



10/09/2020

Número: **0002882-45.2016.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **23/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
M. A. S. C. (REU)			
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34140 680	10/09/2020 09:43	2748058_CONTESTACAO_Anexo_022	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2015

Carta nº: 8184572

A/C: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

Sinistro: 3150970240
Vitima: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR
Data Acidente: 02/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01899/01900 - carta_01



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8254668

A/C: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

Sinistro: 3150970240
Vítima: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR
Data Acidente: 02/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01719/01720 - carta_02



00050860



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3150970240 - 1
Nome do(a) Examinado(a): ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR
Endereço do(a) Examinado(a): RUA SEVERINO MARSSAL nº 27 - MONTE SANTO - PICUI/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 3722813 - SSP
Data local do exame: 23/12/2015 CAMPINA GRANDE/PB

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO PLATEAU TIBIAL ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MEDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

EDEMA RESIDUAL, HIPOTROFIA, CREPITAÇÃO EM JOELHO, CLAUDICAÇÃO

IV. Segundo o 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(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MIE

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 23/12/2015

Médico Perito: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI CRM: 6508

Márcio Alberto L. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CIR. DO OMBRO E COTOVELO
CRM-PB 6508 TEOT 11209

Assinatura do perito Examinador - CRM





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

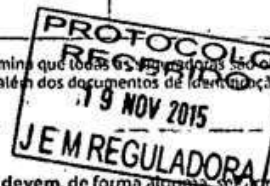
Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Elis Paulino de Oliveira Junior
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.722.883 EXPEDIDO POR SSVPPD EM 28/11/2008 E
 CPF 104363924-16 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Fum. 87
 E RENDA MENSAL DE R\$ 289,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elis Paulino de O. Junior AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras sejam obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício — nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial — nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4316 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5681-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Picui - PB 11 de Novembro de 2015
 LOCAL E DATA

Elis Paulino de O. Junior
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

58



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE

03/11/2015 HORA: 16:11:10
DATA EFETIVACAO: 03/11
CONVENIO: 000611433
OPERADOR: 00061144

AGENCIA: 4916

CONTA: 013 00005681-5

NOME: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNI

VALOR:

COD. OPERACAO: 516122351

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

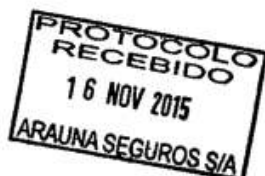
PROTOCOLADO
RECEBIDO
19 NOV 2015
JEM REGULADORA

59





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PICUI/PB
DELEGACIA DE PICUI
Rua Coronel Manoel Lucas, nº 02 - Centro, Picuí/PB
CEP: 58.187-000 - Telefone: (83)3371-2324



CERTIDÃO

Nº. Cont.: 082/2015

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 01/2015, o Registro n.º 82/2015, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos 03 dias do mês de novembro do ano de 2015, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Bel(ª). Luisa Nascimento Correia Lima, Delegada de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 16h53min, compareceu ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR, brasileiro, solteiro, pintor, natural de Picuí/PB, nascido aos 21/11/1990, filho(a) de Elias Paulino de Oliveira e Ana Maria dos Santos Oliveira, residente na rua Severino Marsal, nº 27, bairro Monte Santo, Picuí/PB, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 02 de agosto de 2015 por volta das 17h30min., o comunicante deslocava-se pela rua Francisco Cunha Dantas, bairro Cenecista, Picuí/PB, pilotando uma motocicleta HONDA BIZ 125 KS, placa MYP 5487/RN, chassi 9C2JA04106R809224, cor azul, ano/modelo 2005/2006, licenciada em nome de Elizama Kelly dos Santos Oliveira, Quando um cachorro atravessou a frente da motocicleta inesperadamente e comunicante desviou e bateu com a motocicleta em uma árvore; Que as testemunhas desta certidão acionaram o SAMU que encaminhou o comunicante ao Hospital Regional de Picuí/PB, onde recebeu os primeiros atendimentos; Que no dia posterior ao fato o comunicante foi transferido para o Hospital de Trauma em Campina Grande/PB; Que o comunicante fraturou o plator tibial da perna esquerda e colocou 06 parafusos e uma placa de platina na perna esquerda e teve de se submeter a uma cirurgia conforme cópia dos documentos anexos. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fê.

Picuí/PB, 03 de novembro de 2015.

Elias Paulino de Oliveira Junior
COMUNICANTE:

JOSE DANTAS DA COSTA

TESTEMUNHA 1 RG 2.143.047 SSP/PB, R. Francisca Cunha Dantas, 20, bairro Cenecista, Picuí/RN.

MARIA DAS DORES DOS SANTOS COSTA

TESTEMUNHA 2 RG 1.049.059 SSP/PB, R. Francisca Cunha Dantas, 20, Cenecista, Picuí/PB.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ELIAS PAUCINO DE OLIVEIRA JUNIOR, portador da carteira de identidade nº 3722813 e inscrito no CPF/IME sob o nº 10436392110, residente e domiciliado na R. SEVERINO MARIAL N° 22, Cidade PICUI, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 T2%



Elias Paucino de Oliveira Junior

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data

OV





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73
Home Page: <http://picui.famup.com.br>
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 08.619.650/0001-21
BASE DESCENTRALIZADA SAMU 192

Picuí/PB, 08 de Outubro de 2015.

DOCUMENTO 3 "T3%"



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 Picuí/PB, realizou atendimento pré-hospitalar do paciente ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JÚNIOR, 24 anos, portador do RG 3.722813, vítima de acidente motociclistico, ocorrido no dia 02 de Agosto de 2015, na Rua: Francisco da Cunha Dantas, Cenecista, Picuí/PB. Paciente encontrava-se consciente, orientado, estava em uso de capacete e o mesmo havia retirado, apresentando dor em joelho esquerdo. Após avaliação e realização de procedimentos necessários o mesmo foi removido para o Hospital Regional de Picuí/PB, conforme regulação.

Gigliana da Silva Dantas
Coordenadora do SAMU
COREN/PB 246.095

GIGLIANA DA SILVA DANTAS
Coordenadora SAMU PICUÍ/PB



ATO DECLARATORIO

Rua: Galdini Pinheiro, 26 - Bairro Centro / CEP: 58 187 - 000 - Picuí - PB
Fone/fax: (83) 3371-2620/ 3371-2350 - e-mail: pmpicui.sat.splena@uol.com.br

03



DECLARAÇÃO

Eu, SUELIO MOREIRA TORRES, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado em [endereço], por meio desta, declaro que sou o titular da posse e domínio da propriedade descrita no presente documento, e que a mesma encontra-se livre de quaisquer ônus, gravames ou restrições legais.

Declaro, ainda, que a presente declaração é verdadeira e fielmente representa a situação real da propriedade, e que não há qualquer outro interessado na mesma.

Por fim, declaro que a presente declaração é feita de livre e espontânea vontade, sem qualquer coação, fraude ou dolo.

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: [número]

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: [número]

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: [número]



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: 30/12/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000005681-5

Nr. da Autenticação CC5729B68B355718



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DOCUMENTO 2 *T2%*



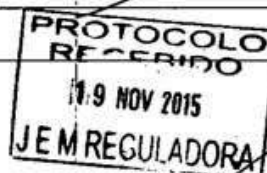
Eu, Eliás Paulino de Oliveira Junior,
RG nº 3.722.813, data de expedição 28/11/2008, Órgão
SSP/PB, CPF nº 104.363.924-10, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Severino Mariz</u>
Número	<u>27</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte Santo</u>
Cidade	<u>Picuí</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.187-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99622-3777</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí, PB, 11 de novembro de 2015

Assinatura do Declarante: Eliás Paulino de Oliveira Junior



60



ELIAS PAULINO OLIVEIRA
RUA SEVERINO MATHIAS, 27 - MONTE SANTO
PICI/PA CEP: 5818-000 (AO 60)

Cidade: Sucois - PE
Bairro: BARRAGEM DA MONTE SANTO
Referência: Set/2015
Emissão: 08/09/2015

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 200, Km 25 - Cadeia Verde - Jd. Perito (PB) - CEP 6207-120
CNPJ 09.095.153/0001-40 - Insc. Est. 14.045.822-0

Nota Fiscal/Contador Energia Elétrica: 170.052.076
Código para Débito Automático: 0000096505

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/96550-9

Canal de contato

Set/2015

Apresentação

08/09/2015

Data prevista da próxima leitura

07/10/2015

CPF/CNPJ/RANI
00188839453

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 03/09/2015 PAGAS
OBRIGADO!

Histórico de Consumo (kWh)

Agos/15	57
Jul/15	87
Jun/15	59
Mai/15	70
Abr/15	71
Mar/15	74
Fev/15	75
Jan/15	92
Dez/14	81
Nov/14	92
Out/14	87
Set/14	89

Média dos últimos meses
75 kWh

Indicadores de Qualidade 2015-Pol

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	6,20	1,47
DC TRIMESTRAL	12,54	
DC ANUAL	23,00	
FC MENSAL	2,30	1,00
FC TRIMESTRAL	6,80	
FC ANUAL	13,20	
CDCC	3,31	1,47
CDCC	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	5,17	13,32
Compra de Energia	5,22	18,28
Serviço de Transmissão	0,44	1,13
Encargos Setoriais	1,15	2,96
Impostos, Dividendos e Encargos	19,47	47,50
Outros Serviços	7,27	18,73
Total	38,62	100,00

Valor em encargo de Uso e Manutenção da Distribuição
(R\$ 4.201,51) (R\$ 14,08)

ATENÇÃO

Sua unidade foi lida em 14/09/2015 às 14:58
Requisite Tarifário - Verifique se a unidade foi lida corretamente
Requisite Tarifário - Verifique se a unidade foi lida corretamente

PROTOCOLO RECEBIDO
19 NOV 2015
EM REGULADORA

61





Rua Feliciano Cirino, s/n - Jaguaribe João Pessoa - PB, CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

001833

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

01742179-9

CONTATO CONSUMO D'ÁGUA / ESCOPO DE SERVIÇOS

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

028.01.020.0304

ENDEREÇO

RUA ROLDÃO Z. DE MACEDO, 145

CIDADE

BAIRRO

JK

CÓDIGO

PICUI

CEP

58187-000

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO ÁGUA

SITUAÇÃO ESCOTO

RESIDENCIAL

COMERCIAL

INDUSTRIAL

PÚBLICO

LIGADO

POTENCIAL

BANCOS DE FATURAMENTO

DÍBITOS EM DÍGITO

QUALIDADE DA ÁGUA

LEITURA ATUAL 313
 LEITURA ANTERIOR 299
 CONSUMO DO MÊS (m³) 14
 DATA DA LEITURA 30/06
 DIAS DE CONSUMO 31
 CONDIÇÃO DA LEITURA EFETUADA
 CONDIÇÃO DO FATURAMENTO REAL
 ANORMALIDADE DA LEITURA
 ANORMALIDADE DE CONSUMO
 DATA DA PRÓXIMA LEITURA

MÊS VALOR - R\$
 04/2015 25,93
 Ignora, se pago após:
 30/06/2015

VALOR MÉDIO DESEMPENHO
 PARÂMETRO VALOR MÉDIO DESEMPENHO
 TURBIDEZ 4,5 a 10
 PH 6,5 a 8,5
 COR 15 a 20
 CLORO 0,2 a 0,5 mg/l
 VALORES TOTAIS (*)
 (*) Sistema que analisa 40 ou mais amostras por mês, baseado em 95% das amostras examinadas

Dados Referentes à

VALOR R\$

VALOR CONSUMO
 AGUARDANDO
 JUN 11 -00
 FEV 12 -16
 MAR 9 -00
 ABR 10 -00
 MAI 8 -00
 JUN 17 -00
 MÉDIA: 11

DESCRIÇÃO DO FATOR
 Número A08A017737
 Data Instalação 08/07/2013
 Marca ASI
 Localização EXT
 Capacidade 3 m³/h

CONSUMO D'ÁGUA

TOTAL A PAGAR:

PROTÓCOLO
 RECEBIDO
 19 NOV 2015
 JEM REGULADORA
 ***** 40,81

REFERÊNCIA

SÚMIO A CONTAR 40 DIAS DO VENCIMENTO

VENCIMENTO

JUL/2015

30/07/2015

** DÉBITO AUTOMÁTICO **

826500000003 408100108211 742179907206 1500000000011



CAGEPA

P-1073

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

DESCRIÇÃO

028.01.020.0304

SÚMIO A CONTAR 40 DIAS DO VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

REFERÊNCIA

JUL/2015

MATRÍCULA

01742179-9

VENCIMENTO

30/07/2015

62



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825**

2ª via, expedido por **SSP/PB**, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na

qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

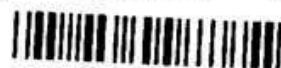
Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE DE RESIDENCIA.**



NILO TRIGUEIRO DANTAS
RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65
PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

63





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ELIZAMA KELLY DOS SANTOS OLIVEIRARG nº 3504687 data de expedição 07/05/2012Órgão SSP/PB portador do CPF nº 086.206.614-08 comdomicílio na cidade de PICUI no Estado dePB onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA VENIMANDA VENERAVEL DE VENETA nº S/N

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR cujo o condutor eraELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIORVeículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA 617 125 KSAno: 2005Placa: MVP-5487/RNChassi: 9C2JA04106R809224Data do Acidente: 02/08/2015Local e Data: PICUI - PB, 13/11/2015

Elizama Kelly dos Santos Oliveira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



04



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.000/160

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SA

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

Recorcor: PARDA

Dt. Nasc: 21/11/1990 Idade: 24 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Mãe: ANA MARIA DOS SANTOS OLIVEIRA

Profissão: PINTOR

Endereço: RUA ADELAS LIMA DE MACEDO

Bairro: JK

Município/CEP/BGE: PICUI / 58187000 / 251140

Telefone para contato: (83) 3371-2554

Data e Hora: 02/08/2015 18:27:33

PESO: PA: SSVI

TEMP: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente vítima de acidente de carro

AP=normal

ACV=normal

EXT=normal

Abd=normal

Hospital Regional de Picui

Atestado conforme o original

Picui, 30/10/2015

Arquiteto Médico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

Ad. Suelio Moreia Torres

avaliacao do atendimento

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Injeção 100mg + 100mg SFO, 9, EV, 30ml

2. SFO, 9, 500 mg EV placebo

3. Valeriana 25 - 100 mg IM

4. Bup - 1 mg 7 M.

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO: FEAR - Plati

CID-10:

MEDICAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO:

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO PROCEDIMENTO:

1. 0301040104

2. 0301040104

3. 0301040104

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

AUDITADO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

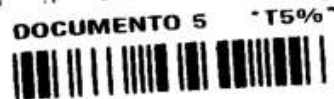
ASS. DO REVISOR TÉCNICO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

Carimbo

Carimbo

Carimbo



GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRATAMENTO LUIZ GONZAGA FERNANDES		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO Código da Unidade: 00023671 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE - Paraná PARANÁ (11/25)		CNPJ: 08.778.268/0001-60 Paciente: ELIAS PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR Data de Nascimento: 01/08/2015 Sexo: MASCULINO Estado Civil: CASADO Profissão: JAP/98/92545 Data de Atendimento: 01/08/2015 Hora: 16:15h Local: CENTRO Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE Tipo: <i>Exame Físico</i> Resultados: <i>Exame Físico - 11/25</i>		ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: 1 - PRONOME: <i>13 - PRONOME</i> 2 - IDADE: <i>15 - IDADE</i> 3 - SEXO: <i>13 - SEXO</i> 4 - RACIA/COR: <i>15 - RACIA/COR</i> 5 - OUTROS: <i>13 - OUTROS</i>	
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS 1. <i>Exame Físico</i> 2. <i>Exame Físico</i> 3. <i>Exame Físico</i> 4. <i>Exame Físico</i> 5. <i>Exame Físico</i>		DIAGNOSTICO / CID: <i>Exame Físico</i>	
SERVIÇOS REALIZADOS: 01 - PRECATORIO 02 - APLICADA 03 - OUTROS 04 - OUTROS 05 - OUTROS		TIPO DE ATENDIMENTO 01 - AMBULATORIAL 02 - AMBULATORIAL 03 - AMBULATORIAL 04 - AMBULATORIAL 05 - AMBULATORIAL	
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AS) ASSISTENTE(S) - CARIÓTIPO <i>Exame Físico</i>		ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO <i>Exame Físico</i>	
ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO) <i>Exame Físico</i>		PROCEDIMENTO <i>Exame Físico</i>	

Ficha de Acolhimento

Nome:	Elias Paulino de Oliveira Junior		
End:	Agino Macedo, 48	Bairro:	Picui
Data de Nascimento:	25-11-90	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente de moto		
Data do Atend.:	03-08-15	Hora:	16:10
Documento:			

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Claro () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama	

Estratificação

1700, 110

Protocolo - atendimento imediato
(REFERIDO)
19 NOV 2015
JEM REGULADORA

Joana Darc de S. Vasconcelos
ENFERMEIRA
COREN RN 549

Assinatura e carimbo do profissional

Protocolo - atendimento imediato
(REFERIDO)
19 NOV 2015
JEM REGULADORA

07





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Felipe Tiago Gomes"

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Elias Paulino de O. Junior
DOCUMENTO Nº. _____ IDADE: 24
DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 SEXO: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: Dicas - PB CEP: _____
PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____
H.D.A. Acidente de moto
o/ tráfego em via pública
FRAT. PLANO
EXAMES REALIZADOS: RX
CONDUTA: Adm. Hospital de trauma
de Campina Grande
Protocolo Dr. Rodolfo

PROTÓCOLO
RECEBIDO
19 NOV 2015
JEM REGULADORA

DATA: 03.08.18

MÉDICO ASSISTENTE / CRM

08





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 LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SUBSTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Elisio Pereira de Oliveira Junior

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

238.830

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1161046029118061031

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/11/1990

9 - SEXO

Masculino

10 - RACIA

3

11 - NOME DA ÚLTIMA RESPONSÁVEL

R. Barros Moreira, 421 Bonitas

12 - TELEFONE DE CONTATO

313 91819182145

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Barros Moreira, 421 Bonitas

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picui

15 - CID - DOB - MUNICÍPIO

P18

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor + limitação funcional em joelho esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Doença + trauma fixo

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Fratura de platô tibial esquerdo

21 - CID 10 PRIMÁRIO

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

1 - CURA 2 - CUP

28 - DOCUMENTO

1 - CNES 2 - CUP

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

0377031161440

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

Dr. [assinatura]

31 - DATA DE SOLICITAÇÃO

03/07/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

[assinatura]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

35 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

36 - CIP DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SORTE

39 - CIP DA EMPRESA

40 - CIP DA EMPRESA

41 - CUP

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO 2 - EMPREGADOR 3 - AUTÔNOMO 4 - DESEMPREGADO 5 - APOSENTADO 6 - APOSENTANDO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID - DOB - MUNICÍPIO

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - CUP

1 - CNES 2 - CUP

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

MOD 015



Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)

Elias Paulino de Oliveira (encaminhamento)

(Leito)

Convênio)

PRATICA DE ATENDIMENTO
Rodrigo II

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/08	DIETA GERAL LACTOSE 2 ML EV 2/5/11 TILACIL 1 AMP EV 12/17/11 SP 02/5.000 MG EV 2/12/11 VITAMINAS A, B1, B6, C, E, K, P, N 3/8/10/11	12h 12h 12h 12h	EVOLUÇÃO EM PRÉCIO BCA PERFORAÇÃO NOS MEMBROS PELO SEM LESÃO MOBILIZAÇÃO GESSADA
	DIETA GERAL 20 MG EV 7/11 TRAMAL 100 MG EV 7/11 CICLAGINA ACesso VENOSO	12h	EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS EM AGUARDA CIRURGIA
	DIETA GERAL 20 MG EV 7/11 TRAMAL 100 MG EV 7/11 CICLAGINA ACesso VENOSO	12h	EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS EM AGUARDA CIRURGIA

19

**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

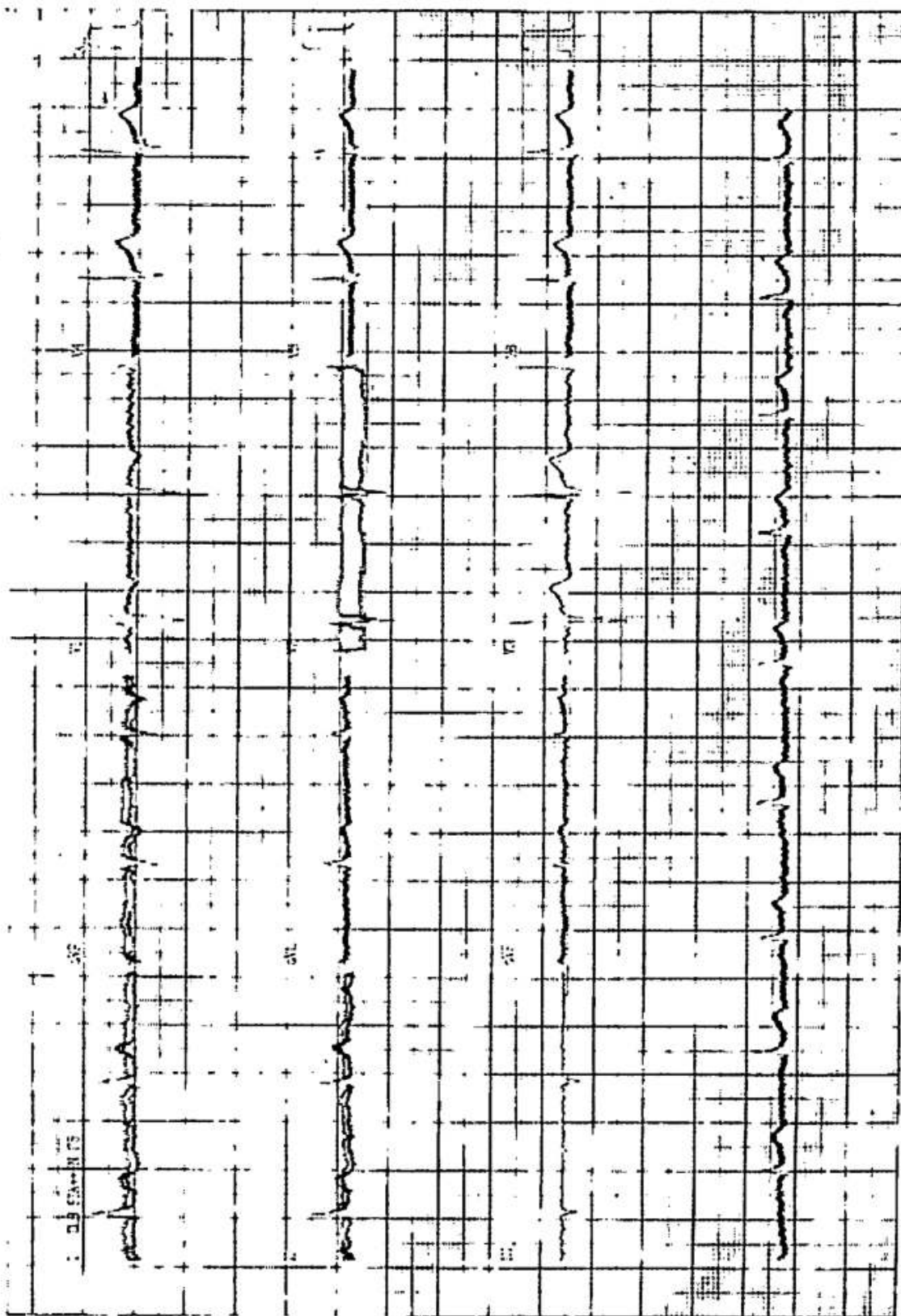


BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Elton Paulino de Oliveira Jr</u>		4/2/15	
IDADE: <u>24</u>	SEXO: <u>M</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>1/1/1991</u>	
SETOR: <u>Amarelo</u>	LEITO: <u>2-1</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ex de Placenta Prévia</u>			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	<u>Rivotril</u>
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO ☒	BRADIPNEICO ☐	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐	ANÚRIA ☐	
MOBILIDADE:	DEÁMBULA ☒ DEÁMBULA COM APOIO ☐ ACAMADO ☐	SÍNDROME MOTOR ☐	
	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐	RESTRITO NO MEMBRO ☐	
SIST. GAS. GASTROINTESTINAL (DIETA):	VO ☒ SNG ☐ SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐	CAQUÉTICO ☐	
DADOS VITAIS:	PA: <u>110/70</u> T: <u>36,5</u> FR: <u>18</u> FC: <u>72</u> PESO: <u>65</u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE Queda		CDFR:	
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO		CDFR:	
☒ RISCO DE INFECÇÃO		CDFR: <u>Previdente, não a</u>	
☐ RISCO DE Desequilíbrio da Temperatura Corporal		CDFR:	
☐ RISCO DE Glicemia Instável		CDFR:	
☐ RISCO DE Retenção Urinária ☐ RETENÇÃO URINÁRIA		CDFR:	
☐ RISCO DE Sangramento		CDFR:	
☐ Náusea		CDFR: <u>nao tem leve</u>	
☐ Dor Aguda ☐ Dor Crônica		CDFR:	
☐ Padrão Respiratório Ineficaz		CDFR:	
☐ Mobilidade no Leito Prejudicada		CDFR: <u>prejuizo mobilidade</u>	
☐ Déficit no Auto Cuidado ☐ Alimentar-se ☐ Para Banho		CDFR:	
☐ Integridade da Pele Prejudicada		CDFR:	
☐ Risco para Int. Pele Prejudicada		CDFR:	
☐ Risco de Síndrome do Desuso		CDFR:	
☐		CDFR:	
☐		CDFR:	
☐		CDFR:	
		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS		<u>20</u> <u>23</u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA			
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A O2 MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ)			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA)		<u>Sempre</u>	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO		<u>Com ajuda</u>	
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE		<u>Sempre</u>	

1959 12



ELIAS BAUINO 24/08/20
REC-AL-04/08/25 01:30h



12



RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AValiação	ASSINATU CARIMB
------	------	----	---	----	----	-----	---------	-----------	--------------------

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

Paciente evolui estável, apresentando
ansiedade, agitação, episódios de
exacerbação no momento, com
ligado conduto de oxigênio.

Realizado TC de peito (G)

13





GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Exat. do diagnóstico (F)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Clínica Paulino de Oliveira	Alojamento	3	Leito	5	Convênio
Data	Proscrição Médica	Horário	Evolução Médica			
05/08	1. Dito. Lina	18h	18h 06			
2. Dito. Lina	18h	18h	18h 06			
3. T. 02.1	18h	18h	18h 06			
4. S.F. 02.1	18h	18h	18h 06			
5. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
6. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
7. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
8. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
9. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
10. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
11. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
12. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
13. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
14. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
15. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
16. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
17. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
18. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
19. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
20. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
21. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
22. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
23. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
24. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
25. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
26. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
27. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
28. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
29. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
30. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
31. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
32. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
33. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
34. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
35. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
36. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
37. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
38. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
39. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
40. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
41. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
42. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
43. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
44. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
45. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
46. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
47. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
48. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
49. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
50. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
51. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
52. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
53. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
54. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
55. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
56. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
57. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
58. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
59. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
60. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
61. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
62. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
63. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
64. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
65. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
66. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
67. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
68. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
69. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
70. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
71. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
72. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
73. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
74. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
75. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
76. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
77. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
78. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
79. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
80. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
81. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
82. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
83. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
84. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
85. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
86. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
87. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
88. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
89. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
90. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
91. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
92. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
93. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
94. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
95. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
96. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
97. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
98. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
99. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			
100. M. Traqueostomia	18h	18h	18h 06			

Dr. Carlos Rodrigues da Silva
Médico - CRM 1115

Dr. Carlos Rodrigues da Silva
Médico - CRM 1115



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

[illegible]

Exat. Photo. F. Local (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Sônia Paulina Oliveira	Alojamento	3	Leito	1	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
05/09	1- Dito. Lio.						
	2- Difusão 2ml EV 6.11h	14h 24h					
	3- F. F. F. 1mg EV 10.11h	14h 24h					
	4- SFO 2.100ml EV 12.11h	14h 24h					
	5- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	6- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	7- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	8- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	9- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	10- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	11- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	12- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	13- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	14- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	15- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	16- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	17- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	18- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	19- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	20- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	21- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	22- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	23- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	24- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	25- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	26- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	27- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	28- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	29- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	30- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	31- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	32- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	33- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	34- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	35- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	36- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	37- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	38- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	39- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	40- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	41- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	42- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	43- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	44- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	45- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	46- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	47- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	48- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	49- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	50- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	51- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	52- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	53- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	54- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	55- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	56- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	57- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	58- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	59- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	60- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	61- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	62- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	63- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	64- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	65- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	66- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	67- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	68- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	69- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	70- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	71- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	72- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	73- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	74- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	75- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	76- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	77- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	78- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	79- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	80- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	81- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	82- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	83- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	84- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	85- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	86- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	87- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	88- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	89- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	90- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	91- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	92- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	93- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	94- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	95- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	96- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	97- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	98- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	99- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					
	100- Difusão 40mg EV 1.11h	14h					

17



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Olivia Pavlino de Oliveira Junior</u>	UG: <u>0610/115</u>		
IDADE: <u>23</u>	SEXO: <u>M</u>	FILIAÇÃO: <u>AS</u>	03
SETOR: <u>UTQ</u>	LEITO: <u>3-1</u>		
DIAGNOSTICO: <u>fx. Plans. Tumor</u>			
ALERGICO: ☐ SIM ☒ NAO			
MEDICACAO: ☐ SIM ☒ NAO			
DOENCA CRONICA: ☐ SIM ☒ NAO			
PRESENCIA DE UNICAT: ☐ SIM ☒ NAO			
PRESSAO ARTERIAL: ☐ HIPOTENSO ☒ NORMOTENSO ☐ HIPERTENSO			
SISTEMA NEUROLOGICO: ☐ CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE			
SISTEMA RESPIRATORIO: ☐ DISPNEICO ☒ TAQUIPEICO ☐ EUPNEICO			
GENITOURINARIO (RESE): ☐ NORMAL ☒ POLQUIA ☐ OLIGURIA			
MORIBILIDADE: ☐ ANOREXIA ☒ COMESTIVA ☐ ANURIA			
SIST. GAS. RESPIRATORIAL: ☐ TERAPIA ☒ SEM TERAPIA			
(DIETA): ☐ VO ☒ SNG			
ESTADO NUTRICIONAL: ☐ NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO			
DADOS VITAIS: <u>PA: 120x70</u> <u>PR: 36°C</u> <u>FR: 20</u> <u>FC: 80</u> <u>IPSO:</u>			

[illegible]

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORIZAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		12/12/77	WES
☒ REALIZAR MONITÓRIO DE S. C. C. CAPILAR.			
☒ ORIENTAR O PACIENTE EM RELAÇÃO À RESPIRAÇÃO FISIOLÓGICA.			
☒ INSTALAR O CATETER DE O ₂ EM O ₂ CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☒ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, PULSO, HISTERTEPSE E BATIMENTOS DA CAÇA DO NARIZ.			
☒ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☒ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.			
☒ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE ALINHADA COM O EIXO DO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE HIPERTENSÃO, HIPOTENSÃO, HIPEREMIA, CALOR, FRIEZA, ETC.			
☒ ASSISTIR O PACIENTE DURANTE O PROCEDIMENTO.			
☒ REALIZAR TUDO O NECESSÁRIO PERTINENTE AO CUIDADO DO PACIENTE.			
☒ RELACIONAR OS DADOS IDENTIFICADOS AS CUIDADORAS TÓNICAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO PACIENTE.			

18



NO 12





Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

Final Plano Trilatel

Paciente: Elton Pereira Oliveira Alojamento: 3 Leito: 3 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/08	1 - DIETA LIVRE		IF Oatspedia
	2 - SF 0,9 % 500 ml EV CADA 12 H	5:00 AM	Paciente instável, desequilibrado
	3 - OMEPRAZOL 40 mg EV CADA 24 H	08:00	Urgo das
	4 - DAPIRONA 2,0 ml CAUA 8 H	12:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	5 - TILATIL 20 mg EV CADA 12 H	14:00	Prescritos
	6 - C.C.G.	16:00	Final
	7 - Metformina 1000 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	8 - Auroclonazepam 10 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	9 - Clonazepam 10 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	10 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	11 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	12 - Clopidogrel 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	13 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	14 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	15 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	16 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	17 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	18 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	19 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	20 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	21 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	22 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	23 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	24 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	25 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	26 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	27 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	28 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	29 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	30 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	31 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	32 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	33 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	34 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	35 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	36 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	37 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	38 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	39 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	40 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	41 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	42 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	43 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	44 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	45 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	46 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	47 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	48 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	49 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	50 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	51 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	52 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	53 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	54 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	55 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	56 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	57 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	58 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	59 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	60 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	61 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	62 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	63 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	64 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	65 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	66 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	67 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	68 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	69 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	70 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	71 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	72 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	73 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	74 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	75 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	76 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	77 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	78 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	79 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	80 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	81 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	82 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	83 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	84 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	85 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	86 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	87 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	88 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	89 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	90 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	91 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	92 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	93 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	94 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	95 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	96 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	97 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio
	98 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Prescritos
	99 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Final
	100 - Plavixil 75 mg EV 8/12h S/N	18:00	Ag. de L. suprimida, Manuseio

21



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: <u>Elaine Pereira Oliveira Junior</u>		BOLETIM DE ENFERMAGEM		08/10/15	
IDADE: <u>24</u>	SEXO: <u>M</u>	FI	DATA DE NASCIMENTO: <u>1 / 1 / 85</u>		
SETOR: <u>UTH</u>		LEITO: <u>3-1</u>			
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ex. Pleur. Transl.</u>					
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐		NORMOPOTENSO ☒		HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒		INCONSCIENTE ☐		ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐		TAQUIPNEICO ☐		EUPNEICO ☒
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURSE)	NORMAL ☐		POLÚRIA ☐		OLIGÚRIA ☐
	DUSÚRIA ☐		CISTOSTOMIA ☐		ANÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEAMBULA ☐		DEAMBULA C/ APOIO ☐		ACAMADO ☒
	TETRAPLEGIA ☐		HEMIAPLEGIA ☐		SI DEFICITE MOTOR ☐
SIST. GAS. ROINFECTIONAL (DIETA)	VOI ☒		SNG ☐		SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒		DESNUTRIDO ☐		OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA: <u>140x80</u>	T: <u>36,2</u>	FR: <u>22</u>	FC: <u>77</u>	PESO: <u>50</u>
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
☐ RISCO DE QUESA			COFR:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO			COFR:		
☐ RISCO DE INFECÇÃO			COFR:		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL			COFR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			COFR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA			☐ RETENÇÃO URINÁRIA		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO			COFR:		
☐ NAUSEA			COFR:		
☐ DOR AGUDA			☐ DOR CRÔNICA		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			COFR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			COFR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO			☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			COFR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			COFR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			COFR:		
☐			COFR:		
☐			COFR:		
☐			COFR:		
☐			COFR:		
			CO: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		
			FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO		ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			12/12 h		<u>W</u>
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A ULTIM OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS.					
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.					
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO					
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).					
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
☐ RELACIONAR AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					



Diagnóstico

For plot 3 trial

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO.

Paciente	Elias Paulino Oliveira	Alojamento	03	Leito	01	Convênio
----------	------------------------	------------	----	-------	----	----------

[illegible]

450 435

94





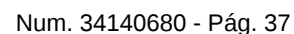
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Elia Pontes Oliveira Pereira</u>			
IDADE: <u>24</u>	SEXO: <u>M</u>	F	DATA DE NASCIMENTO: <u>09/08/15</u> às <u>h</u>
SETOR: <u>UTI</u>		LEITO: <u>3-1</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Fx de pulso - limbo</u>			
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO	NORMOPOTENSO	HIPERTENSO
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE	INCONSCIENTE	ORIENTADO
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO	TAQUIPNEICO	EUPNEICO
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL	POLÚRIA	OLIGÚRIA
	CUSÚRIA	CISTOSTOMIA	ANÚRIA
MOBILIDADE:	DEÂMBULA	DEÂMBULA COM APOIO	ACAMADO
	TETRAPLEGIA	HEMIPLÉGIA	PARESIA
SIST. GAS. PONTREAL (DIETA):	VO	SNG	SNE
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO	DESNUTRIDO	OBESO
DADOS VITAIS	PA:	FR:	FC:
	PR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE QUESA	CD:FR:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD:FR:		
☐ RISCO DE INFECÇÃO	CD:FR:		
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal	CD:FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD:FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	CD:FR:		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD:FR:		
☐ NÁUSEA	CD:FR:		
☐ DOR AGUDA	CD:FR:		
☐ DOR CRÔNICA	CD:FR:		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD:FR:		
☐ IMOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD:FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	CD:FR:		
☐ ALIMENTAR-SE	CD:FR:		
☐ PARA BANHO	CD:FR:		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD:FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD:FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD:FR:		
☐	CD:FR:		
☐	CD:FR:		
☐	CD:FR:		
☐	CD:FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA	
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	12/12	<u>[Assinatura]</u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A FLUXO OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).			
☒ ASSISTÊNCIA AO AUTO CUIDADO.	Continuar	<u>[Assinatura]</u>	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS RESPOSTAS DO PACIENTE.	<u>[Assinatura]</u>	<u>[Assinatura]</u>	

25



26





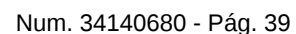
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME:	Eduardo Roberto Oliveira Junior		
IDADE:	34	SEXO:	M ☒ F ☐
DATA DE NASCIMENTO:	30/08/15 às h		
SETOR:	W24	LEITO:	3-1
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	F. X. da apêndice 1. local		
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒	
SISTEMA RESPIRATORIO:	DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO ☒ BRADIPNEICO ☐		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐		
	DISÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐		
MOBILIDADE:	DEAMBULA ☐ DEAMBULA C/APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐		
	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETN):	VO ☒ SNG ☐ SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUETICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
			FC:
			PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
☐ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
☐ NÁUSEA	CD/FR:		
☐ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:	
☐ PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ DEFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE	☐ PARA BANHO	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO CUSO	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFICITÁRIA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	APRAZAMENTO	ASSINATURA	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	12/12	27	
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A 4L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESFERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO.			
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).			
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO.	Continuar	CFE 27	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUITAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS RESPOSTAS DO PACIENTE.	CFE	27	

H00 125



28



Diagnóstico

Festhalten der physisch-ökologischen
(Staaten II)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO.

[illegible]

www.elsa



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/3	1. Dieta 2.500		Dieta 2.500
	2. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	500 ml	
	3. Digoxin 2ml Ev. 8/12h	14 h 26	
	4. Furosemida 20mg Ev. 12/12h	14 h 26	
	5. Omeprazol 40mg Ev. 1x/dia	14 h 26	
	6. Nitroglicerina 10mg Ev. 8/12h	14 h 26	
	7. Clozapina 10mg Sc. 2x/dia	14 h 26	
	8. Phosphatidil 935A Ev. 8/12h	14 h 26	
	9. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	10. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	11. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	12. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	13. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	14. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	15. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	16. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	17. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	18. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	19. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	20. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	21. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	22. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	23. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	24. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	25. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	26. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	27. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	28. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	29. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h	14 h 26	
	30. 250cc. 3x. 500ml Ev. 12/12h		

1705.075



12/08/15 08h PA: 100x60 T: 36,6°C

12/08/15 20h PA: 110x60 T: 36,5°C

Trocado acima venoso

Valeria

32



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário		Alta		Leito		Enfermaria	
Elias Paulino de Oliveira Junior				Ortopedia		2-3			
Data	Hora								
12/08/15	Manhã	Presente com fratura de fêmur. Fêmur fraturado. Foi realizada mobilização. Articulação de M. I. D. e M. I. E. te. relatou ser a limitação de movimento.							
		Acadêmica da FCN. Ms Regina Bezerra Santos							
		<i>[Assinatura]</i> Suelio Moreira Torres Fisioterapeuta CRÉDITO 146857							
13/08/15	M	Paciente com fratura de fêmur. com M. I. D. e M. I. E. em 1201 tornante.							
		<i>[Assinatura]</i> Suelio Moreira Torres Fisioterapeuta CRÉDITO 146857							

33

1

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Eliana Furlino Oliveira			
Data da Operação	31/8/15	Enf.	Leito
Operador	Dr. Ricardo	1.º Auxiliar	Dr. Vath
2.º Auxiliar	Dra. Taylle	3.º Auxiliar	Dr. Jefferson
Anestesia	Tipulic Anestesia		
Instrumentador			
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura plató tibial esquerda		
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório	④ mm		
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato	S		
Acidente Durante a Operação	N		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1 - Pericósteo em O.D.H., sob apênto metálico
- 2 - Aproximação e antitrombose sobre colocação garrote
- 3 - Alveolar com pin integrais
- 4 - incisão anterior - lateral proximal para E
- 5 - dissecação por planos
- 6 - Redução comente poco natural
- 7 - Afiação de placa (+) fixação com parafusos
- 8 - Lavado Fc
- 9 - Sutura por plano
- 10 - curativo
- 11 - Retirada do garrote.

Dr. LINDOIA N. L. A. RIOS
Ortopedia e Traumatologia

2:52.010

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



[illegible]

ORTOPEDIA

DATA 21/11/1990

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR					
QID 2	LEITE 3	CONVENIO SUI	IDADE 24	REGISTRO 122905	 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA e TRAUMATISMO Luiz Gonzaga Ferraz
CIRURGIA: TRANSFERENCIA DE ANTERIORES - CIRURGIÃO: RICHARD MORRIS TORRES					
ANESTESIA: ANEST. DIÁF. ANESTESIA: R. RAFAEL					
INSTRUMENTADORA: ANA LUCIA MACIEL DATA: 13/05/1995 INICIO: 12:00 FIM: 14:15					
QID	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Reles Críostoma	QID	FIOS
	Adrenaling amp.		Calda de Oxi.		Calqui cromado Serix
	Atropina amp.		Calda. De Urinar Sist. Fech.		Calqui cromado Serix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Calqui cromado Serix
01	Dimora amp. 0.1 mg/ml		Compressa Pequena		Calqui Simples
	Dopamina amp.		Otorrinite		Calqui Simples Serix
	Efrane ml		Dreno Suck 4.8		Calqui Simples Serix
	Fenegan amp.		Dreno Kesi n°		Calqui Simples Serix
	Fentanil ml		Dreno Panasse n°		Cera de 2500
	Inovar ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond
	Ketalar ml		Equipos de Microgolas		Ethibond
	Mecaina 1% ml		Equipos de Microgolas		Ethibond
	Nubain amp		Equipos de Sangue		Fio de Algodão Serix
	Pavulon amp		Equipos de PVC		Fio de Algodão Serix
	Prot gmine amp.		Espandidos Latic em		Fio de Algodão Sulcat
	Protalido lin		Furcam ml		Fio de Algodão Sulcat
	Duclich ml		Casa Pasteur de 10 unidades		Fio cardiaca
	Ripilon amp.		H.O. ml		Veronylon
	Fluonabul ml		Intracath Adulto	03	Veronylon 2-9
	Fluonabul amp. 0.1 mg/ml		Intracath Infantil		Protene Serix
QID	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Protene Serix
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Protene Serix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Protene Serix
	Diprora amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serix
	Flaxicól amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serix
	Febrocid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serix
	Gecambril amp		Luvas 8.5		Vicryl Serix
	Glicose amp		Oxigenio lin		
	Glucos de Córdo amp.		Pólitex		
	Hemipol ml		Polí Urethane ml		
	Heporeno ml		PUPI Tóxico ml		
	Kenzikon amp.		Sabão Antiséptico		
	Laser amp.		Saco color		
	Mecrothazol		Seranga desc 10 ml		
	Pilsil amp.		Seranga desc 20 ml		
	Protelina		Seranga desc 05 ml		
	Revivan amp		Sonda		
	Siuparon amp.		Sonda Foley		
	Celaquina 1g		Sonda Nasogástrica		
03	Oxigenio 10		Sonda Uretra n°		
			Steridren ml		
			Tonclitina		
QID	MATERIAIS E SOLUÇÕES		Vasclina ml		
03	Agua desc. 25 x 7		Goleen 18		
	Agua desc. 25 x 28		Lalene		
03	Agua desc. 3 x 16				
03	Agua p/ ração n° 2.6				
25	Alcool de Enfermagem				
	Alcool iodado ml				
	Máscaras de Crepan				
	Máscaras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA e TRAUMATISMO
Luiz Gonzaga Ferraz

CÓDIGO

SOROS

ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

- ☒ Oxímetro de Pulso
- ☐ Foco Auxiliar
- ☐ Sonda
- ☐ Eletrocardiômetro
- ☐ Desfibrilador
- ☐ Oxímetro digital
- ☐ Foco Frontal
- ☐ Cardiomonitor
- ☐ Fonte de Luz
- ☐ Perfurador Elástico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

VOD 106



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAVESSIA

CIDADE

GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

ELIAS RUILOVE OLIVEIRA JUNIOR

Nº DO PRONTUÁRIO

122905

DATA

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRÚRGICO DE TUM. DE PÉDIO TIBIAL E

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
HAP Em 2 OBF. ESC.		01	
PARAFUSOS CORTIÇAS 4,5x34		01	
" " " 4,5x36		01	
" " " 4,5x38		02	
ENVERTE OSS. HAP-91		01	
Apresentação: 5,0g - 10 mesh Lot.: 1591011-1M Validade: 02/2017 STERILE EO 100% SUTURA 100% SUTURA 100% SUTURA 100% SUTURA 100% SUTURA 100% SUTURA 100% SUTURA 100% SUTURA 100% SUTURA			

DATA DE UTILIZAÇÃO

13/09/2015

DATA DE COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

1/R NILSON LACERDA

OBSERVAÇÕES

PARAFUSOS ESPONJOSOS RL 75 01

PARAF. ESPONJOSOS RL 80 01

(X) 115 ACO 102

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANDRÉ

37



RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVLIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
01/08	120	110/50	36,4	58	80		+		
02/08									
03/08									
04/08									
05/08	22	110/50	36,4	58	80		+		
06/08									
07/08									
08/08									
09/08									
10/08									
11/08									
12/08									
13/08									
14/08									
15/08									
16/08									
17/08									
18/08									
19/08									
20/08									
21/08									
22/08									
23/08									
24/08									
25/08									
26/08									
27/08									
28/08									
29/08									
30/08									
31/08									

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM - DIÚRNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM - NOTURNA

Apresenta sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia noturna, edema de membros inferiores e ganho de peso. Iniciar tratamento conforme prescrição médica.

Apresenta sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia noturna, edema de membros inferiores e ganho de peso. Iniciar tratamento conforme prescrição médica.

Priscila Costa de Lima
ENFERMEIRA
COREN-PR 134973

Priscila Costa de Lima
ENFERMEIRA
COREN-PR 134973

38



[illegible]

Diagnóstico

Exame físico: normal e
sem op. oit.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Nome	Admissão	Leito	Convênio	Horário	Prescrição Médica	Evolução Médica
20/08	Luiz, Juan as 2h	03	03			1. Dieta Lúe. Juan as 2h 2. SNI 1500ml EV/24h 3. Dipirone 02ml + AD EV 06/06h 4. Filant 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN 7. Nauseadon 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Cleartite 40mg SC/die 9. SSVP + CCSSG AD: Soluto consentido e tomado	Exame físico: normal e sem op. oit. Paciente com internamento admitido em internamento. Cd: 112222 Exame físico: normal e sem op. oit. Paciente com internamento admitido em internamento.

40



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOVO <i>Elcio Paulo de Oliveira Jr.</i>			IDADE <i>23</i>	SEXO <i>Masculino</i>	COP
DATA <i>13/1/18</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TPO. SANGUÍNEO	HEMATÓCITOS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	UREIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO					DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO
ESTADO MENTAL					ATACARDIOS	CORTICÓIDES	ALERGIA
CÂNDIDOS DO PÓS-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
INDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ALCOOL SODIO							INDICAÇÃO
LÍQUIDOS							Satisf.: _____ Excl.: _____ Tocar: _____
							Laço esparvo: _____ Lento: _____
							Núcleos: _____ Vômitos: _____
							Outros: _____
							MANTENÇÃO
							ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____
							Não, por quê?: _____
							DESPERTAR
							Reflexos na SO: _____
							Oste: _____ CO: _____ Excl: _____
							Núcleos: _____ Vômitos: _____
							Outros: _____
							Com cefaleia: _____
							Para a Leão Sim _____ Não _____
							CONDIÇÕES:
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>Apoplexia 3 + tem x 4 + Depressão 3</i> <i>- 1/2 1/2</i>						
POSICÃO	<i>Prone / Sup. 5 - P/P 15</i>						
AGENTES	<i>Clon 2 - 75</i>						
TÉCNICA	<i>1/2 + 2/2 + 1/2 + 1/2</i>						
OPERACÃO	<i>1/2 + 1/2 + 1/2 + 1/2</i>						
CIRURGIOS	<i>Dr. de Anest. + Dr. de Trauma + Dr. de Cir. + Dr. de Cir.</i>						
ANESTESISTAS	<i>Dr. de Anest. + Dr. de Trauma</i>						
CONDIÇÕES	<i>Dr. de Anest. + Dr. de Trauma</i>						
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGUÍNEA	

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DE CAMPINA GRANDE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO GERAL

Enfermaria: 2 Leito: 3 Nome: Elvaz Pereira
Sinais vitais: PA: P: FR: T: HGT: SPO2:
PESO: ALTURA: Dor () Local da dor:
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

NECESSIDADES DE REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente (X) Orientado (X) Confuso () Letárgico () Torporoso ()
Desorientado () GLASGOW: Drogas (Sedação/Analgésia):
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () D/E Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas ()
Mobilidade Física: MMSS: Preservada (X) Paresia () Plegia () Parestesia () Local
MMII: Preservada (X) Paresia () Plegia () Parestesia () Local

NECESSIDADES DE PERCEPÇÃO VISUAL, AUDITIVA E SENSITIVA

Acuidade visual: Preservada (X) Diminuída () Ausente ()
Acuidade auditiva: Preservada (X) Diminuída () Ausente ()
Dor: Expressão facial de dor () Relato verbal de dor () Dor à estimulação tátil ()

NECESSIDADE DE COMUNICAÇÃO

Preservada (X) Prejudicada () Outro ()
Comunicação não-verbal () Afasia () Disfasia () Disartria () Dislalia ()

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO RESPIRATÓRIA

Respiração: Espontânea (X) Cateter nasal () Venturi () % L/min. Traqueostomia ()
Eupnéia (X) Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outro
Ausculta pulmonar: Movimento ventilatório: Presente () E/D: Diminuído () E/D:
Ruídos adventícios: Roncos () Sibilos () Creptos () Estertores () Outro
Tosse () Produtiva () Improdutiva () Expectoração () Quantidade e Aspecto:
Vias aéreas: Perceção () Queimadura de vias aéreas ()

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio ()
Pele: Corada (X) Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida ()
Enchimento capilar: ≤ 3 Segundos () ≥ 3 Segundos () Turgência Jugular ()
Drogas vasoativas () Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: Rítmica () Arritmica () Sopros () Outro
Punção venosa: Periférica (X) Central () Dissecção () Localização: M.D. Data da punção: 10/09/15
Edema MMSS () MMII () Anasarca ()

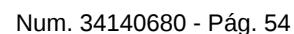
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO GASTROINTESTINAL

Tipo somático: Nutrido (X) Emagrecido () Obeso () Caquético ()
Alimentação: VO (X) SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia ()
NPT () Fluxo: Hora: Data:
Alterações: Inapetência () Disfagia () Intolerância Alimentar () Pirose ()
Náusea () Vômito () Outros
Abdômem: Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: Normotivos () Hipocativos () Hiperativos ()

42



Obs: Dada-se L4 EXISTOS, definir de acordo com a NBR 9061.



Diagnóstico

Do Ex. Médico: Ex. Médico: Ex.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Elion Pauline Admissão: 3 Leito: 5 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13-8	1. Dieta Líquida Apoiada com esteróides 2. SNI 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ml + AD EV 06/06h 4. Filatril 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jum 6. Iramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Cleartex 60mg SC/jam 9. SSVV + CCRG 10 - Cleartex 3g EV 8/8h	5:30 18:30 19:30 20:30 21:30 22:30 23:30 24:30	BEG, ENT, E, A, P, L A, P, L, V, V, C, C, OK P, L, C, M, E, L, L, A, P, L, C, C A, L, R, E, T, I, N, O, C, O, M, E, N, D, O, S
			20 11/10/2023 27 x 20 - 40



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Elias Paolino O. Junior		Idade:	34
Convênio:	SUS		Data:	13/05/15
Procedimento:	- 1.ª cirurgia e fixação de prisma tibial (L)			
Cirurgião:	Auxiliar:	Anestesista:		
Início:	Término:	Anestesia:		

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

ACD 128





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1	1	2
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispnéia = 1	2	2
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + cu - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + cu - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1	1	2
PA + cu - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0		
Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1	2	2
Sat O ₂ < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1	2	2
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS	08	10

Antonio Rafael S. C. de Almeida
Médico
CRM 10.6110
CRM 10.6110

Assinatura Anestesista

46





47





Paciente: Elias Paulo	Enfermária: 12	Leito: 3	Data: 13/08/15
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO		
1 Constipação	Abdomino distendido () Anorexia () Cavidade bucal ferida () Dor abdominal () Dor abdominal () Incapacidade de necessar o banheiro () Incapacidade de lavar o corpo () Alterações na pressão sanguínea () Relato verbal de dor ()	Dor à evacuação () Dor abdominal () Diarréia () Mucosas pálidas () Outro () Outro () Outro () Outro ()	Diuréticos () Hábitos de evacuação irregulares () Fatores biológicos () Fatores psicológicos () Prejuízo neuromuscular () Anestesia () Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()
2 desequilíbrio: anemias ulso que as necessidades			
3 Deficit no auto cuidado para banho			
4 Dor aguda			
5 Hipertermia			
6 Integridade da pele prejudicada			
7 Mobilidade física prejudicada			
8 Padrão respiratório inefêz			
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico			
10 Risco de infecção			
11 Risco de queda			
12 Padrão do sono prejudicado			
13 Outro			

98



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DE CAMPINA GRANDE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO GERAL							
Enfermaria:	2	Leito:	3	Nome: <u>Elisa Paulino Oliveira</u>			
Sinais vitais:	PA:	P:	FR:	T:	HGT:	SP02:	
PESO:	ALTURA:	Dor ()		Local da dor:			
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:							
NECESSIDADES DE REGULAÇÃO NEUROLÓGICA							
Nível de consciência:	Consciente ☒		Orientado ()	Confuso ()	Letárgico ()	Torporoso ()	
Desorientado ()	GLASGOW:		Drogas (Sedação/Analgésia):				
Pupilas:	Isocóricas ()		Anisocóricas ()	D/E	Fotorreagente ()	Mióticas ()	Midriáticas ()
Mobilidade Física:	MMSS: Preservada ()		Paresia ()	Plegia ()	Parestesia ()	Local	
	MMII: Preservada ()		Paresia ()	Plegia ()	Parestesia ()	Local	
NECESSIDADES DE PERCEPÇÃO VISUAL, AUDITIVA E SENSITIVA							
Acuidade visual:	Preservada ☒		Diminuída ()	Ausente ()			
Acuidade auditiva:	Preservada ☒		Diminuída ()	Ausente ()			
Dor:	Expressão facial de dor ☒		Relato verbal de dor ()	Dor a estimulação tátil ()			
NECESSIDADE DE COMUNICAÇÃO							
Preservada ☒	Prejudicada ()		Outro ()				
Comunicação não-verbal	() Afasia ()		Disfasia ()	Disartria ()	Dislalia ()		
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO RESPIRATÓRIA							
Respiração:	Espontânea ☒		Cateter nasal ()	Venturi ()	% L/min. Traqueostomia ()		
Eupnéia ☒	Taquipnéia ()		Bradipnéia ()	Dispnéia ()	Outro		
Ausculta pulmonar:	Movimento ventilatório: Presente ()		E/D:	Diminuído ()		E/D:	
Ruidos adventícios:	Roncos ()		Sibilos ()	Creptos ()	Estertores ()		Outro
Tosse ()	Produtiva ()		Improdutiva ()	Expectoração ()		Quantidade e Aspecto:	
Vias aéreas	Pérveas ()		Queimadura de vias aéreas ()				
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR							
Pulso:	Regular ☒		Irregular ()	Impalpável ()	Filiforme ()	Cheio ()	
Pele:	Corada ☒		Hipocorada ()	Cianose ()	Sudorese ()	Fria ()	Aquecida ()
Enchimento capilar:	≤ 3 Segundos ()		≥ 3 Segundos ()	Turgência Jugular ()			
Drogas vasoativas	() Precordialgia ()						
Ausculta cardíaca:	Ritmica ()		Arritmica ()	Sopro ()	Outro		
Punção venosa:	Periférica ()		Central ()	Dissecção ()	Localização:		Data da punção: / /
Edema MMSS	() MMII ()		Anasarca ()				
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO GASTROINTESTINAL							
Tipo somático:	Nutrido ()		Emagrecido ()	Obeso ()	Caquético ()		
Alimentação:	VO ()		SNG ()	SNE ()	Gastronomia ()	Jejunostomia ()	
NPT ()	Fluxo:		Hora:	Data: / /			
Alterações:	Inapetência ()		Disfagia ()	Intolerância Alimentar ()		Pirose ()	
Náusea ()	Vômito ()		Outros				
Abdômem:	Flácido ()		Distendido ()	Tenso ()	Ascítico ()	Outros:	
RHA:	Normoativos ☒		Hipoativos ()	Hiperativos ()			

49



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal			Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros)			
☐ Alterar higiene capilar, anotar e mediar CPM			Melhora da aceitação alimentar
☐ Avaliar para as queixas de náusea e vômito, anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos			
☐ Orientar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (especie, frequência e quantidade)			Mantimento da glicemia estável
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro			Auxílio diário às necessidades de higiene
☐ Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo			
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor			Controle da dor (melhorada/ausente)
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável			
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor			
☒ Avaliar alterações dos sinais vitais			
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar a dor após administração da medicação			
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados			Mantimento da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos
☐ Incentivar a ingestão de líquidos			
☐ Observar reações de desorientação/confusão			
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com as necessidades ou ACM			Melhora da integridade da pele
☐ Analisar condições do curativo			Diminuição do risco de lesão
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele			
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito			Mobilidade física melhorada/eficaz
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado			
☐ Manter oxigenação contínua e anotar valores de SpO2 e comunicar se for menor que 95%			Melhora da perfusão tissular
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura)			Pulso respiratório eficaz
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)			Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente/diminuído
☐ Realizar balanço hídrico			
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais fisiológicos			
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais fisiológicos e anotar		5/2	Diminuir o risco de infecção
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações			
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos			
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações nos movimentos, resistência)			Diminuir o risco de queda
☐ Manter as grades do leito elevadas			
☐ Contar o paciente quando necessário			
☒ Manter ambiente calmo e tranquilo			
☒ Orientar repouso no leito			Melhora do padrão do sono
☒ Administrar medicação CPM			
☐ Outros			Outros

Carimbo e assinatura da Enfermeira: Karla B. L. Porto
Enfermeira

FONTE: NIC 2010, CHAVES, L. D.; SOLAY, C. A.; SAE, 3 ed. 2013.

15

GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DR. LUIZ GONZAGA PEREIRA JUNIOR

Diagnóstico

Tratamento e Evolução

Paciente: Elton Pacheco Idade: 3 Sexo: M Cor: B

Alimentação: X Leito: 3 Convênio:

Procedimento Médico: Recepção, exame físico, Af. Nervosa, etc.

Data: 14-08-2019 Hora: 14h

1. 1000 mg
2. 1000 mg
3. Dipiridina 300 mg
4. Tramadol 100 mg
5. Clonazepam 0,5 mg
6. Tramadol 100 mg
7. Naloxone 0,1 mg
8. Cloxacina 400 mg
9. 500 mg

10. 1000 mg
11. 1000 mg
12. 1000 mg
13. 1000 mg
14. 1000 mg
15. 1000 mg
16. 1000 mg
17. 1000 mg
18. 1000 mg
19. 1000 mg
20. 1000 mg
21. 1000 mg
22. 1000 mg
23. 1000 mg
24. 1000 mg
25. 1000 mg
26. 1000 mg
27. 1000 mg
28. 1000 mg
29. 1000 mg
30. 1000 mg
31. 1000 mg
32. 1000 mg
33. 1000 mg
34. 1000 mg
35. 1000 mg
36. 1000 mg
37. 1000 mg
38. 1000 mg
39. 1000 mg
40. 1000 mg
41. 1000 mg
42. 1000 mg
43. 1000 mg
44. 1000 mg
45. 1000 mg
46. 1000 mg
47. 1000 mg
48. 1000 mg
49. 1000 mg
50. 1000 mg
51. 1000 mg
52. 1000 mg
53. 1000 mg
54. 1000 mg
55. 1000 mg
56. 1000 mg
57. 1000 mg
58. 1000 mg
59. 1000 mg
60. 1000 mg
61. 1000 mg
62. 1000 mg
63. 1000 mg
64. 1000 mg
65. 1000 mg
66. 1000 mg
67. 1000 mg
68. 1000 mg
69. 1000 mg
70. 1000 mg
71. 1000 mg
72. 1000 mg
73. 1000 mg
74. 1000 mg
75. 1000 mg
76. 1000 mg
77. 1000 mg
78. 1000 mg
79. 1000 mg
80. 1000 mg
81. 1000 mg
82. 1000 mg
83. 1000 mg
84. 1000 mg
85. 1000 mg
86. 1000 mg
87. 1000 mg
88. 1000 mg
89. 1000 mg
90. 1000 mg
91. 1000 mg
92. 1000 mg
93. 1000 mg
94. 1000 mg
95. 1000 mg
96. 1000 mg
97. 1000 mg
98. 1000 mg
99. 1000 mg
100. 1000 mg

25

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente:

Elias

Data:

15/03

Prescrição Médica

1. Dieta livre
2. SF 0,9% 1000 mL EV. em 24 h
3. Dificença 7 mL EV. 6/6 h
4. Cefazolin - 0,5% EV de 8/8h
5. Morfin 20 mg EV. 12/12 h S/N
6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV. 6/6 h S/N
7. Cefazolin 400 mg SC

M. Cefazolin 0,5% 8/8h EV.

Dr. Suelio Moreira Torres - R. 12.345
Otorrinolaringologista - CRM-RN 80.501

Dr. Suelio Moreira Torres - R. 12.345
Otorrinolaringologista - CRM-RN 80.501

53



Prüfung:

54

DOCUMENTO 6 T6%



ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
 <i>Elias Paulino de Oliveira Junior</i>	CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº. 33.000.000
	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
FLACIO ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA ANA MARIA DOS SANTOS OLIVEIRA NATURALIDADE: PB DATA DE NASCIMENTO: 21/11/1990	REGISTRO GERAL NOME: 3.722.813 DATA DE EXPEDIÇÃO: 28/11/2008 ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR CPF: CARTORIO PICUI-PB NASC. N. 16104 FLS. 184 LIV. A-17 Assinado por: <i>E. M. Moreira Torres</i> Assinatura do Diretor

PROTOCOLADO
RECEBIDO
19 NOV 2015
LEI REGULADORA

VITIMA


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
Número de Inscrição
104.363.924-10
Nome: **ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR**
CPF: 33.000.000


CORREIOS
Cadastrado em nome: *Elia M. Moreira Torres*
Data de emissão: 28/11/2008
Data de validade: 28/11/2015

SS





Dados do Veículo de placa MYP5487 Em 17/11/2015 08:51:00

Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares
MYP5487	874153719	MYP5487/RN	3-MOTONETA	1-Particular	1-Passageiro	2
Marca/Modelo	Fabricação/Modelo	Potência	Combustível	Cor	Carroceria	
2005-HONDA/BIZ 125 KS (Nacional)	2005/2006	0	2-Gasolina	2-AZUL	999-NAO APLICAVEL	
Nome do Proprietário					Recadastrado DETRAN	
ELIZAMA KELLY DOS SANTOS OLIVEIRA					DetranNet	
Proprietário Anterior					Situação Lacre	
ADAILTON FRANCISCO DA SILVA PINTO					REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN	
Município de Emplacamento	Licenciado até			Adquirido em	Situação	
CURRAIS NOVOS	2010 em 06/07/2010, Licenciamento Anual on-line (CRLV emitido por DDETRAN\30126126453)(Via 1)			09/10/2009	Em Circulação	
Restrição à Venda				Carnê de Licenciamento 2015		
Sem gravame				Gerado em 16/03/2015 às 20:37 hs.		
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame						
Nenhuma informação pendente até esta data						
Impedimentos						
Nenhum impedimento registrado até esta data						
▼ Listagem de Débitos						
Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)	Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)		
Licenciamento Anual 2011	0535691.021.0-4	10/05/2011	60,00	104,20		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2011	9.00041279565	10/05/2011	279,27	279,27		
IPVA (Cota Unica) 2011	0535691.023.0-9	15/06/2011	57,00	Dívida Ativa. Procurar PGE.		
Licenciamento Anual 2012	0535691.024.0-6	29/05/2012	60,00	96,96		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2012	9.00046087307	29/05/2012	279,27	279,27		
IPVA (Cota Unica) 2012	0535691.026.0-1	14/06/2012	53,82	Dívida Ativa. Procurar PGE.		
Licenciamento Anual 2013	0535691.027.0-8	28/05/2013	60,00	89,76		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2013	9.00051484612	13/06/2013	292,01	292,01		
IPVA (Cota Unica) 2013	0535691.029.0-2	13/06/2013	56,16	Dívida Ativa. Procurar PGE.		
Licenciamento Anual 2014	0535691.030.0-3	06/05/2014	60,00	82,56		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2014	9.00058084681	05/06/2014	292,01	292,01		
IPVA (Cota Unica) 2014	0535691.032.0-8	05/06/2014	55,30	Dívida Ativa. Procurar PGE.		
Licenciamento Anual 2015	0535691.033.0-5	06/05/2015	60,00	75,34		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2015	9.00065354203	08/06/2015	292,01	292,01		
IPVA (Cota Unica) 2015	0535691.035.0-1	08/06/2015	53,88	67,10		
Total dos Débitos			R\$ 2.010,73	R\$ 1.950,49		
Taxas Detran	Seguro DPVAT	IPVA	Multas			
448,82	1.434,57	67,10 (+ Dívida Ativa. Procure PGE.)	0,00			
Processo	Interessado	Início em				
55001679/2009	18224989453	09/10/2009 às 12h25min				
Situação		Final em				
Encerrado		15/10/2009 às 11h08min				
Serviço		Execução em				
Mudança Município da Placa		Em 09/10/2009 às 12h25min por 18224989453				
Transferência de Propriedade		Em 09/10/2009 às 12h25min por 18224989453				
Geração de guia de pagamento		Em 09/10/2009 às 12h25min por 18224989453				
Auditoria		Em 15/10/2009 às 11h08min por 13886410463				
Emissão CRV(1ª via)		Em 16/10/2009 às 09h11min por 40599787449				

Não Possui valor como NADA CONSTA !

Voltar





JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, ELIAS PAOLINO DE OLIVEIRA JUNIOR, brasileiro(a),
portador do Rg nº 3.422.813 e CPF 404.363.924-10
residente e domiciliado(a) R SEVERINO MARSSAL
Bairro Monte Santo Município Pirui, venho perante a
seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas.

Local _____, Data _____

Atenciosamente

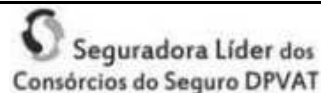
Elias Paulino de O. Jr.



57



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150970240 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/08/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150970240 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/08/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
JUNIOR

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATEAU TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: EDEMA RESIDUAL, HIPOTROFIA, CREPITAÇÃO EM JOELHO, CLAUDICAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	\$2,362.50
Total			17,5 %	\$2,362.50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes





PROCURAÇÃO

Outorgante: Elías Paulino de Oliveira Júnior
 brasileiro(a), Solteiro Picuí
 portador(a) do RG nº. 3.422.813 expedido por SSP/PB em
28/11/2008 e do CPF nº. 104.363.924-10, residente na (o)
Rua Severino Marizol
 _____, município de Picuí - PB, CEP 58.187-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



Picuí - PB, 11 de Novembro de 2015.

Elías Paulino de Oliveira Júnior
 outorgante



65

