



Número: **0807877-63.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **29/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33827511	01/09/2020 10:12	2747901_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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,

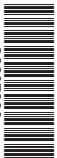
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15073088

Pag. 01915/01916 - carta_01 - INVALIDEZ

00020958





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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.

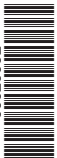
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00123/00124 - carta_15R - INVALIDEZ

00020062





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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: INTERRUÇÃO 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

Pag. 01893/01894 - carta_02 - INVALIDEZ

00040947



Carta nº 15568344



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>

Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01889/01890 - carta_03 - INVALIDEZ

00060945



Carta nº 15603419





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 0110101102 - carta_09 - INVALIDEZ

00040551



Carta nº 15654399



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 MULHADA DO AÇO Número: 5/N Complemento: CASA
Bairro: AREA RURAL Cidade: SÃO DOMINGOS DO CARIRI Estado: TO 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)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 560150 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Impressão do
dígito da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

TESTEMUNHAS

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Carlos Alberto Bernardino Lima*

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 PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRICTAL,**



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revenho de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1155/2019, na mesma contida segunite teor: 30 de outubro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 8:00 horas, compareceu o Sr. C. Alberto Bernardino de Lima, brasileiro, portador da cédula de identidade nº 12218682-8 SSP/RJ, CP 081.917.507 - 24, filho de Cid, filho de Maria Pereira de Lima, Pedreiro, residente à (no) Sítio Malhada do M distrito de Campina Grande-PB, o qual notificou que, No início da tarde do dia 24 de julho do fluente, conduzia sua motocicleta Yamaha XTZ, cor preta, placa PFD 3636/PE, chassi 9C6KCG0450B0006273, 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 de 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, contou laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé.

João Pessoa, 30 de outubro de 2019.

SUELIO MOREIRA TORRES
Secretário de Defesa Social

x Carlos Alberto Bernardino
danos



**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

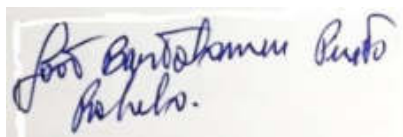
Região Corporal (Sequela):

% 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 MULHADA DO AÇO Número: 5/N Complemento: CASA
Bairro: AREA RURAL Cidade: SÃO DOMINGOS DO CARIRÍ Estado: TO 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)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 560150 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Impressão do
dígito da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





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: 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 CARIRI Estado: PB CEP: 58485-000
E-mail: Tel (DDD): (83) 988056654

DADOS CADASTRAIS

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: 360150 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 6.194/74, 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos falecidos? ☐ 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 da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escalar 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.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica Nº 030.710.371



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 Insu. Exc. 16.015.823-4

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	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2019	09/09/2019	23	16/09/2019	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.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 040.052.805



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
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 81960000002349

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	

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



1831988056654



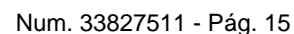
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>


Número do documento: 20090110121944500000032364576

HTCG-Painel Administrativo

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



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

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1951399	
7 - CARTÃO DO SUS 703400262911014		8 - DATA DE NASCIMENTO 23/05/1967	
9 - SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA PEREIRA DE LIMA		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº RESIDENCIAL 83 87789552	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) INACIO SEVERINO MARQUES, 144, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA São Domingos do Cariri		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 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 T/bia Esquerda			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura proximal da T/bia Esquerda		21 - CID 10 PRINCIPAL 	
		22 - CID 10 SECUNDÁRIO 	
		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - RESCÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA 02	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 120008768050004	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/07/2019	
		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 		
	37 - Nº DO BILHETE 		
	38 - SÉRIE 		
	39 - CNPJ EMPRESA 		
	40 - CNAE DA EMPRESA 		
	41 - CBOE 		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COG. ORGÃO EMISSOR 	
45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	





10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?data=2019-07-28&conta=1951399&IDC=31902

28/07/2019

GOVERNO
DA PARAIBA



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 28/07/2019
Hora: 10:29:32
Médico (a): 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. 1CONIP, 8h/8h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE F.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

2 DIH

PCT SEQUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTURBIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:
M

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

CRIM - PB 0902
CRIM - PB 0902

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?data=2019-07-28&conta=1951399&IDC=31902

GOVERNO
DO PARÁ

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	Apreçamento
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	14 22 06
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 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 NECESSÁRIO	54
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	54
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

Aguarda Cirurgia

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

31/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-07-31&contar=1951399&IDC=32817

GOVERNO
DA PARAÍBA

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, 1FRASCO, 8h/8h	# 8h/8h
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	# 8h/8h
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG ML, 2 ML, É.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	# 8h/8h
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE É.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSÁRIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	18
7	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÉRMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

GUARDA CIRURGIA

IGN

Dr. Schubert Costa
Médico(a) Assistente
CRM/PB 54223

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-07-31&contar=1951399&IDC=32817

1/1

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

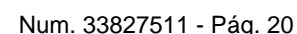
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19

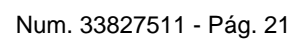
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576

Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 19

MCD 124



[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

10.1.1.148/projetohicg/impripevo.php?datasai=2019-07-30&contar=1951399&IDC=32493
CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 30/07/2019
Hora: 10:57:59
Médico (a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

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

Clinica: AMARELA

Enfermaria: 12

Leito: 3

Diagnóstico:

DIA 30/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Schubert Luigi Costa Rodrigues /

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

EVOLUÇÃO

TA: 30/07/2019

HORA: 10:57:52

TOPEDIA

SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTURBIOS
ESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

2/4+

DA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
Osteomédico
CRM/PA 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

DORA

ASSINATURA

Barbara Albuquerque
COREN-PA 1554

Barbara Albuquerque
COREN-PA

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

<input type="checkbox"/>	POSICIONAR
<input type="checkbox"/>	MANTER A CABEÇA DO PACIENTE
<input type="checkbox"/>	MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE
<input checked="" type="checkbox"/>	RUBOR HIPEREMIA
<input checked="" type="checkbox"/>	ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO
<input checked="" type="checkbox"/>	REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE
<input checked="" type="checkbox"/>	RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE



[illegible]

REGISTROS

[illegible][illegible]

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA



30/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?data=2019-07-30&conta=1951399&IDC=32493

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/07/2019

Horas: 10:57:59

Médico (a) Plantista : Schubert Luiz Costa Rodrigues

GOVERNO DA PARAIBA



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 Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 30/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luiz Costa Rodrigues /

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

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

PCT SEQUE EM BEG, ESTÁVEL, CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

ARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
CRM/PB 5523
Cirurgião de Coluna
ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luiz Costa Rodrigues



01/08/2019

10.1.1.148/projeto/hcpg/mpn/pevo.php?data=2019-08-01&contar=1951399&IDC=32915

GOVERNO
DA MARILIA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/08/2019

Horas: 06:47:59

Médico (a): Crismareos 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: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DHI - 8

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

DIA 01/08/2019

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

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

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

Crismareos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

Crismareos Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM 3335

Carla Rf



RESULTADOS ESPERADOS:									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
02/03	09h	120x60						Paciente E.G.R. Consciente, orientado. Aguarda procedimento cirúrgico. Realizado troca de acesso venoso periférico.	Clénia Arielly B. Q. Cavalcanti Téc. de Enfermagem COREN-PB 385703
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA					INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA				

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
------	------	----	---	----	----	-----	---------	-----------	-------------------------

02/08	0964	120x60
-------	------	--------

Clênia Arielly R. O. Cavalcante
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 385703

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

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

MOD 125



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

GOVERNO DA PARAÍBA



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 DHI: 9

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

DIA 02/08/2019

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

Item	Prescrição	Aproçamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	18 - 24 - 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O. ICOMIP, 8h/8h	18 - 24 - 06
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	18 - 24 - 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	18 - 24 - 06
6	Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSÁRIO	51N
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	06
8	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)



03/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-08-03&contar=1951399&IDC=33750

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

16 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 SÓDICA 500 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	14-22-06
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 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	0.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 Amm - PA: 130x80

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

Felty Fernanda N. Mota
Téc. ENFERMAGEM
COREN/PR 002.62

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

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

} Valina



04/08/2019

10.1.1.148/projetohtc/impnpevo.php?data=2019-08-04&conta=1951399&IDC=34130

GOVERNO
DA PARÁLIA

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 - 11

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

DIA 04/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	
3	DIPIROXNA SODICA 500 MG V.O. ICOMIP, 8h/8h	
4	DIPIROXNA SODICA 500 MG/MIL 2 MIL E.V. IAMPOLA, 8h/8h	
5	TEXOICAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IFRAMIP, 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSÁRIO	
6	RAVITIDINA CLORIDRATO 150 MG	
7	1 X DIA PELA MANHÃ	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

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

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

Dr. Wagner Luiz Egito De Araújo
ASSINATURA E CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araújo

10.1.1.148/projetohtc/impnpevo.php?data=2019-08-04&conta=1951399&IDC=34130

D - 05.08.19

H - 08:00

RA - 120 x 80

Ponto corrente
orientado mediante
alvará Tracado o
mesmo aguarda
cumprir a regra
dos limites da
esfera.

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) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO DA PARÁLIA



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 IDH1 - 12

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermarias: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TÍBIA ESQUERDA

Dia 05/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML	IFRASCOS, 8h/8h
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICOMP, 8h/8h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOL, 8h/8h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRACAMP, 12h/12h	
6	SE NECESSÁRIO	
7	Reconstituir 2ML ABD.	
8	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG	
9	1 X DIA PELA MANHÃ	
10	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 20h)	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

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

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

REG. ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIRESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

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

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




06-08-19 Paciente estável, sem queixas,
medicado, segue aos cuidados
da Enfermagem.



PA - 130 x 90
FC - 97

06-08-19

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

PA - 120 x 80 
FC - 57



06/08/2019

10.1.1.148/projeto/hcpg/imprpveo.php?datasai=2019-08-06&conta=1951399&IDC=34766

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/08/2019

Horas: 12:02:37

Médico (a): Wagner Luiz Eglio De Araujo

GOVERNO



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 - 13

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

DIA 06/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Eglio De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMPR. 8h/8h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. I/AMPOLA, 8h/8h	
5	TENOXICAM 20 MG SEMI DIURANTE E.V. I/FRA AMP. 12h/12h	
6	SE NECESSÁRIO	
7	1 X DIA PELA MANHÃ	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADMI AS 22h)	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 06/08/2019 HORA: 12:02:39

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

REG. ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OK

CD: VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Eglio De Araujo

10.1.1.148/projeto/hcpg/imprpveo.php?datasai=2019-08-06&conta=1951399&IDC=34766

1/1

GOVERNO
DA PARÁIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do promitório: 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

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

DIA 08/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araújo /

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	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	
6	SE NECESSÁRIO	
7	1 X DIA PELA MANHÃ	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA. 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

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

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

Dr. Wagner Luiz Egídio De Araújo
Médico Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 8226

09/08/19 consciente, orientado, aceita dieta, em
venoclise. 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



GOVERNO
DA PARÁLIA

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araújo

Data: 09/08/2019

Hora: 12:37:09

CNPJ: 10.848.190/0001-55

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 DH - 16

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

Dia 09/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	IFRASCO, 8h/8h
3	DIPIRONA SÓDICA 500,3MG	V.O. ICOMIP, 8h/8h
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/3ML 2 ML	E.V. IAMPOL, 8h/8h
	Diluir em SF	
5	TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE	E.V. IFRA AMIP, 12h/12h
	SE NECESSÁRIO	
	Reconstituir 2ML ABID.	
6	RAMITIDINA CLORIDRATO 150 MG	
	1 X DIA PELA MANHÃ	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML	S.C., ISERINGA, 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

REG. ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OKCD:
VPJ
ACQUARDA CIRURGIAASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araújo

10/08/19 14:00h Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue as
P.H 120x60 Cuidados da enfermagem.
Debera

10/08/2019

22:00

PD- 120/70

10.



10/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-10&contar=1951399&IDC=35975

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	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h (SUSP) 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 1/2	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
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 - ORTODONTOLÓGICA
CRM / PB 8926

11/08 PA = 140x80 10:30
Paciente EGR medicado
segue sobre os cuidados
dos Glusay

16:00
Paciente medicado pela
Venosa e Circulando OVO
Paciente sem queixa segue
sobre os cuidados Glusay

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

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

Administrada
Dipirona EV

Marina Cavalcanti Falcão
COREN-PB 177.451-TE

7



11/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-11&contar=1951399&IDC=36127

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/08/2019

Horas: 09:14:27

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

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 - 18

Clínica: ORTOPEDIA I 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 CRITÉRIO	
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. 1 AMPOLA, 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	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 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:
Wagner Luiz Egito De Araujo

D - 12 - 08 - 19
H - 08:00
PA - 140 x 70

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

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PE 958.700-TE

D - 12 - 08 - 19

H - 20:00

PA - 150 x 70

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





GOVERNO DA PERNAMBUCO

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 DHI: 19
 Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leitor: 4 Diagnóstico: FRATURA TÍBIA ESQUERDA

DIA 12/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	1 litro 200 ml de 0,2%
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	IFRASCO, 8h/8h
3	DIPIRONA SODICA 500 MG	V.O. 100ML, 8h/8h
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML	E.V. 1AMPOLA, 8h/8h
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	E.V. 1FRA AMP, 12h/12h
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG	SE NECESSÁRIO
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML	S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 20h)
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

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

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

BEG. 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

ASSISTENTE + CARIMBO
 Wagner Luiz Egito De Araujo

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



13-08-19

Paciente estável, pós cirúrgico,
consciente e sem queixas,
medicado e segue das evoluções
da Enfermagem.

PA - 130 x 80 eS

FC - 72



13/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-13&contar=1951399&IDC=36826

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/08/2019

Horas: 16:23:11

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

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 1FRASCO, 8h/8h	22 08
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	22 08
4	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	22 08
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	22 08
6	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSÁRIO	22 08
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	22 08
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	22 08

EVOLUÇÃO

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

POI SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM + RX

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

14/08/2019

10.1.1.148/projetohctg&mpripevo.php?datasai=2019-08-14&contar=1951399&IDC=37078

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/08/2019

Horas: 12:17:27

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egitto 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 DIH - 21

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

DIA 14/08/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
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/MIL 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 DE 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 Egitto De Araújo

Dr. Wagner Luiz Egitto De Araújo
CRM - PB 6926



14/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DONI LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mst. Hermann Petersen, 4709 - Madureiras, Campina Grande - PB, CEP: 58412-809 Data: 14/08/2019
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 01

NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 INCHAO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 14/08/2019

Assinatura: 
Wagner Luiz Egito De Araujo

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



24/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/07/2019

Horas: 20:59:05

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

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

Clinica: 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)



4/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

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

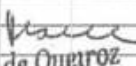
Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 24/07/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	SND
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	X 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	SND
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABQ, SE NECESSÁRIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	OK
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK



RESULTADOS ESPERADOS:									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AValiação	ASSINATURA / CARIMBO
25/07/19	1000	130/80	36.2	80	18	-	+	Paciente segue estável sem alterações importantes.	 Marlene de Queiroz COREN - PB 433.167-TE
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA					INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA				

25/07/2019

HPM-Painel Administrativo



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

Clinica: 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
Cirurgião da Coluna
CRM/PB 5523



07/2019

HPM-Painel Administrativo



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

Clinica: 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 TÓRAX)

SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIOS

ECG + AVALIAÇÃO CARDIOLOGICA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORÇOPEDIA ORTODONTOLÓGICA
Cirurgia de Coluna
CRM/PE 5523



7/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 26/07/2019

Horas: 10:02:09

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

OK

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DO

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 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. 1 AMPOLA, 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	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

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



27/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-07-27&contar=1951399&IDC=31593

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 09:49:18

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcão

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 Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	24-22-06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	24-22-06
4	DIPIRONA SÓDICA 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 NECESSÁRIO	e.t.
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	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 Falcão

**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**Rastreamento
0081

Hospital: _____ Código: _____
Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____
Paciente: _____
Data da Cirurgia: 13/08/2020 Nº prontuário: 195130 Convênio: _____
Cirurgião: _____ Código: _____ () Reposição () Cabra Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
21	Parafuso Cortical 3.5	12.100		

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4.5) mm	Nº	30	32	36			
	Qtd.	21	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.	21	01				
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
Faturar N.F. para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Euler Falcão
CRM 100.000.000.000

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

DN 2.20567

PACIENTE: Carlos Alberto Bernardino de Lima					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
				1951345		
CIRURGIA: 772 Coarctação da Aorta			CIRURGIÃO: Dr. Felipe + Dr. Coutinho			
ANESTESIA: Raquel			ANESTESIA: Dr. Diego			
INSTRUMENTADORA: Flávia		DATA: 13-08-19	INÍCIO: 15:00	FIM: 16:20		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Serlix		
	Atropina amp.			Catgut cromado Serlix		
	Diazepam amp.	04		Catgut cromado Serlix		
	Dimore amp.			Catgut Simples		
	Dolantina amp.			Catgut Simples Serlix		
	Efrase ml			Catgut Simples Serlix		
	Fenegan amp.			Catgut Simples Serlix		
	Fentanil ml			Cara p: osso		
	Inova ml			Ethibond		
	Ketalar ml			Ethibond		
01	Morona 0,2% ml			Ethibond		
01	Naloxona amp.			Fio de Algodão Serlix		
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Serlix		
	Proglumina amp.			Fio de Algodão Sutupak		
	Protexido lfm			Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml	05		Fila cardiaca		
	Rapifen amp.			Mononylon		
	Thiopental ml		03	Mononylon 2.0		
	Tracrium amp.			Prolene Serlix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	02		Prolene Serlix		
04	Água Destilada amp.			Prolene Serlix		
02	Decadron amp.			Prolene Serlix		
02	Dipirona amp.	01		Vicryl Serlix		
	Flaxidol amp.	05		Vicryl Serlix 1		
	Flabocortid amp.			Vicryl Serlix		
	Geramitina amp.	08				
	Glicose amp.	05		Oxigênio ml		
	Glucon de Cálcio amp.			Poliflix		
	Haemacel ml	05		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml			PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanexion amp.	03		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	04		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrofinazol.	02		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Prasi amp.			Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml
	Protumina	02		Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml
	Reviran amp.			Sonda		
	Stuplanon amp.			Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g			Sonda Nasogástrica	01	Orto T. para 120/135
				Sonda Uretral nº	06	Orto T. para 120/135
				Sterydren ml		
				Tornetinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7			Geicon 18		
	Agulha desc. 28 x 28			Latex		
	Agulha desc. 3 x 4,5	05		coletor de		
01	Agulha p: raque nº 25					
05	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
04	Ataduras de Crepon	15				
	Ataduras de Gessada					
03	Ataduras de					
	Benzina ml					

- EQUIPAMENTOS
- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (x) Oxímetro de Pulso | (x) Foco Auxiliar |
| () Serra | (x) Eletrocautério |
| () Desfibrilador | () Oxímetro |
| () Foco Frontal | (x) Cardiomonitor |
| () Fonte de Luz | (x) Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Vanda Lucia B. M. M.
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PE 103.722

MOD 056



25/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 25/07/2019

Horas: 09:59:50

Médico (a) Diarista : Schubert Luiz 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

Clinica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

Dia 25/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luiz Costa Rodrigues /

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

Dr. Verônica Pedrosa
 CRM/PR 7106
 CL. MEDICINA ESP. NEUROLOGIA

Dr. Schubert Costa
 CRM/PR 5523
 CL. MEDICINA ESP. NEUROLOGIA

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

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

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Antônio Duarte Beneditino da Silva		Idade:	51	
Convênio:			Data:	13/08/19	
Procedimento:	Tb. Propico. Ex. de Volcanismo E				
Cirurgião:	Dr. Felipe	Auxiliar:	Dr. Carlos	Anestesista:	Dr. Ricardo
Início:	15	Término:	16:20	Anestesia	Propico

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
16:40	150x85	72	95	Rhys	+	Antônio
17:00	158x82	74	95	duarte	+	consciente
17:20	156x87	70	96	duarte	+	consciente
17:40	146x92	78	95	duarte	+	consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Voluntariamente a omissão, não havendo voluntariamente	
Sintomas sem quadro de 10/12 de 5 RPS	
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



13/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 13/08/2019



**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 + ANTISSEPÇÃO + 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





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
() Palpitações	() 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>	<input checked="" type="checkbox"/> Tabagismo
() Etilismo	() Sedentarismo
() Dislipidemia	() Outros
() Cirúrgico <u>21/07/19</u>	

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Cardiovascular - Comentários: RCR, 3T, 2V

FC: 91 b.p.m PA: 130 x 80 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

MOD. 043



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: *[Assinatura]*

DATA: 05/08/19 HORA: 9:00

Presença for uso de todo ASE

INTERCORRÊNCIAS

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

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

5- Necessidades Psicossociais

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

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

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

6- Necessidades Psicossociais

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

SONO E REPOUSO

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Débito: Retirado em: Curativo em:

Draino: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: Curativo em:

Início cirúrgico: () Local/Aspecto: Início cirúrgico: () Local/Aspecto:

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

Coloração da pele: () Normocrômica () Hipocrômica () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: Observações:

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

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

RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

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

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT: Hora: Data: 1

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: 05/08/19

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

Drugs vasoativas: () Quais?

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

Pele: () Corada () Hipocrômica () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Alberto Bernardino Registro: 10 Leito: 4 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; 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 () Midriáticas

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 ES 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 () Cefalo.



pele: (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: 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: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 1/1/1
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
 Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
 RHA: (X) Normotivos () 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: 1/1/1
 Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 1/1/1
 Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo 1/1/1
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 () Med
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 06/08/2019 HORA: 10:00
 Renata Thais de O. Guimarães
 COREN-PR 150463-ENF

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



pele: (☒) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquosa.

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: 05/11/19

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: 11/11/19

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

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

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

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

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

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 11/11/19

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 11/11/19

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 11/11/19

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 RESPOSTA SOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Med

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

NECESSIDADES FÍSICAS PRIMÁRIAS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

paciente com patologia MSE fr usada
 tal, aguçada cingia

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 07/08/19 HORA: 8.30

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO
Nome: Carlos Alberto Bernardino Registró: 30 Leito: 1 Setor Atual: CURPT

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 () 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:

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.



Karla R. L. Porto Queiroz

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 08/01/19 HORA: 17:45h

COREN-PR 153371-ENF
KARLA R. L. Porto Queiroz

INTERCORRÊNCIAS

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

RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPRITUALIDADE

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

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

SONO E REPOUSO

Limite físico: () Acamado () Cadeira de rodas () Outros: *deitado*
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória () Satisfatória () Insatisfatória.

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: () Estágio: *1*
Dreno: () Tipo/Aspecto: *1*
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: *1*

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: *1*

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

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há *1* dias () Outros: *1*

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

Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: *1*

Alterações: () Inapetência () Distúrbio () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: *1*

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT, Hora: *1* Data: *1*

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

Cateter vascular: () Perférico () Central () Dissociação. Localização: *MSB* Data da punção: *1*

Auscultas cardíacas: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Preordialgia () Qual? *1*

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: () *1*

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Prna () Anus



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carla Ribeiro Registrô: Leito: 10.4 Setor Atual:

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; 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 () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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

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

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()

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

Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: AS Data da punção 11/08/19

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: 1/1

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: 1/1

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 1/1

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 1/1

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:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: *Renata Inês de Q. Guimarães* DATA: 13/08/19 HORA: 10:00
COREN-PB 150.463- ENF

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: RODRIGO ALBERTO Registro: 30.06 Leito: 30.06 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 () 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:

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 () Cefalo.



**GOVERNO
DA PARAIBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 24/07/2019

Data: 24/07/2019

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 O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

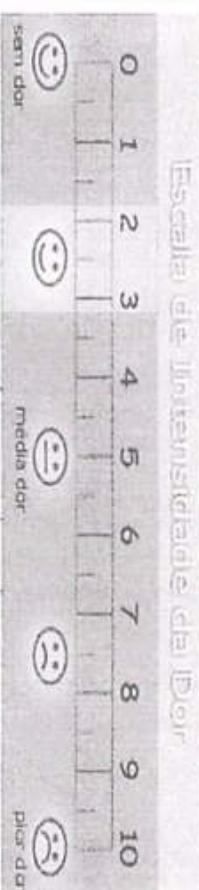
DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

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



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN

acolhimento

Bruna Moura da Silva

ENFERMEIRA - ESF

COREN-PB/223.352

SUS 709108290476830



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO:

Rx de torax sans pneumothorax ou
pneumothorax

LD: ~~Krokyz~~ krokyz E?
Krokyz, ambro E.

Gd: Sohib Ds. ~~Surabaya~~ peng.
 " Pengas. ds. Oropok.

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs

SERVIÇOS REALIZADOS:

Óbito

CODIGO/PROCEDIMENTO

CEO

IDADE

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Alberto Bernardinide Registrô: Leito: 104 Setor Atual: OTIC 2

DATA DO REGISTRO

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; 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 () Outros:

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 ES 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

Clinica 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

Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



VALIDA EM		JDO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO SERIAL	12218682-8	DATA DE EXPEDIÇÃO	14/05/97
NOME CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA			
FILIAÇÃO CINEZIO BERNARDINO DE LIMA			
NATURALIDADE MARIA PEREIRA DE LIMA		DATA DE NASCIMENTO 23/05/1967	
DOC ORIGEM TERM 381 O CABACEIRAS PB		C.NASC LIV 01 FLS 96	
CPF 019		ASSINATURA DO DIRETOR <i>Reinaldo Basso</i>	
0024-1V1A		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 FELIX PACHECO	
	
19	
	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Carlos Alberto B. Lima</i>	
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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 24/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ALBERTO
BERNARDINO DE LIMA

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

CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

