
Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200063429

Vítima: JOSE AREDA FILHO

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE AREDA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200063429

Vítima: JOSE AREDA FILHO

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AREDA FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE AREDA FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000000374

Conta: 0000033701-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0051679120 CPF da vítima: 467.306.804-15 Nome completo da vítima: Jose Anada Filho

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

Nome completo: Jose Anada Filho CPF: 467.306.804-15
Profissão: Piloto Endereço: FAV. VELHA Número: 51 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Oeiras Estado: PB CEP: 58475-000
E-mail: Tel (DDD): 3398805.6654

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0374 CONTA: 33901 2 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 06/02/2020
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

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

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00309.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00309.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:46 horas do dia 20 de dezembro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **José Arêda Filho**, conhecido(a) por José, CPF nº 467.306.804-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Sebastiana Januário e José Arêda Filho, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 19/03/1955 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Fazenda Velha, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo da Fazenda Clóvis, na cidade de Queimadas/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Fazenda Velha, nº S/N, Via Pública, Próximo da Fazenda Clóvis, Queimadas/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 28/08/19 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa), LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias), Art. 129, § 1º, Inc. II do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Perigo de vida).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, UF: PB, características gerais: Veículo Não Identificado (motocicleta)

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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

ADENDO(S):

Que na data 22/01/2020, à(s) 07:45 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A DATA CORRETA DO ACIDENTE É VINTE DE AGOSTO DE 2019 (20/08/2019) AS SEIS HORAS DA MANHÃ (06.00).. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

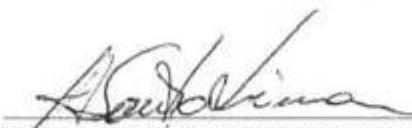
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

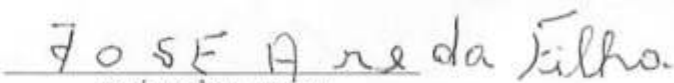
Procedimento Policial: 00309.01.2019.1.05.101



Lucena/PB, 22 de janeiro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação
Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0


JOSÉ ARÊDA FILHO
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0051679120 CPF da vítima: 467.306.804-15 Nome completo da vítima: Jose Anada Filho

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

Nome completo: Jose Anada Filho CPF: 467.306.804-15
Profissão: Piloto Endereço: FAV. VELHA Número: 51 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Oeiras Estado: PB CEP: 58475-000
E-mail: Tel (DDD): 3398805.6654

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0374 CONTA: 33901 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 06/02/2020
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

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

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AREDA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00374

CONTA: 000000033701-2

Autenticação:

2ECCF9FE09100A2820241D66FBB0F546BF2C774ACA0C9D83C4D5415DB37B91EC

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica Nº 004.591.581



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58433-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 15.923.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA SUELY DE SOUZA
FAZ VELHA 0000 SN
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/97287-7

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

09/09/2019

CONSUMO

113

VENCIMENTO

16/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 82,81

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/09/2019				
Pagador: MARIA SUELY DE SOUZA CNPJ/CPF: 796.994.724-72				
FAZ VELHA 0000 SN - AREA RURAL - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000359797	000097287201909	16/09/2019	R\$ 82,81	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Número do Prontuário: 155632

DATA DA CIRURGIA: 12/09/2019

Número do Atendimento: 1972315 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 1 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE AREDA FILHO

Data da Internação: 20/08/2019

Atendimento: 1972315

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Diagnostico Pós-Operatório: 0 mesmo

Cirurgia: LMC + REPOSICIONAMENTO DE FIXADOR

Data da Cirurgia: 12/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: ADNRÉ

Anestesista: ROBERIO MARINHO ALVES

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL. HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. LIMPEZA MECANICO-CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
4. REPOSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO.
5. CURATIVO.

Data 12/09/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 2007

Jose Sreda



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Sistema de Informação em Saúde

Número do Prontuário: 155632

DATA DA CIRURGIA: 21/08/2019

Número do Atendimento: 1972315 Clin: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 6

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE AREDA FILHO

Data da Internação: 20/08/2019

Atendimento: 1972315

Diagnostico Pré Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA

Data da Cirurgia: 21/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 AMPLIAÇÃO DA FX EXPOSTA PUNTIFORME

05 LMC COM 10 SF 0,9%

06 REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR
LINEAR

07 LAVADO DE FO COM SF

08 SUTURA

CURATIVO

Data 21/08/2019

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz Egídio De Araújo

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Paciente: _____

Data da Cirurgia: 20/08/19 Nº prontuário: 1972482 Convênio: _____

Cirurgião: _____ Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Lote: 010935 Código: F08 2 109 SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX FEMUR T 350 - ESTERIL Fab: 17/01/2019 Val: 01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMÍNIO Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623-0001-09 - Rio Claro-SP Tel: +55 19 3536-1910 info@sartori.ind.br			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

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

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Roder Fabiano A. Cruz

CRM 123456 - ROR

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

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

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

Assinatura do anestesista

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: *Paula Almeida* Idade: *64 anos*
 Convênio: *SUS* Data: _____
 Procedimento: *motomedia cirurgica*

Cirurgião: *Dr. Wagner R.* Auxiliar: _____ Anestesista: _____
 Início: *22:50* Término: *00:30* Anestesia: *loquaz*

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
<i>00:30</i>	<i>55x35</i>		<i>98%</i>	<i>Ramon</i>	<i>-</i>	<i>consciente</i>
<i>01:45</i>	<i>90x58</i>	<i>77</i>	<i>94%</i>	<i>Silvana</i>	<i>-</i>	<i>consciente</i>
<i>02:40</i>	<i>90x53</i>	<i>85</i>	<i>98%</i>	<i>Adriana</i>	<i>-</i>	<i>consciente</i>
<i>03:30</i>	<i>!</i>	<i>84</i>	<i>97%</i>	<i>Luciana</i>	<i>+</i>	<i>consciente</i>

Medicamentos/Materiais	Quantidade
<i>Emp. novo 4.2</i>	
<i>moqueros para o duto do</i>	
<i>cirurgico</i>	

Observações:

4h30 - Paciente agitada, alociza de impossível calar - com monitorização SSV. 50

Assinatura Anestesista: _____ Circulante: _____

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		José Arado Filho		Prontuário		3972315		Ala		Leito		1.1		Enfermaria		1	
Data	Hora	Paciente EGB, Vermelhoado, Normotensão, apresenta-se pouco confuso, sem queixa. Portando Curativo em MID, uso de Prótese externa na Tibia D (haste). Conduta: Alongamentos de Cervical, MMSS e MMII. Cinesioterapia: Exercício de flexão/planta Hemolateral 3x10. Tripliflexão MIE: Exercício de abdução ^{abdução} de quadril E. 3x10. Exercício Miolinfocimético Tornozelo D e E 3x10. Exercício ativo Resistido para movimentos de adução de quadril E 3x10. Exercício de flexão extensão de ombro 3x10. Paciente Colaborativo, sem queixa. * Apresenta Edema em Tornozelo D com presença de sinal de Coiper. Acd. Atividade Motor. Nurus.						Data	Hora	Paciente em EGB, contactuante, colaborativo, normotensão, com presença de edema em MMII (coiper). Gase de peso 4, sem relato de dor, ADM preservada, portando curativo em MID e uso de prótese externa na tibia D. Conduta: mobilização articular, alongamento de tornozelo, mobilização passiva de quadril, exercício de flexão extensão de ombro MMII ateuo resistido, exercício resistido para flexão plantar D e E, paciente realiza exercício de treino respiratório em natação com flexão e extensão de ombro, foi realizado alongação quadril sobre postura. Acd. Atividade Motor. Nurus. Sin. Idor. Almeri da Silva Lima, Jacqueline marcia Ramos Silva, Pr. Rosaura D. de Almeida.							
03/09/19	M							04/09/19	M								
Marina Medeiros FISIOTERAPEUTA CREFITO 203585-F Dr. Camilla Ribeiro FISIOTERAPEUTA CREFITO 1253484-F																	

Marina Medeiros
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 203585-F

DR. Camilla Gibeiro
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 253484-F

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário		Ala		Leito		Enfermaria		
Jose Auda Filho		0		Ortopedia I		1		1		
Data	Hora			Data	Hora					
05.09.19	M	Paciente Normotensa, Normotensa, FC 80bpm FR 18l/min. Sem queixa de dor. Conduta: Alongamentos Iniciais de MHS e cervical, Exercício ativo ativo de triplos flexão bilateralmente; Exercício ativo resistido de duplo flexão plantar; Exercício ativo resistido de Abdução e Adução de quadril 2. Ponte Unipedal E; Aproximamento livre unipedal E. Todos os exercícios com 3 séries de 10 repetições, não houve intercorrências durante a conduta. - Obs: Paciente encontrava-se sem curativos e sob uso de prótese de fêmur extensora diâmetro D. Acad Adrielle de Menezes Nunes.		09/09/19		Tarde	Paciente em EGR, eupneico, consciente, responsivo, colaborativo, normotensa, apnéia, pulso com pressão arterial no MTO, estável no leito, com edema no MTO. Conduta: Mobilização passiva bilateralmente sentido crânio-caudal e lateralmente; Exercício ativo livre de flexão de quadril de MTO; Exercício de dorsiflexão e flexão plantar de MTO com resistência do m.m. da Tarsometatarsal (3x6); mobilização metatarsopungueas (2mm); Tríplex de flexão de MTO com resistência do m.m. da Tarsometatarsal (3x8); Exercício ativo de adução e abdução com quadril e joelho semi-flexão (45°) com resistência do m.m. da Tarsometatarsal (3x5). F. Chaves.			
		APD: José Carlos Silva Frazão								
						</				

Assinatura S. Frazão
FISIOTERAPISTA
CREFIO 203585-1

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria
José Amado Filho		1972315	Orto T		1	4
Data	Hora		Data	Hora		
10/09	10h00	Paciente em EGR, eupneico, normotenso, estável ao toque, orientado, consciente, sem presença de edema e com fixador externo em MID. Conduta: Mobilização de falanges e metatarsos em MID e MSE (1 min); Flexão plantar e dorsiflexão em MID (3-10); Tríplex flexão ativo-assistido em MID e ativo livre + imposição de resistência em MSE (3x10); Abdução de quadril bilateral ativo livre (3x10); Ponte com apoio bipodal (2x5). Conduta finalizada sem intercorrências. At. Sarah Almeida C de Freitas Brito.				
11-09-19	10h00	Paciente em EGR, eupneico, normotenso, estável, orientado, consciente, sem presença de edema, com fixador externo em MID. PA: 170x110 mmHg Sat 90% FC 121 bpm FR 24 ipm CO: Exercício respiratório (Treino), não foi possível finalizar o atendimento porque a PA do paciente não normalizou. PA final 160x100 mmHg. At. Unifacisa Amanda Dias.				

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		Paciente: <i>João André Filho</i>			IDADE: <i>64</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>B</i>	
DATA: <i>12/09/18</i>	PRESSÃO ARTERIAL: <i>110/70</i>	PULSO: <i>80</i>	RESPIRAÇÃO: <i>12</i>	TEMPERATURA: <i>36.4</i>	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	UREIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: <i>fratura no Ombro Direito</i>					ESTADO FÍSICO: <i>ASA I</i>		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf. <i>7</i> Excit.: <i>7</i> Tosse: <i>7</i> Laringo espasmo: <i>7</i> Lenta: <i>7</i> Náuseas: <i>7</i> Vômitos: <i>7</i> Outros: <i>7</i>			
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO <i>Procedimento 15 min</i> <i>Anest. 0.5 mg</i> <i>O2 - 3L</i> <i>Epidural - 0.1H</i>			
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF. <i>Sim</i> Não <i>7</i> Não, por quê? <i>7</i>			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					DESPERTAR Reflexos na SO: <i>7</i> Obst.: <i>7</i> Co.: <i>7</i> Excit.: <i>7</i> Náuseas: <i>7</i> Vômitos: <i>7</i> Outros: <i>7</i>			
POSICÃO					Com cânula: Para o Leito <i>Sim</i> Não <i>7</i> CONDIÇÕES:			
AGENTES	<i>Procedimento 15 min</i> <i>Anest. 0.5 mg</i> <i>O2 - 3L</i> <i>Epidural - 0.1H</i>							
TÉCNICA								
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES	<i>302</i>							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Jose, Areda Filho DU- 191031/1955

QI — LEITE Sala 03 CONVENIO SUS IDADE 64a. REGISTRO 1972 282

CIRURGIA RMS em UI @.

CIRURGIÃO Dr. Waldemar + R2 Oberlin

ANESTESIA Popui

ANESTESIA Dr. Roberto

INSTRUMENTADORA DATA 12/09/1

INICIO 10:40

FIM 10:50

GOVERNO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

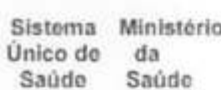
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dímofo amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
01	Uroantina amp.	Cotonoiço		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Fluorina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Lerco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml	02	Mononylon 2-0	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flavonol amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heporema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	p/ lavagem
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda julley	Qtd.	URIESE E PROIESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica		+ 14 Ureterica	
		Sonda Uretral nº		um pinos de fixador	
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Galena 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latesa			
	Agulha desc. 3 x 4,5	Extetores			
01	Agulha p/ raque nº 25				
0,5	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

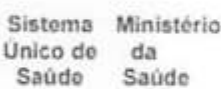
EQUIPAMENTOS

- (x) Oxímetro de Pulso
- () Serra
- () Desfibrilador
- (x) Foco Frontal
- () Fonte de Luz
- () Foco Auxiliar
- () Eletrocautério
- () Oxícapnógrafo
- (x) Cardiomonitor
- (x) Ventilador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Milena

 Sistema Único de Saúde		 Ministério da Saúde		 GOVERNO DA PARAIBA		ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ							
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES							
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700							
BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)							
PACIENTE: JOSE AREDA FILHO				Identidade: 16710012		Idade: 064	
ENDEREÇO: SÍTIO FAZENDA VELHA				PRONTUÁRIO:			
BAIRRO: ZONA RURAL				Nº 1972315			
DADOS CLÍNICOS: ,				MATERIAL A EXAMINAR: ,			
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL),							
Campina Grande - PB 04/09/2019 Hora: 08:56:26				Médico: Wagner Luiz Egito de Araújo			

 Sistema Único de Saúde		 Ministério da Saúde		 GOVERNO DA PARAIBA		ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ							
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES							
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700							
BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)							
PACIENTE: JOSE AREDA FILHO				Identidade: 16710012		Idade: 064	
ENDEREÇO: SÍTIO FAZENDA VELHA				PRONTUÁRIO:			
BAIRRO: ZONA RURAL				Nº 1972315			
DADOS CLÍNICOS: ,				MATERIAL A EXAMINAR: ,			
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL),							
Campina Grande - PB 04/09/2019 Hora: 08:56:26				Médico: Wagner Luiz Egito de Araújo			



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Jose Aredo Filho IDADE: 64 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: 31 DATA: 24/08/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: ?	() Tabagismo
() Etilismo	() Sedentarismo
() Dislipidemia	() Outros
() Cirúrgico ?	

Medicamentos em uso () Não ~~()~~ Sim med sobre os meses

4 - EXAME FÍSICO:

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

Cardiovascular - Comentários: RCR, RT, D13

FC.: 82 b.p.m P.A.: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: R. sinusol, BRD, ZET inferior

Ex. Laboratoriais: hg: 11,7

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Dra. Inara Queiroz Barbosa
Cardiologista
CRM-PB 5463 - RQE 3024

Ass. do Médico

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: *paciente em abstinência alcoólica, epuante*
moderada, hipotensão. Medicado conforme prescrição.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	1 x dia	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12hs	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Sempre	
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	1 x dia	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	1 x dia	() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	Sempre	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

[Assinatura]

02.09.19

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:	José Areda Filho	Idade:	64	Sexo:	M	Enf/Leito	J-1
-------	------------------	--------	----	-------	---	-----------	-----

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Interações prévias ()	Motivo: Alergias ()	Qual?	Doença ()	HAS ()	DM
() Tabagista	(X) Etilista	() Neoplasia	() Drogas	() Outros: _____	Medicações em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Fx de Obstrução perna (D)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: (/) DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALT. CÃO: ☒ VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.:

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

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

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

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (☒) ESPONTÂNEA (☐) SVD (☐) INCONTINÊNCIA (☐) OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (✓) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (☒) ÍNTEGRA (☐) LESÃO (☐) OUTROS:

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM (☒) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anaTômica da ferida:

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIN* DO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE (/) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO (☒) CADEIA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
	160x11										SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: Paciente pós-cirúrgico de abdômen com M.S.D.
nefroesplênica.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	1x dia	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12h	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	1x dia	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	Atenção	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	sempre	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Gilson S. Raposo
 ENFERMEIRO
 32111-75-42283

03.09.19



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 20/08/2019
Hora: 20:49:06
Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1972315 Paciente: JOSE AREDA FILHO Idade: 064 Sexo: M
Nome da Mãe: SEBASTIANA JANUARIO Data de Nascimento: 19/03/1955 Admissão: 20/08/2019 DIH - 0
Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: U/RPA Leito: 6 Diagnóstico: 4-2

DIA 20/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	06
2	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AM/POLA, 6h/6h OD/14D Diluir em 50 ML SF	06
3	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 03AM/POLA, OD/14D Diluir em 50 ML SF	06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AM/POLA, 8h/8h	06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AM/POLA, 12/12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 01SERINGA, 24h/24h 1ADM AS (22h)	06
7	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 8/8H CASO DOR	06
8	FISIOTERAPIA MOTORA	06
9	DECUBITO MUDANCA	06
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06

EVOLUÇÃO

DATA: 20/08/2019 HORA: 20:44:59

PACIENTE VITIMA DE ATRÓPELAMENTO ESTA ALCOOLIZADO, APRESENTANDO FRATURA EXOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
MEMORAMA
C + RISCO CIRURGICO

ASSINATURA: Wagner Luiz Egito De Araujo
CRM - P 058926

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/09/2019

Horas: 10:40:17

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1972315 Paciente: JOSE AREDA FILHO Idade: 064 Sexo: M

Nome da Mãe: SEBASTIANA JANUARIO Data de Nascimento: 19/03/1955 Admissão: 20/08/2019 DHI - 22

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico:

DIA 11/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo / MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00h)	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 01 FRASCO, 8h/8h	
3	LEVOFLOXACINO 5 MG/ML 100 ML E.V. 1 E 1/2 BOLSA, 7D/7D Diluir em APRESENTAÇÃO PRONTA PARA USO EM SG 5% 1 X AO DIA	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1/2 FRA AMP. Reconstituir 4ML ABD. 12/12H	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA	
7	12/12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	
8	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1 COMP. 12h/12h	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24/24h	
10	DIAZEPAM 10 MG V.O. 1 COMP. 1X NOITE	
11	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. 1 COMP. 12h	
12	ANLIDIPINO 5 MG V.O. 1 COMP. 1X AO DIA	
13	FUROSEMIDA 10 MG/ML 2 ML 1 AMPOLA, 12/12H	
14	FISIOTERAPIA MOTORA	
15	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
16	DECUBITO MUDANÇA	
17	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 11/09/2019 HORA: 10:32:28

##ORTOPEDIA##

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENF. ORTOPÉDICA, EM EGB, QUEIXAS.

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

PRESENÇA DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA, COM COM PRESENÇA DE INFECÇÃO.

CD:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA: CARIMI
Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUER KLUST PRÉ-OPERATÓRIO - ALAS
o trabalho

GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUER KLUST PRÉ-OPERATÓRIO - ALAS
o trabalho

SETOR DE ORIGEM: Ortopedia I
NOME: Jose Arede Filho
PROCEDIMENTO: Reparação de Fratura

AVP: LOCAL: JELCO Nº: AVP JELCO
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA ☒ NÃO SE APLICA
RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA ☒ ADORNOS ☒ PERTENCES
ENCAMINHADO: ☐ HEMOG ☐ USG ☒ TOMOGRAFIA ☒ RESSONÂNCIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO ☒ NÃO SE APLICA
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO ☒ NÃO SE APLICA
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: COREN:

Data da internação: 20/08/2019 Hora: 20:28:38


SISTEMA
Único de
Saúde
CRIMINATO
da
Saúde
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE AREDA FILHO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1972315

7 - CARTÃO DO SUS

705008262051853

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/03/1955

9 - SEXO

MASC

10 - RACIA

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

SEBASTIANA JANUARIO

11 - TELEFONE DE CONTATO

83

93825282

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO FAZENDA VELHA, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

QUATIMDOS

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

254250

15 - UF

RD

16 - CEP

50475000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com Trauma torácico de 1º grau de penetração.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Atendimento de emergência - trauma.

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

RX tórax - fratura de costela.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de costela de 1º grau (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNES () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE OU ASSISTENTE

708505330609378

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WAGNER LUIZ S. DE ARAUJO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/08/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Wagner Luiz S. de Araujo
 CRM 10.148/10-1
 ROR 10.148/10-1

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGUADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

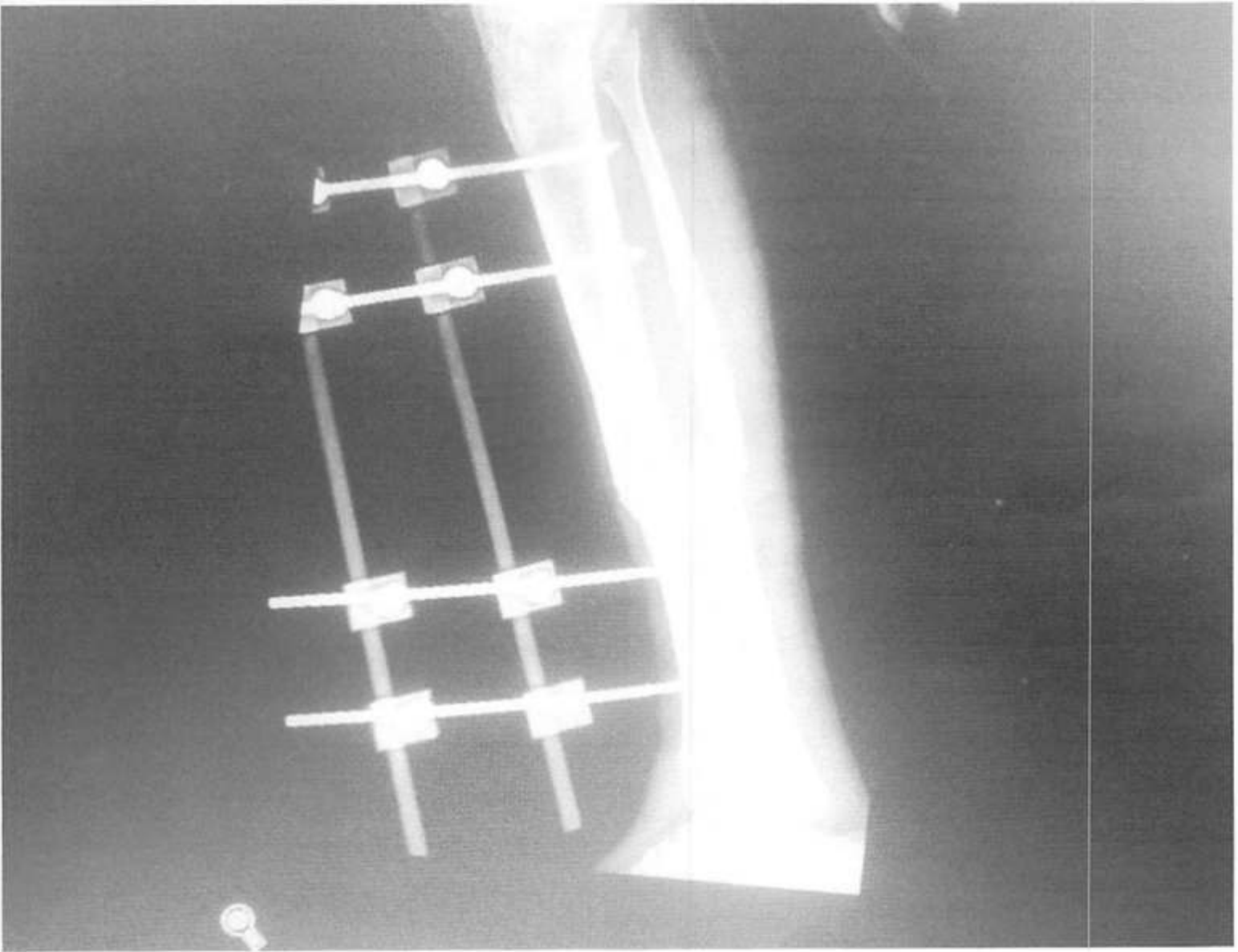
() CNES

() CPF

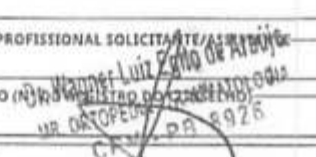
47 - N° DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



Data da internação: 20/08/2019 Hora: 20:28:38

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE JOSE AREDA FILHO				6 - N° DO PRONTUÁRIO 1972315	
7 - CARTÃO DO SUS 705008262051853		8 - DATA DE NASCIMENTO 19/03/1955		9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL SEBASTIANA JANUARIO				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 93825282	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO FAZENDA VELHA, 0, ZONA RURAL					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Queimadas		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 251250		15 - UF PB	
				16 - CEP 58475000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente com Fratura exposta de om. de humer. direito.</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de tratamento cirúrgico.</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico + Exame de imagem</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fr. exposta de om. de humer. (D)</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL 		22 - CID 10 SECUNDÁRIO 	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA 		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 	
				29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 708505330609378	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER LUIZ E DE ARAUJO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 20/08/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 		37 - N° DO BILHETE 	
		38 - CNPJ EMPRESA 		39 - CNAE DA EMPRESA 	
				40 - CBOE 	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		43 - COD. ORGÃO EMISSOR 		44 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 			



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE AREDA FILHO

Data da Internação: 20/08/2019

Data da Alta: 13/09/2019

Registro: 1972315

Tempo de Permanência: -18129

Diagnóstico Inicial: 0408050500

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME FÍSICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: LMC + FIXAÇÃO EXTERNA

Data: 12/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + LOXONIN + DIPIRONA. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia e Traumatologia
CRM 93.7825

Data: 13/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/09/2019

Horas: 11:38:18

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1972315 Paciente: JOSE AREDA FILHO Idade: 064

Nome da Mãe: SEBASTIANA JANUARIO Data de Nascimento: 19/03/1955 Sexo: M

Admissão: 20/08/2019 DIH - 24

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 13/09/2019 HORA: 11:35:32

TOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENF. ORTOPÉDICA, EM EGB, CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNÉICO, SEM QUEIXAS, EM 1º DPO DE REPOSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. DE ACORDO COM ORIENTAÇÕES DE DR ELDIMAN, PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR.

CD:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + LOXONIN + DIPIRONA.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA  CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL MG-16.710.012 DATA 19/12/28

JOSE AREDA FILHO

19/3/1956

CAMPINA GRANDE-PB

CAS. LV-20B FL-183

CAMPINA GRANDE-PB

CPF 467306804-15

PII-2129

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

LEI Nº 7.118 DE 20/09/65

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

POLÍCIA CIVIL E O ESTADO DE MINAS GERAIS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

2129-6

JOSE AREDA FILHO

CARTERA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

467.306.804-15

Nome

JOSE AREDA FILHO

Nascimento

19/03/1956

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063429 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AREDA FILHO **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA(PAG.01)

Resultados terapêuticos: TRATAMERNTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO)E ALTA MÉDICA (PAG.02)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063429 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AREDA FILHO **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA(PAG.01)

Resultados terapêuticos: TRATAMERNTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO)E ALTA MÉDICA (PAG.02)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051679/20

Vítima: JOSE AREDA FILHO

CPF: 467.306.804-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: JOSE AREDA FILHO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE AREDA FILHO : 467.306.804-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020
Nome: JOSE AREDA FILHO
CPF: 467.306.804-15

JOSE AREDA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA