENÇÃO
CRM - PB 0502

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/07/2019

Horas: 10:26:00

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

10

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DI - 5

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 29/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	1ª 2ª 3ª
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	19 22 26
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	14 22 26
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSÁRIO	34
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	16
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 29/07/2019 HORA: 10:25:50

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÉRMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

ARMARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia da Coluna
CRM/PB 5523ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DO MATO GROSSO DO SUL

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/07/2019

Horas: 11:18:30

Médico (a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DI - 7

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 31/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	END
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML, 1 FRASCO, 8h/8h	#
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O, 1 COMP, 8h/8h	#
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG ML, 2 ML, E.V, TAMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	#
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSÁRIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	18
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CH

EVOLUÇÃO

DATA: 31/07/2019 HORA: 11:18:22

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

GUARDA CIRURGIA

GNP

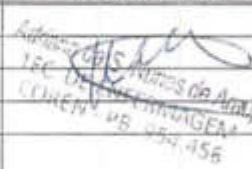
Dr. Schubert Costa
Médico(a) Assistente
CRM/MS 5223

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

☐ NAUSEA	CD/FR:
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	CD/FR:
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS	ASSINATURA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: <u>Carlos Alberto Bernardino</u>									
IDADE: <u>52</u> SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>às</u> : <u>h</u>									
SETOR: <u>Emergência</u> LEITO: <u>10</u>									
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>fx. Tibia</u>									
ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:									
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:									
DOENÇA CRÔNICA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:									
PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL:									
PRESSÃO ARTERIAL:		HIPOTENSO ☐		NORMOPOTENSO ☐		HIPERTENSO ☐			
SISTEMA NEUROLÓGICO:		CONSCIENTE ☐		INCONSCIENTE ☐		ORIENTADO ☐			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:		DISPÊNICO ☐		TAQUIPÊNICO ☐		EUPNÉICO ☐		BRADIPNÉICO ☐	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)		NORMAL ☐		POLÚRIA ☐		OLIGÚRIA ☐		SVD ☐	
		DUSÚRIA ☐		CISTOSTOMIA ☐		ANÚRIA ☐			
MOBILIDADE:		DEÂMBULA ☐		DEÂMBULA C/ APOIO ☐		ACAMADO ☐		S/ DEFICITE MOTOR ☐	
		TETRAPLEGIA ☐		HEMIAPLEGIA ☐		PARESIA ☐		RESTRITO NO PEITO ☐	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (ETA)		VO ☐		SNG ☐		SNE ☐			
ESTADO NUTRICIONAL:		NUTRIDO ☐		DESNUTRIDO ☐		OBESO ☐		CAQUÉTICO ☐	
DADOS VITAIS:		PA:	T:	FR:	FC:	PESO:			
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
☐ RISCO DE QUEDA					CD/FR:				
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:				
☒ RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR: <u>procedimentos invasivos</u>				
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:				
☐ RISCO DE GLICÊMIA INSTÁVEL					CD/FR:				
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA					CD/FR:				
☐ RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:				
☐ NÁUSEA					CD/FR:				
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA					CD/FR:				
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:				
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:				
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO					CD/FR:				
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:				
☐					CD/FR:				
☐					CD/FR:				
☐					CD/FR:				
☐					CD/FR:				
Bárbara Albuquerque V. Araújo COREN-PB 538.571-ENF					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					<u>10</u> <u>20</u>		 Bárbara Albuquerque V. Araújo COREN-PB 538.571-ENF		
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.									
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.									
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.					<u>MTN</u>				
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					<u>sempre</u>				
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					<u>contínua</u>				
☒ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

RESULTADOS ESPERADOS:

DATA 26/10/10
HORA 10h
PA 140/90

REGISTROS

T FC FR HGT DIURESE

AVALIAÇÃO

paciente está
sem sinais de
complicação

ASSINATURA /
CARIMBO

[Signature]
Enfermeira
M. M. S.

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA



GOVERNO
DA PARAÍBA

10.1.1.148/projetohicg/imprimeva.php?datasai=2019-07-30&contar=1951399&IDC=32493

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 30/07/2019
Horas: 10:57:59
Médico (a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DI - 6
Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:
DIA 30/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	14
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO. 8h/8h	14
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 8h/8h	22
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 8h/8h	22
5	Diluir em SF	22
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	22
7	Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSARIO	22
8	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG	22
9	1 X DIA PELA MANHA	22
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	22

EVOLUÇÃO

TA: 30/07/2019 HORA: 10:57:52
TOPEDIA

SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS
ESE E EVACUAÇÕES PRESENTES
2/4+

DA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

ASSINATURA

Barbara Alangu
COREN-PB

datasai=2019-07-30&contar=1951399&IDC=32493

- ☐ POSICIONAR
- ☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE
- ☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE
- ☒ RUBOR HIPEREMIA
- ☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO
- ☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE
- ☒ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS. AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DI - 6

Clínica: AMARELA	Enfermarias: 12	Leitos: 3	Diagnósticos:
------------------	-----------------	-----------	---------------

DIA 30/07/2019

MEDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML, IFRASCO, 8h/8h	X ₂
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O., ICOMP, 8h/8h	X ₂
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V., IAMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	X ₂
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V., IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSÁRIO	X ₂
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	X ₂
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	X ₂

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΑΙ

DATA:30/07/2019 HORA:10:57:52

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÚRIAS

DIRESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

ARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Seubert, Luigi Costa-Rodrigues



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DHT - 8

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TÍBIA ESQUERDA

DIA 01/08/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	☒
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	☒
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	☒
4	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICOMIP, 8h/8h	☒
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSÁRIO	☒
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	☒
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	☒

EVOLUÇÃO

DATA: 01/08/2019 HORA: 06:47:02

ORTOPEDIA FRATURA TÍBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

REC. ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OK

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

Crismarcos Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM 3335



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <u>Carlos Alberto D. de Lima</u>					
IDADE:	SEXO: M ☒ F ☐	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h			
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>10</u>			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☐	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☐	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☐	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☐	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☐	HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☐	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☐		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐	TAQUIPNEICO ☐	EUPNEICO ☐	BRADIPNEICO ☐	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☐	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐	SVD ☐	
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐		
	DEÂMBULA ☐	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐	S/ DEFICITE MOTOR ☐	
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PAREIA ☐	RESTRITO NO PEITO ☐	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO ☐	SNG ☐	SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☐	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐	CAQUÉTICO ☐	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
☐ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:				
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:				
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
☐ NÁUSEA	CD/FR:				
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:				
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:				
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).					
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.					



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 02/08/2019
Hora: 07:02:50
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/03/1967 Admissão: 24/07/2019 DIH - 9

Clinica: AMARELA Enfermária: 12 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TÍBIA ESQUERDA

DIA 02/08/2019

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

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	18-06-06
3	DIFERONA SODICA 500 MG V.O. ICOMF, 8h/8h	18-06-06
4	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IANPOLA, 8h/8h	18-06-06
5	TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IFRAMIP, 12h/12h	18-06-06
6	Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSÁRIO	5/10
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	06
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	07

EVOLUÇÃO

DATA: 02/08/2019 HORA: 07:02:26

ORTOPEDIA FRATURA TÍBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OK

CD:
VPM

GUARDA CIRURGIA

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/08/2019

Horas: 10:31:23

Médico (a) Diarista: Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

10 OK

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DIH - 10

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 03/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	14-22-06 → feito Bruno
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	14-22-06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	14-22-06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSARIO	12-24
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	06
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	e.T

EVOLUÇÃO

DATA: 03/08/2019 HORA: 10:31:12

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

EXAMES OK

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De CastroDr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965 / CRM/RN-0320

04/08/19 - 08hs Tarde - PA: 130x80

Pcte em EGR, consciente e orientado, com AUP, aberto a tala hoje para verificar estado da pele, toda íntegra no local da sutura, apenas raladuras no joelho. Sem dor no momento, segue aos cuidados de enfermagem.

Kelly Fernanda N. Mo
Téc. ENFERMAGEM
COREN-PR 009.63

04-08-19 20h PA: 140x80 mmHg.

Pcte estável, queda de ares em
mão esquerda, orientado a falar com o
médico residente pela manhã; Sem
intercorrências. MCPM

} Valina

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/08/2019

Hora: 11:13:49

Médico (a) : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DHI - 11

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 04/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	15
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICOMP, 8h/8h	15
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IANPOLA, 8h/8h	15
5	TENOXCAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IFRAMP, 12h/12h	15
5	Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSÁRIO	
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG	15
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	15

EVOLUÇÃO

DATA: 04/08/2019 HORA: 11:13:39

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

REG. ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OKCD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
ASSISTENTE EM ENFERMAGEM
Wagner Luiz Egito De Araujo

D - 05 - 08 - 19

H - 08:00

RA - 120 x 80

1 acrílico com desenho
orientado medido
alcorço tracejado o
mesmo aguarda
conclusão e depois
com o conteúdo da
exposição

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE

D - 05 - 08 - 19

H - 20:00

P. A 120 x 80

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 05/08/2019
Hora: 11:39:27
Médico (a): Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DHI: 12

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 05/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	4h
3	DIFERONA SODICA 500 MG V.O. ICOMIP, 8h/8h	4h
4	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	4h
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSÁRIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG	
7	1 X DIA PELA MANHA ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINCA, 24h/24h (ADM AS 20h)	4h
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/08/2019 HORA: 11:39:22

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OK

CD:
VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926
ASSISTENTE - CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

06-08-19

Paciente estável, sem queixas,
medicado, segue aos cuidados
da Enfermagem.

QD

PA - 130 x 90
FC - 97

06-08-19

Paciente estável, consciente,
medicado, segue aos cuidados
da Enfermagem.

PA - 120 x 80 QD
FC - 57



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 06/08/2019
Hora: 12:02:37
Médico (a) Dr. Wagner Luiz Egito De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DHI - 13

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermeira: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 06/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	Clara
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	200ml
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMPR, 8h/8h	200ml
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	200ml
5	TENOXCANI 20 MG SEMI DIURANTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	120ml
6	SE NECESSÁRIO	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG	
8	1 X DIA PELA MANHÃ	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	200ml
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	200ml

EVOLUÇÃO

DATA: 06/08/2019 HORA: 12:02:29

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

REG. ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OK

CD:
VPM
ACORDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araújo

Wagner Luiz Egito De Araújo
06/08/2019 12:02:29



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 08/08/2019
Hora: 12:13:16
Médico (a): Wagner Luiz Egídio De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23-05/1967 Admissão: 24/07/2019 DIH - 15
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TÍBIA ESQUERDA

DATA: 08/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araújo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMPR. 8h/8h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML. E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSÁRIO	
6	RAVITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADMI AS 22h)	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/08/2019 HORA: 12:13:09

ORTOPEDIA FRATURA TÍBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OK

CD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egídio De Araújo
Dr. Wagner Luiz Egídio de Araújo
MÉDICO ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8226

09/08/19 consciente, orientado, aceita dieta, em
remissão. Aferido P.A = 140x80; P=81. Seguem
os resultados. Ana Nery.

Ana Nery de Lourdes
COREN-PB 250705-TE

09/04/19 20:00h

PA 120x80

Débora



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 09/08/2019
Hora: 12:37:09
Médico (a) Dentista: Wagner Luiz Egídio De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DHI - 16

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 09/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araújo /

Item	Prescrição	Aprezamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	
3	DIFIRONA SÓDICA 500,3MG V.O. ICOMIP, 8h/8h	
4	DIFIRONA SÓDICA 500 MG/3ML, 2 ML E.V. IAMPOL A, 8h/8h Diluir em SF	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFR AAMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. I SERINGA, 24h, 24h (ADM AS 22h)	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/08/2019 HORA: 12:37:00

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OK

CD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egídio De Araújo

ORTOPEDIA
Wagner Luiz Egídio De Araújo
CNPJ - 10.848.190/0001-55

10/08/19 12:00h
P.H 120x60

Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue as
cuidades da enfermagem.
Debera

10/08/2019

22:00

PD- 120/70 RQ.

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/08/2019

Horas: 12:55:50

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DIH - 17

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 10/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	15 23 30
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	14 22 06
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h (SUSP) Diluir em SF	1
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD, SE NECESSARIO	12 24
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA 1/2	18 06
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 10/08/2019 HORA: 12:55:27

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

EXAMES OK

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - CARIMBO

Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PE 8926

$\frac{11}{08}$ PA = 140x80 10:30
Paciente EGR medicado
segue sobre os diu-
dos Gylax

16:00
Paciente medicado Pela
Venosa e Circulando OVO
Paciente sem queixa segue
sobre os diu-
dos Gylax

11/08/19 20:30hs
P.A.: 120x80 mmHg

Paciente segue aos
exames da enfer-
magem. m e p.m.

Administrada
Dipirona EV

Marina Cavalcante Raibão
COREN-PB 177.451-TE

91



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/08/2019

Hours: 09:14:27

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DHI - 18

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 11/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML, 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSARIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 20h)	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:11/08/2019 HORA:09:14:20

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

EXAMES OK

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz De Araujo

D - 12 - 08 - 19

H - 08:00

PA - 140 x 70

Paciente consciente orientado
medicado aguardando cirur-
gia e seguir aos
cuidados da enfermagem.

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE

D - 12 - 08 - 19

H - 20:00

PA - 150 x 70

Jucilene dos Santos Silva
Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE

GOVERNO
DA MATARUA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 12/08/2019
 Hora: 12:41:06
 Médico (a): Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1951399
 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA
 Idade: 052 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA
 Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DHT - 19
 Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 12/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	<i>Dieta 200 kcal/dia</i>
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICOMR. 8h/8h	<i>SN</i>
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 8h/8h	<i>SN</i>
4	Diluir em SF (5058)	
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSÁRIO	
6	RAVITIDINA CLORIDRATO 150 MG	<i>SN</i>
6	1 X DIA PELA MANHA	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>(5058)</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 12/08/2019 HORA: 12:40:59

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

REG. ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OKCD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

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

ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner Luiz Egito De Araujo

Wagner Luiz Egito De Araujo
- Signado e Carimbo

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

13-08-19

Paciente estável, pós cirúrgico,
consequente a hemorragia,
medicamentos e regime dos cuidados
da Enfermagem.

PA - 130 x 80

CS

FC - 72

GOVERNO
DA PARAÍBA

OK

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DIH - 20

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 13/08/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	22 08
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h OD/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	22 08 24
4	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	22 08
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	22 08
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSARIO	5 IN
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	08
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	QUE

EVOLUÇÃO

DATA: 13/08/2019 HORA: 16:22:45

POI SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM + RX

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz
Dr. Euler Fabricio A. Cruz
Médico(a) Diarista
13/08/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/08/2019

Horas: 12:17:27

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DHI - 21

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 14/08/2019

MÉDICO(A): Euler Fabrício Alves Cruz / MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	
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	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSARIO	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/08/2019 HORA: 12:16:40

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

EXAMES OK

PACIENTE EM 01 DPO SEM INTERCORRENCIAS

ALTA HOSPITALAR: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, ATESTADO MÉDICO, RETORNO CASO INTERCORRENCIAS, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPERONA 1G VO 6/6H CASO DOR, ARFLEX 200MG 1X AO DIA POR 06 DIAS, XARELTO 10MG VO 1X AO DIA POR 28 DIAS

ASSINATURA - CARIMBO

Wagner Luiz Egito De Araújo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araújo
CRM - PB 6926



GOVERNO
DA PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data da Internação: 24/07/2019

Data da Alta: 14/08/2019

Registro: 1951399

Tempo de Permanência: -18102

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050551

Principais Exames: EXAME FÍSICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 13/08/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE FELIPE GUEDES

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM PERNA ESQUERDA, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM PERNA ESQUERDA, FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, ATESTADO MEDICO, RETORNO CASO INTERCORRENCIAS, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPERONA 1G VO 6/6H CASO DOR, ARFLEX 200MG 1X AO DIA POR 06 DIAS, XARELTO 10MG VO 1X AO DIA POR 28 DIAS

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

Condições de Alta: Melhorado

Data: 14/08/2019

Assinatura: Wagner Luiz Egito De Araujo
Carimbo: 06.778.268/0008-52

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA. RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18101

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 24/07/2019 HORA: 20:58:40

ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA NA PERNA ESQUERDA COM DOR + DEFORMIDADE

TRAUMA OUTROS DIVERSOS (OMBRO e TORAX)

SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIOS

ECG + AVALIAÇÃO CARDIOLOGICA

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

Data: 24/07/2019

Horas: 20:52:43

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

OK

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 24/07/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	SND /
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	A 2
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	OK
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	500mg/8h
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABQ, SE NECESSÁRIO	
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	OK
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CE

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/07/2019

Horas: 10:00:20

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18102

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 25/07/2019 HORA: 10:00:13

ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA NA PERNA ESQUERDA COM DOR + DEFORMIDADE

TRAUMA OUTROS DIVERSOS (OMBRO e TORAX)

SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIOS

ECG + AVALIAÇÃO CARDIOLOGICA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMNA
CRM/PA 5523

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/07/2019

Horas: 10:02:54

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18103

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 26/07/2019 HORA: 10:02:39

ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA NA PERNA ESQUERDA COM DOR + DEFORMIDADE

TRAUMA OUTROS DIVERSOS (OMBRO e TORAX)

SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIOS

ECG + AVALIAÇÃO CARDIOLOGICA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia da Coluna
CRM/PE 5523

Data: 26/07/2019

Horas: 10:02:09

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

80

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 26/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSÁRIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - ORTOPEDIA
Cirurgia da Coluna
CRM/PB 5523

GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 09:49:18

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DI - 3

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 27/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	24-22-06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	24-22-06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	24-22-06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSARIO	e.t.
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	10
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	e.t.

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 09:49:09

REG. ESTÁVEL

NV: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: 1 - Análise de risco

Paciente: Carla D. B. Silva

Data da Cirurgia: 13/08/2018 Nº prontuário: 195176 Convênio:

Cirurgião: Dr. [illegible] Código: [illegible] ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4.5) mm	Nº	30	34	36				
	Qtd.	02	01	01				
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº	75	76					
	Qtd.	01	01					
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Moleolar 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. da consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador:.....

Anotações do Médico

Dr. Eulzer Fajana

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

DW 2.20567

PACIENTE: <u>Carlos Alberto Bernardino Lobato</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		<u>Sus</u>	<u>52 anos</u>	<u>1951345</u>		
CIRURGIA <u>77º Congresso Federal de Colocação E.</u>		CIRURGIÃO <u>Du Felipe + Du Oton</u>				
ANESTESIA <u>Raqui</u>			ANESTESIA <u>Dr. Diego</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
<u>Flavio</u>		<u>13-08-19</u>	<u>15:00</u>	<u>16:20</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.	<u>01</u>	Catet. pº Oxi.		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urina Sist. Foch.		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<u>04</u>	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonodo		Calgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cara pº osso	
	Inova ml		Dreno Pezzet nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
<u>01</u>	Mescalina <u>0,2 % ml</u>		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
<u>01</u>	Nitro amp		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparadrapo Largo cin		Fio de Algodão Sutupak	
	Protexido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelcin ml	<u>05</u>	Gase Pacote c. 10 unidades		Fita cardiaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml		Mononylon	
	Thiopenbital ml		Intracath Adulto	<u>03</u>	Mononylon <u>2.0</u>	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<u>02</u>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
<u>04</u>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
<u>02</u>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	<u>01</u>	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	<u>05</u>	Luvas 7.5	<u>01</u>	Vicryl Sertix <u>1</u>	
	Flubocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	<u>08</u>	Luvas 8.5 <u>descartáveis</u>			
	Glicose amp.	<u>05</u>	Oxigênio ml			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml	<u>05</u>	PVPI Degemante ml	Qtd.	SOROS	
	Heparema ml		PVPI Tópico ml		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Kanakion amp.	<u>05</u>	Sabão Antiséptico		SG Gelado fr 500 ml	
	Lasix amp.	<u>04</u>	Saco coletor <u>1/2 litro</u>		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Medrofinazol.	<u>02</u>	Seringa desc. 10 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Pasi amp.		Seringa desc. 20 ml	<u>02</u>	SG fr 500 ml	
	Protamina	<u>02</u>	Seringa desc. 05 ml			
	Revivan amp.		Sonda	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	<u>01</u>	<u>Priso T. de 15</u>	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogálica	<u>06</u>	<u>Priso T. de 15</u>	
			Sonda Uretral nº		<u>Priso T. de 15</u>	
			Slerydrem ml		<u>Priso T. de 15</u>	
			Tornetinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Geicon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Látex			
	Aguilha desc. 3 x 4.5	<u>05</u>	<u>coletor de</u>			
<u>01</u>	Aguilha pº raque nº <u>23</u>					
<u>05</u>	Alcool de Enfermagem <u>70%</u>					
	Alcool Iodado ml					
<u>04</u>	Ataduras de Crepon <u>15</u>					
	Ataduras de Gessada					
<u>03</u>	<u>Ataduras de Gessada</u>					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Vanda Lúcia B. Mello
 TÊC. DE ENFERMAGEM
 COREN - PE 103.722

Date: 25/07/2019
 Hora: 09:59:50
 Médico (a) Diana

Médecin (a) Dantisa : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA
Data de Nascimento: 23/05/1967
Sexo: M

Clínica: AMARELA	Enfermarias: 12	Leitos: 3	Diagnóstico:
------------------	-----------------	-----------	--------------

DIA 25/07/2019

MEDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

em	Prescrição	Apresentamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. IFRASCO. 8h/8h	3 UN
3	DIFIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMPR. 8h/8h	1 UN
4	DIFIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML. E.V. 1AMPOLA. 8h/8h Diluir em SF	1 UN
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD. SE NECESSÁRIO	1 UN
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	1 UN
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	1 UN

Dr. Schubert Costa
Otorrinolaringologista
CRM/PR 5523

Dr. Verônica Pedrosa
CL. MEDICA ESP. NEUROLOGIA
CRM/SP 7106

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 80 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

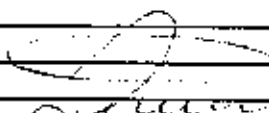
Assinatura do anestesista

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Gustavo Duarte Romarinho de Sousa		Idade:	51	
Convênio:			Data:	13/08/19	
Procedimento:	Tc. Laparosc. Ex. da Ovarianectomia B.				
Clirurgião:	Dr. Felipe	Auxiliar:	Dr. Carlos	Anestesista:	Dr. Ricardo Lima
Início:	15	Término:	16:20	Anestesia:	Propofol

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
16:40	150x85	72	95	Rhys	+	Auto
17:00	158x82	74	95	duarte	+	consciente
17:20	156x82	70	95	Rhys	+	consciente
17:40	146x92	78	95	Rhys	+	consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações: Voluntariamente a o. cirúrgica, manifestando voluntariamente S. 4 membros. Sem gases. 10/10 de S. APB	
Assinatura Anestesista: 	Circulante:

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 151424

DATA DA CIRURGIA: 13/08/2019

Número do Atendimento: 1951399 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 10 / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data da Internação: 24/07/2019

Atendimento: 1951399

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

o mesmo

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 13/08/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE FELIPE GUEDES

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO

Anestesista: DIEGO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM FACE ANTERO-MEDIAL DE PERNA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB ESCOPIA;
5. OSTEOSINTESE COM PLACA EM "L" ESQUERDA DE 12 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS SOB ESCOPIA;
6. SUTURA + CURATIVO.

Data 13/08/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz*Euler Fabricio A. Cruz*
ORTOPEDIA



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Carlos Alberto D Lima IDADE: 52 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 25/07/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - DOENÇAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica <u>N</u>	() Hipertensão Pulmonar	() DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus <u>N</u>	() Insuf. Cardíaca Congestiva <u>N</u>	() Insuficiência Coronariana <u>N</u>
() Arritmias <u>N</u>	() Insuf. Renal	() Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: <u>meio</u>	☒ Tabagismo
() Etilismo	☒ Sedentarismo
() Dislipidemia	() Cirúrgico <u>colocação de</u>
	() Outros

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Cardiovascular - Comentários: RCR, 2T, 0V

FC: 94 b.p.m PA: 130 x 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: R. sinusal, 2RV inferior

Ex. Laboratoriais: _____

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.: _____

Ass. do Médico

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquosa.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos. () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	
Precordialgia: ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopra () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MS</u> Data da punção: <u>05/08/19</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: <u>1</u> Data: <u>1</u>	
Alterações: () Inapetência () Distúrbio () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Consistida há <u>1</u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito <u>ml/h:</u>	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: <u>1</u> Retirado em: <u>1</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Curativo em: <u>1</u> Retirado em: <u>1</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>1</u>	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
Necessidades Psíquicas	
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
Necessidades Psíquicas	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Receita por meio de grupo focal</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Gilson S. Raposo</u>	
DATA: <u>05/08/19</u> HORA: <u>9:30</u>	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Alberto Bernardino Registrô: 20 Leito: 4 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

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

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSA Data da punção 05/08

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Renata Trías de O. Guimarães COREN-PB 150463-ENR DATA: 06/08/2019 HORA: 10:00

pele: (☒) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()
 Drogas vasoativas: () Quais?
 Ausculta cardíaca: (☒) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSE Data da punção 05/08
 Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo somático: (☒) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
 Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Geitonomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 05/08
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
 Abdômen: (☒) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
 RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há 05 dias () Outros:
 Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito 05 ml/h;
 Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: (☒) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
 Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
 Condições das mucosas: (☒) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 05/08
 Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 05/08
 Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo 05/08
CUIDADO CORPORAL
 Cuidado corporal: () Independente () Dependente (☒) Parcialmente dependente. Observações:
 Higiene corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
 Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
 (☒) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
NECESSIDADES DE RESPOSTAS SOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Med.
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
NECESSIDADES PSÍQUIAS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS

paciente com diagnóstico MSE foi usado
tala, aguarda cirurgia.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 07/08/19

HORA: 8:30

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Albino Bernardino Registró: 30 Leito: 4 Setor Atual: QUIR

ANÁLISE GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Der: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 02/08/19

HORA: 17h45min

COREN-PR 156371-ENF
Karla R. L. Porto Queiroz

INTERCORRÊNCIAS

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

() Ansiiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

SONO E REPOUSO

Limite físico: () Acamado () Cadeira de rodas (x) Outro: deitar/queitar

Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória () Satisfatória () Insatisfatória. Observações:

CUIDADO CORPORAL

Ulcera de pressão: () Estágio: () Local: () Descrição: () Retirado em: () Curativo em: ()

Dreno: () Tipo/Aspecto: () Local/Aspecto: ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: ()

Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas () Manchas de sede: ()

Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica () Preservada

Condição da pele: (x) Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: () Observações:

Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/r

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

RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

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

Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: () Data: ()

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: () Data da punção: ()

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Précardiografia ()

Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()

Pré: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Prna ()

pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquosa
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
 Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()
 Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção: 02/2
 Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
 Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____
 Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____
 RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: _____
 Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h
 Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros: _____
 Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
 Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____
 Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
 Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL
 Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações: _____
 Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
 Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____
SONO E REPOUSO
 () Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: _____

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Mel
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações: _____

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____

DATA: 09/08/19

HORA: _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carla Melo Registrô: Leito: 30.4 Setor Atual:

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

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

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MS Data da punção 11/06/19

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 11/06/19

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

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

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

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

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

Aspecto: (X) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

2. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

3. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: *Renata Inês de O. Guimarães*
COREN-PB 150463-ENF

DATA: 13/09/19 HORA: 10:00

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: EDMILDA ALDRATO Registró: Leito: 30 OK Setor Atual: 04/06-1

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 N° ATEND: 1951345

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 24/07/2019 HORA : 19:08:36

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

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

SINAIS VITAIS

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

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

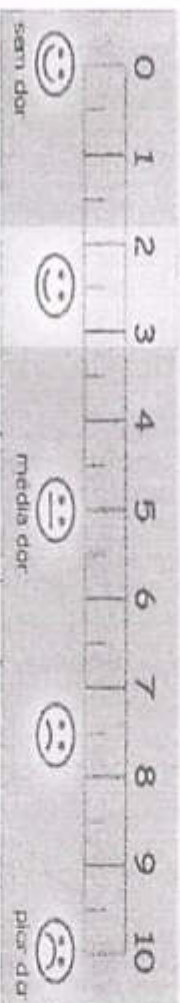
ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : REGUL
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento
Bruna Moura da Silva
ENFERMEIRA - ESF
COREN-PB 223.352
SUS 709108290476830

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

20:22 - Paciente vítima de queda de moto,
consciente e orientado, Glasgow 15/esp/nc.
Neurologicamente, com queixa de dor
em punho/dor eq.; perna eq.; e
ombro eq.

Do exame: Abdome depressível,
indolor, 2 palpato s/desimp

Rx de torax sem pneumotorax ou
pneumotórax

HD: Fratura perna E?
Fratura ombro E?

CD: Solicito ~~Ex. ombro e perna?~~
" Perguntar de Ortopedi.

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

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar

() Revelia

() Dec. Médica

() Óbito

SERVÇOS REALIZADOS:

Dr. Rogério Verônico
Médico - Residente
Cirurgia Geral
9500

CODIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Alberto Bernardinide Registró: Leito: 104 Setor Atual: 07602

ZAFALOGRAFIA GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Carlos Alberto Bernadino de Lima é portador do CID : S 82.2 proveniente de tibia esquerda ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

19-02-2020


Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8742

VALIDA EM JDO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGIS 12218682-8 DATA DE 14/05/97
SERIAL EXPEDIÇÃO

NOME CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

FILIAÇÃO CINEZIO BERNARDINO DE LIMA

MARIA PEREIRA DE LIMA DATA DE NASCIMENTO 23/05/1967

NATURALIDADE PARAIBA

DOC ORIGEM C.NASC LIV 01 FLS 96

TERM 381 0 CABANEIRAS PB

CPE 019

REINALDO RIVERO
ASSINATURA DO DIRETOR

0074-IVIA LEI Nº 7116 DE 29/08/83

PPAB-PPAZ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FÉLIX PACHECO

19

ASSINATURA DO TITULAR

Carlos Alberto B. Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Nº de Inscrição

081917507-24

Data do Nascimento

23/05/67



Informações sobre o veículo

Placa: PFD-3636

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: YAMAHA/XTZ250 TENERE

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 249

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C6KG0450B0006273

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2011

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

 **RESTRIÇÕES**

> NADA CONSTA

☒ **VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS**

 **Consultar débitos**

 **Localizar o documento do veículo**

Prezado Analista,

Venho através dessa carta, solicitar que o meu sinistro seja submetido à nova análise pela seguradora Lider, uma vez que o valor pago como indenização não corresponde ao valor da minha sequela pela tabela de indenização utilizada por esta seguradora, o que configurada que a mesma não foi aplicada.

Estou enviando Laudo médico atual que comprova o grau da minha sequela e peço como forma de comprovação, que seja agendado uma perícia para avaliar minha real situação.

Agradeço muito se analisarem mais detalhadamente o meu processo.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624607 **Cidade:** São Domingos do Cariri **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Planalto Tibial Esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta claudicação da marcha, cicatriz cirúrgica na perna esquerda, hipotrofia muscular da coxa esquerda, limitação de mobilidade do joelho esquerdo com perda de 60 graus de flexão e 10 de extensão, deficit de força motora do joelho.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/03/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 12,5% da IS. Conduta mantida. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624607 **Cidade:** São Domingos do Cariri **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 48 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 joelho	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-0389090/19

Número do Sinistro: 3190624607

Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

CPF: 081.917.507-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/07/2019

Titular do CPF: CARLOS ALBERTO
BERNARDINO DE LIMA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020

Nome: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

CPF: 081.917.507-24

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020

Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

CPF: 614.058.096-04

CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA