



26/07/2021

Número: **0800648-18.2020.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **11/03/2020**

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

Assuntos: **Seguro, Obrigação de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIELA DOS SANTOS PEREIRA (AUTOR)		ALYSSON WAGNER CORREA NUNES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46229414	26/07/2021 14:04	Petição	Petição
46229434	26/07/2021 14:04	2754101_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
46229435	26/07/2021 14:04	2754101_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000013654-1

Nr. da Autenticação 849332947A766EAC



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533556 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA C1 COLUNA CERVICAL. PG30,40

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO SEGMENTO C1 COLUNA CERVICAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO C1 COLUNA CERVICAL.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533556

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01683/01684 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533556

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14904314





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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533556

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **DANIELA DOS SANTOS PEREIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000004916**

Conta: **0000013654-1**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190533556** 3 - CPF da vítima: **107.387.594-65** 4 - Nome completo da vítima: **Daniela dos Santos Pereira**

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

5 - Nome completo: **Daniela dos Santos Pereira** 6 - CPF: **107.387.594-65**

7 - Profissão: **Agricultora** 8 - Endereço: **Rua Higino Macedo** 9 - Número: **104** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **JK** 12 - Cidade: **Picuí** 13 - Estado: **Pernambuco** 14 - CEP: **58187-000**

15 - E-mail: **daniela.santos.aas@gmail.com** 16 - Tel. (DDD): **83-99634249**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: **4916** CONTA: **13654** 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização

do Seguro DPVAT; ou

prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação para verificação da existência e quantificação das lesões, esta autorização não significa prévia concordância com a futura

PARA COBERTURA DE MORTE

☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Picuí - PB 01-11-2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Daniela dos Santos Pereira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DF

Autorização de pagamento



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ II.

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA CPF: 107.387.594-65
Profissão: AGRICULTURA Endereço: RUA HEGINO DA MOURA Número: 104 Complemento:
Bairro: JK Cidade: Pícu Estado: PB CEP: 57121-000
E-mail: danielasantos09@gmail.com Tel.(DDD): (83) 99634.2493

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

REDA MENSAL:
☐ RECLUSO 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: 4916 013 CONTA: 1273 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou 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, _____
Nome: _____
CPF: _____

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

1 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05
Ouvidoria: 0800 021 91 95

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.







SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª Superintendência Regional de Polícia
13ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PICUI



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO

Nº. Cont.: 023/2019

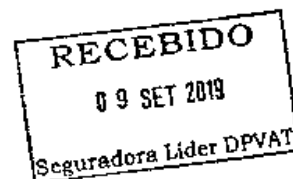
CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 023/2019, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E DOIS** dias do mês de **JULHO** do ano de **2019**, nesta cidade de **Picuí**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, presente a Autoridade Policial a **Dr. Rodrigo Monteiro de Oliveira**, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivão de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, aí, por volta das **15:55** hs. compareceu **DANIELA DOS SANTOS PEREIRA**, brasileira, solteira, do lar, natural de Picuí/PB, nascida aos 14/10/1993, filha de Antonio da Silva Pereira e de Josefa Pereira dos Santos, RG 3.866.951-SSP/PB, CPF/MF 107.387.594-65, residente na Rua Higino Macedo, 104 - JK - Picuí/PB, fone (83) 99634-2493. **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE** no dia 04.03.2019, por volta das 02:30 horas, transitava na rodovia PB-137, como passageira, no veículo CHEVROLET/CELTA 1.0L LS, ano/modelo 2012, de cor VERMELHA, placas NQG-6103-RN, NIV 9BGRG08F0CG347101, código RENAVAM 00461068567, licenciado em nome de DANIEL BARBOSA DE OLIVEIRA quando, nas imediações do Sítio Pedreira, um semovente bovino surgiu repentinamente na pista de rolamento, fazendo com que a colisão fosse inevitável. Que foi socorrida pelo SAMU e encaminhada ao Hospital de Traumas de Campina Grande, devido às lesões sofridas, local onde recebeu tratamento médico hospitalar e se submeteu a cirurgia para correção de fratura na coluna cervical, conforme documentação apresentada. *Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.*

Picuí/PB, 22 de julho de 2019.

Daniela dos Santos Pereira
COMUNICANTE:

Daniela dos Santos Pereira
DANILO BARBOSA DE OLIVEIRA - RG 3.599.342-SSP/PB
TESTEMUNHA 1, residente na Rua Prefeito João Inácio, s/n - Barra de Santa Rosa/PB

Sérgio Azevedo dos Santos
SÉRGIO AZEVEDO DOS SANTOS - RG 3.755.854-SSDS-PB
TESTEMUNHA 2, residente no Sítio Pedreiras - zona rural - Picuí/PB



Antônio Medeiros Dias
EPC - matr. 165.109-4



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANIELA DOS SANTOS PEREIRARG nº 3.866.951, data de expedição 16/06/2013, Órgão SSP/PB

CPF nº 107.387.594.65, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: HIGINO DE MENEZES</u>
Número	<u>104</u>
Apto / Complemento	<u>POR TRÁS DO WANDIMATO MÓVELS</u>
Bairro	<u>JK</u>
Cidade	<u>PILUI</u>
Estado	<u>PARNÍBA</u>
CEP	<u>58187-000</u>
Telefone de Contato	<u>83. 99634.2493</u>
E-mail	<u>daniela.santos9909@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PILUI - PB 03 DO SETEMBRO DE 2019Assinatura do Declarante: Daniela dos Santos Pereira

889800413







Documentação médica - hospitalar



PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUI
C.N.P.J 08.741.399/0001-73
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J 08.619.650/0001-21
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
BASE DESCENTRALIZADA PICUI

Picuí- PB, 29 de março de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, no dia 04 de março de 2019, foi acionado para realizar atendimento pré-hospitalar em UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, à Sr. Daniela dos Santos Pereira, CPF 107.387.594-95, RG3.866.951 SSP/PB, vítima de acidente automobilístico, ao chegarmos no local, a vítima encontrava-se dentro do veículo, consciente, orientada, foi feito protocolo de retirada de veículo com KED, controle de cervical e imobilização com prancha rígida, foi avaliada e removida para Hospital Regional de Picuí. Após exames radiográficos foi constatado fratura de vértebras e removido para Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande.

Documento expedido pela direção do serviço por tratar-se de uma base descentralizada e não dispomos de recursos humanos (RH).

DATO E ASSINO

Gésska de Oliveira Macedo Costa
Coordenadora Municipal do SAMU- Picuí

Rua: Galdino Pinheiro, Centro- Picuí/PB. Telefone: (83) 3371-2350/ (83) 3371-2374
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Daniela dos Santos Pereira		
End:	R - Biongino de Macedo 48	Bairro:	Picum
Data de Nascimento:	22 anos	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Cardio	Data do Atend.:	04.03.19
		Hora:	7:18
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

ENFERMEIRA

COREN-PB 570404-ENF

Assinatura e carimbo do profissional

Solange T. L. F. de M. M. M.

MOD. 110



04.03.2015

15:11

PA 180x20mm

T: 3H

P: 82014

R: 22.

Para construção de cano de
com 10mm de espessura de parede
de 1/2" de diâmetro. Fazer o uso de
edla (cabo de aço). No momento tem
informações. M. P. M. e M. S. M.
com unidade de Enfoque.

7-11

04.03.2015

20:14

PA 180x20mm

Para construção de cano de
1/2" de diâmetro. Fazer o uso de
edla (cabo de aço). No momento tem
informações. M. P. M. e M. S. M.
com unidade de Enfoque.

Suelio Moreira Lima
Mecânico de Manutenção
COREN 820035

04/03/2019

HPM-Panel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

Admitida, às 15:14

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/03/2019

Horas: 14:04:14

Médico (a) Diarista: Jose Ramalho Da Silva Neto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: Daniela Pereira dos Santos Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 04/03/2019

Clínica: NEUROBUÇO Enfermaria: 1 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 04/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ramalho Da Silva Neto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. II RASCO. 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
2	OMEPRAZOL INJ 40MG 1 FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	6h
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1 FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	18h - 6h
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO	
6	CLONIDINA 0.150 MG V.O. 1 COMP. PAS > 180 OU PAD > 120	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1 AMPOLA. 1 AMP + ADE.V. 8/8H	18h - 6h
8	DIETA ZERO BRANDA	
9	DECUBITO ELEVADO MANter IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 04/03/2019 HORA: 14:01:51

NEUROCIRURGIA

TRM CERVICAL
FRATURA DE C1.
FRANKEL E# VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. COLISÃO AUTOMÓVEL E ANIMAL.
EVOLUINDO COM CERVICALGIA DE FORTE INTENSIDADE.
NEGA CEFALÉIA OU OUTROS COMEMORATIVOS.# CONSCIENTE, ORIENTADA, COLABORATIVA.
GLASGOW 15, ISOCÓRICA. RFM +
MOBILIZANDO MEMBROS, POSTURA ANTÁLGICA LIMITANDO A MOBILIZAÇÃO CERVICAL

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO EVIDENCIANDO FRATURA DE ARCOS POSTERIOR E ANTERIOR DE C1, À ESQUERDA.

CONDUTA:

AIIH
ANALGESIA DE HORÁRIO
À ENFERMARIAASSINATURA + CARIMBO
Jose Ramalho Da Silva Neto

Dr. Jose Ramalho Da Silva Neto
CRM 22098
NEUROCIRURGIA

Prognóstico
favorável

http://0.1.1.148/projetohitcg/imprimevo.php?datasai=2019-03-04&contar=1845717&IDC=1940

1/1





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	DANIELA DOS SANTOS PEREIRA
DATA DO EXAME:	04/03/2019 (08:00)

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

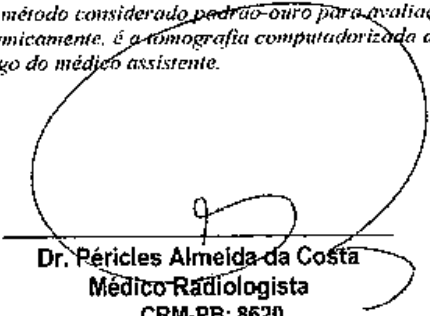
ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Pâncreas, retroperitônio e grandes vasos retroperitoneais de avaliação prejudicada em decorrência da intensa interposição gasosa.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. Péricles Almeida da Costa
Médico-Radiologista
CRM-PB: 8620



04/03/2019

HTCC-Painel Administrativo

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1845555 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/03/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Lima

PACIENTE: DANIELA DOS SANTOS CEP: Nascimento: 31/12/1969

PEREIRA/22 ANOS/ PICUI

Endereço:

Cidade: PICUI

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Médico:

Sexo:

Idade: 02/2019

RG:

CPF:

Data de

Atend: 04/03/2019

Hora: 07:22:04

CRM:

Telefone:

Bairro:

Nº 0

Profissão:

CNS:

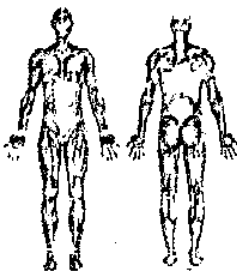
CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalmeamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Exulsação
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortivo
15. F. Cortece
16. F. Corte-cortivo
17. F. Perfuro-cortivo
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otoregia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Síndrome de trauma de cabeça: animal hit + 4h, sem
apresentando nenhuma alteração, nega perda de consciência,
negando qualquer episódio de vômito, tosse e sibilos.

ALERGIA:

ALERGIA A DAPIRONA

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

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

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

A: Via aérea permeável, sem alteração, mobilizada

B: AV @ em 100%, sem alteração

C: BCG em 100%, sem alteração, pulso 100%, e normotensão

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR

às

Dia 04/03/19

Especialista: Ortopedia

às

Dia 04/03/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Tilatal 40mg + AD, EV, agora	
2	Adrenalina 100mg + 100ml RF 0,9% EV, agora	
3	DIAPYRAX	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM:

12/03/19

/projetohtcc/imp/urgencia.php?contar=1845555

1/2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/07/2021 14:04:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072614042927300000043921941

Número do documento: 21072614042927300000043921941

Num. 46229434 - Pág. 19

05/03/2019

HTCG-Painel Administrativo



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1846166 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/03/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA CEP: 58187000 Nascimento: 14/10/1993

Endereço: RUA JOAQUIM PACÍFICO DANTAS Sexo: F Telefone: 99458362
Idade: 025 Bairro: JUSCELINO KUBITSCHKE

Cidade: Pícuí RG: 3866951 Nº: 0
Nome da Mãe: JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS

Responsável: SEBASTIANA- PRIMA CPF: Profissão: AGRICULTORA

Estado Civil: Solteira Data de Atend: 05/03/2019 CNS: 700008013243707

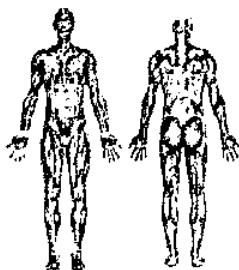
Motivo: ACIDENTE DE CARRO Hora: 08:41:25 CONVÊNIO: SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS: Paciente entrou na madrugada dia 04/03 sem dor.

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisipela subcutânea
10. Examegamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Corte
16. F. Corte-contuso
17. F. Ferimento-contuso
18. F. Ferimento-contuso
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otomgla
30. Paralisia
31. Pericite
32. Pretestesle
33. Queimadura
34. Rinoirragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA MGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às Dia / /

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

/projeto/hctg/imp/urgencia.php?contar=1846166

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/07/2021 14:04:30
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072614042927300000043921941
Número do documento: 21072614042927300000043921941

Num. 46229434 - Pág. 20

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO[illegible]

212



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/07/2021 14:04:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072614042927300000043921941>
 Número do documento: 21072614042927300000043921941

COMEN-68 210704-1
EMLERINER
20190611 11:50:00 (WLSL 17)



05/03/19 _____ & Cin. Genl. T.

0001800179310

Admission will be taken for 2000
first round & second
round. E. Kuo

CMS GCM B 1500

FEATHER C 1 FRANK C

Agrada avaliação de NCR

- Arc 0 2111

—Análisis de Estado Social—
MÉDICA
—en el p. 276R—

CREMÉPE 22098
NEUROCURBORGIA

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () Já revela
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

[illegible]

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização:		Data da punção ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:		Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:			
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;			
Aspecto: () Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica		Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Umidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:		Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: () Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
paciente evolui consciente, orientado, afável, respirando em ambiente em uso de cateter venoso depois de cirurgia.			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: 05/03/19 HORA: 8:20 h	

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



Sr(a): DANIELA DOS SANTOS PEREIRA
Dr(a): MARCOS WAGNER DE SOUSA PORTO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0080454287

Data: 05-03-2019 15:34

Idade: 25 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLINICA NEURO-BUCCO
Destino: ENF 07-L 02

CREATININA

[DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:33]

Resultado: 0,7 mg/dL

Homens:
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00
mg/dL
5 dias a 3 anos: 0,20 a 0,40
mg/dL
4 a 11 anos: 0,30 a 0,70
mg/dL
12 a 17 anos: 0,50 a 1,00
mg/dL
18 a 60 anos: 0,60 a 1,30
mg/dL
61 a 90 anos: 0,80 a 1,30
mg/dL
Acima de 90 anos: 1,00 a 1,70
mg/dL

Mulheres:
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00
mg/dL
5 dias a 3 anos: 0,20 a 0,40
mg/dL
4 a 11 anos: 0,30 a 0,70
mg/dL
12 a 17 anos: 0,50 a 1,00
mg/dL
18 a 60 anos: 0,40 a 1,10
mg/dL
61 a 90 anos: 0,60 a 1,20
mg/dL
Acima de 90 anos: 0,60 a 1,30
mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAS 2300

Genildo Romão da Fonseca Neto
Biomédico
CRM - 5010

Emissão: 05/03/2019 16:57 - Página 2 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: ASD4-5911-4AE0-3842-0500-CFE1-DE11-6068



05/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 05/03/2019

Horas: 12:17:22

Médico (a) Diarista : Marcos Wagner De Sousa Porto

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845717

Paciente: *DANIELA* SEM DOCUMENTOS

Idade: 02019

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 31/12/1969

Sexo:

Clínica: NEUROLÓGICO

Enfermaria: 7

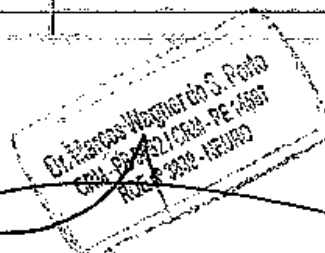
Leito: 2

Diagnóstico:

DIA 05/03/2019

MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Apazamento
1	<i>DANIELA</i> <i>BRANDA</i>	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	<i>18</i> <i>18</i> <i>18</i> <i>18</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>18</i> <i>18</i> <i>18</i> <i>18</i>
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	<i>18</i> <i>18</i> <i>18</i> <i>18</i>
5	OMEPRAZOL 10J 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>06</i> <i>18</i>
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	<i>06</i> <i>18</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP : AD.EV. 8/8H	<i>06</i> <i>18</i> <i>18</i> <i>18</i>
8	CLONIDINA 0,150 MG V.O. ICÓMP, PAS > 180 OU PAD > 120	
9	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

*Examinar a C**Prognóstico*



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	DANIELA DOS SANTOS PEREIRA	Protocolo:	0000454287	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	MARCOS WAGNER DE SOUSA PORTO	Data:	05-03-2019 15:34	Origem:	CLÍNICA NEURO-URTO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	25 anos	Destino:	ENF 07 - I. 02

GLICEMIA

DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:37

Resultado: 73 mg/dL

70 a 99 mg/dL

Resultados anteriores:

Materiais: PLASMA OU SORO

Método: AUTOMATIZADO WITNER, METROLAB 2300

URÉIA

DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:33

Resultado: 30 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA
17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

Materiais: SORO

Método: AUTOMATIZADO WITNER, METROLAB 2300


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRM - 5010

Emissão: 05/03/2019 15:57 - Página 1 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A5D4-5911-4AE0-3842-0500-CFE1-DE11-6068





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	DANIELA DOS SANTOS PEREIRA	Protocolo:	0000454287	RC:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	MARCOS WAGNER DE SOUSA PORTO	Data:	05-03-2019 15:34	Origem:	CLINICA NEURO-BUCCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	25 anos	Destino:	ENF 07 - L 02

TEMPO DE COAGULACAO 6'00''

[DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:34]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

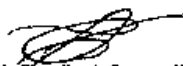
TEMPO DE SANGRAMENTO 1'20''

[DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:33]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Emissão : 05/03/2019 16:57 - Página 4 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 423D-4133-AC80-6B92-BA4D-7F2F-2E17-3B6E



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): DANIELA DOS SANTOS PEREIRA Protocolo: 0000454287 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): MARCOS WAGNER DE SOUSA PORTO Data: 05-03-2019 15:34 Origem: CLINICA NEURO-BUCCO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 25 anos Destino: ENF 07 - L. 02

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:32)

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.8 milhões/mm ³	3.9 a 5.9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,4 g/dL	12.0 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	38,4 %	35,5 a 46,6 %
V.C.M.....	101 fL	82,0 a 102,0 fL
H.C.M.....	33 pg	27,0 a 32,0 pg
C.H.C.M.....	32 g/dL	32,5 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.000 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	1,0	90
Segmentados.....	80,0	7.200
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	16,0	1.440
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	270
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	261.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Materiais: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

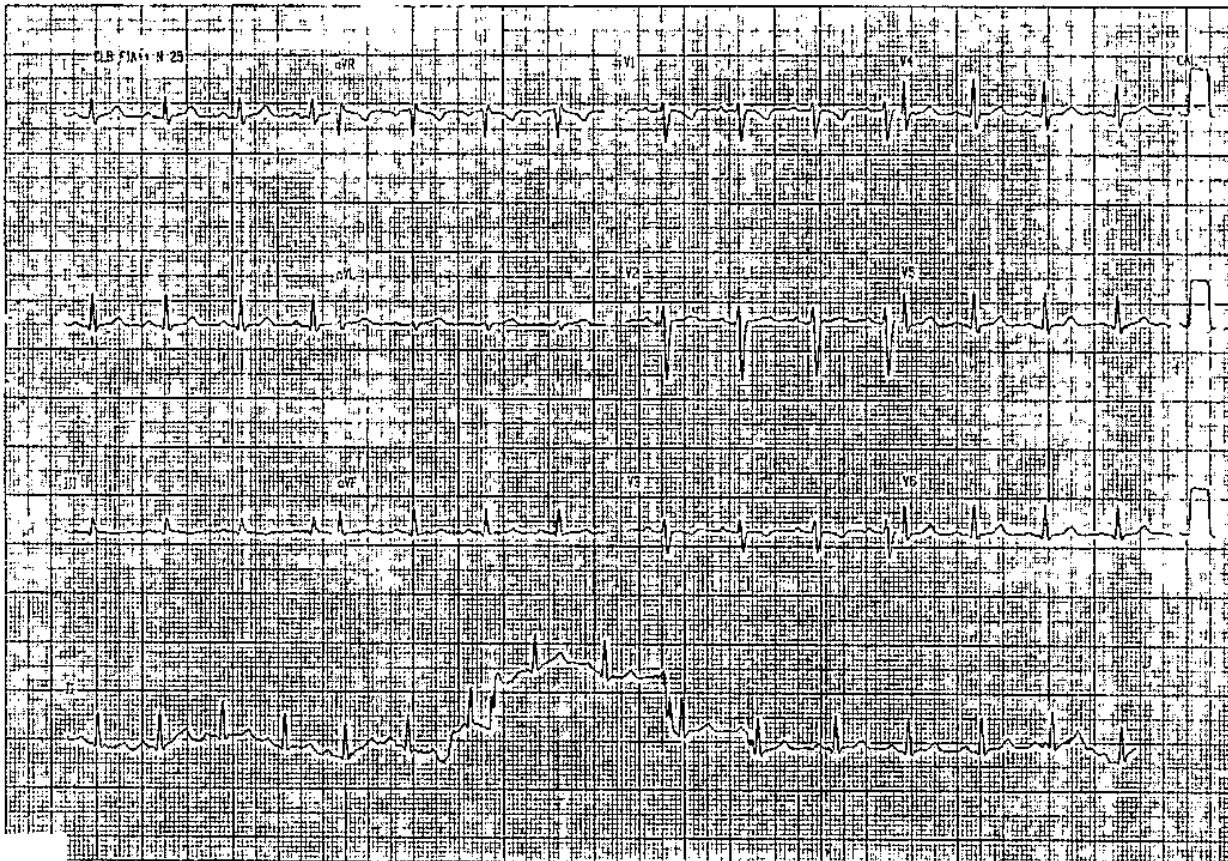
Geraldo Renato da Fonseca Neto
Biomédico
CRM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B1B7-0443-719F-89BS-1DC0-58D9-ABD1-1C7E



DAMIEN P SANTOS
06/03/2014

72





GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 06/03/2019

Horas: 14:11:50

Médico (a) Diarista: Marcos Wagner De Sousa Porto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: *Janiela* SEM DOCUMENTOS Idade: 02019

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clinica: NEUROBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 06/03/2019

MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML, E.V. FRASCO, 6h/6h	<i>18 24 06</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>18 24 06</i> <i>Sterges</i>
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	<i>18 06</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>06</i>
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	<i>06</i> <i>22 06</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + AD.EV. 8/8H	<i>06</i> <i>22 06</i>
8	CLONIDINA 0,150 MG V.O. 1COMP. PAS > 180 OU PAD > 120	<i>06</i>
9	DECÚBITO ELEVADO MANter IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	<i>Atenção!</i>
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	



7.2.

Data 06/03/19
Hora 08:45. P.A. 110/70

Parâmetro condutância visualizada, com eletrodo curvado, por
apresentar quistos no momento foi realizado a
55w, sendo no luto tração de sacro venose
de 100w, apresentando eletrodo 50w, durante 10min
segundo os dados coletados da equipe de diagnóstico
torres.

Data 06/03/19
Hora 20:45. P.A. 120/80

Parâmetro condutância visualizada, com eletrodo 55w a medi-
quistos no momento, por medição, apresentando eletro-
do 100w, apresentando eletrodo 50w, durante 10min
segundo os dados coletados da equipe de diagnóstico
torres.





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLOGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Daniela dos Santos Pereira IDADE: 25 SEXO: F
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 05/03/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia 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 () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

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

Medicamentos em uso ☒ Não

() Sim

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR na 2ª BCF 5/10

FC: 85 b.p.m P.A.: 110x70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MUC IMAT SRA

Abdômen - Comentários: indol

Membros Inferiores - Comentários: sem edemas

5 - E.C.G.: Ritmo sinusal regular sem alterações

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.:

Paciente sem indícios de risco cirúrgico
sem comorbidades < 30 anos,
sem sintomatologia CVC

Ass. do Médico

Itemirim Lindro Bezerra
CARDIOLOGIA
CRM-PB 8540



07/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 07/03/2019

Horas: 08:59:21

Médico (a) Diarista : Amauri Pereira Da Silva Filho



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: SEM-DOCUMENTOS Idade: 02019 *Doença*

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clinica: NEUROBUCCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico:

DJA 07/03/2019

MÉDICO(A): Amauri Pereira Da Silva Filho /

Assinatura

Prescrição

Aprovação



07/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 07/03/2019

Horas: 08:59:21

Médico (a) Diarista : Amauri Pereira Da Silva Filho

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: SEM-DOCUMENTOS Idade: 02019 *J. Melo*

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clínica: NEUROBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 07/03/2019

MÉDICO(A): Amauri Pereira Da Silva Filho /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO <i>a partir 24h</i>	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO. 6h/6h	<i>18 24 06</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	<i>18 24 06</i>
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	<i>18 06</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>18 06</i>
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA/FAZER SE NECESSÁRIO	<i>18 06</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + AD.EV. 8/8H	<i>18 24 06</i>
8	CLONIDINA 0,150 MG V.O. 1COMP. PAS > 180 OU PAD > 120	
9	DECUBITO ELEVADO MANter IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	<i>OK</i>
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>OK</i>

Anupm 06.03.19

Dr. Amauri P. da Silva Filho
Neurologia/Neurocirurgia
CRM-PB 5273



08/03/19 Pac. seg. no seguimento p. cirurgia, sem
apreciação 110 kg

08.03.2019

20:10

PA: 110x20mm

Paralelo ao eixo no mesmo quadro
a seguir as curvas de enf.

Jacinto da Silva
Técnico de Enfermagem
COREN 32003503



08/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 08/03/2019

Horas: 09:04:27

Médico (a) Diarista: Marcos Wagner De Sousa Porto

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845180 Paciente: DANIELA PEREIRA Idade: 066

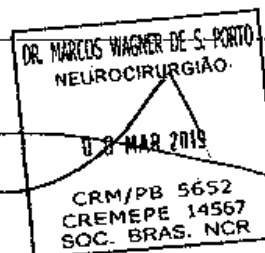
Nome da Mãe: JULIA ROSA DE LIMA Data de Nascimento: 12/10/1952 Sexo: F

Clínica: NEUROBUCCO Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: TCC

DIA 08/03/2019

MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE ORAL	
2	DIETA LIVRE	
3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML E.V. 12h/12h	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE VÔMITOS	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE DOR REFRATÁRIA	
9		
10	CAPTAPRIL 25 MG V.O. 1 COMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE PA > 180X110 MMHG	
11	FISIOTERAPIA MOTORA	
12	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
14	VIGILANCIA TRANSFERIR PARA ENFERMARIA	
15	DECUBITO MUDANÇA	



Procedimento
anexo e
fazer



NOME: <u>Daniela</u>				GOVERNO DO PARÁ SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE			
IDADE: <u>25 anos</u>		ENFERMARIA: <u>07</u>		LEITO: <u>02</u>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
H. D.: <u>TRM</u>		ADMISSÃO:		HORA:		FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	

PROCEDÊNCIA:				DRENOS: ☐ Pigral ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito			
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRPA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICD ☐ Trauma ☐ PNM				Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente			
☐ Hemorragia ☐ Outros:				☐ Edema. Regiões: ☐ Cefálicas			
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICD ☐ Cirurgia				CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
HDA: <u>Paciente vítima de colapso com animal apresentando diagnósticos de TRM com fratura de C2</u>				CD: ☐ THS ☒ TEP passiva ☐ TEP ativa ☐ VNI ☐ O2			
				☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP			
				☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação			
				☐ Ortoestatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial			
				☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação			
				Outros:			
SV: FC bpm FR bpm PA: mmHg SpO2 % T °C				Observações:			
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo				Paciente relata que foi orientada pela equipe médica a estimular a redestaques da paciente na presente ocasião (antes do procedimento cirúrgico).			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow				conclusão: cinesioterapia ativa dos MMSS e MMII e orientações.			
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal							
Reflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☐ Normal							
Bloqueios Articulares (Regiões)							
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR							
☒ Eupneico ☐ Sem alterações							
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TOT ☐ Sem TOT ☐ VNI ☐ VMI							
O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc. Sistema de Venturi %							
☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo l/min							
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tórax supradiafrágico ☐ Tórax intercostais ☐ Tórax subcostais							
☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ☐ I+4							
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Não ☐ Sim				DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: <u>Redução da funcionalidade</u>			
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☒ Diafrágico ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial							
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica							
Ausculta Pulmonar: <u>INTELAIR S.R.S.</u> Raio X Tórax:							
TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz							
SECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim. QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.							
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta							
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha							



Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasodilatadoras: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Ruídos. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissociação. Localização: <u>MSD</u>		Data da punção: <u>08/03/19</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: (X) Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: <u>1/1/19</u>			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:			
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;			
Aspecto: () Outros: _____ Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas (X) Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: _____			
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: _____			
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.			
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:			
AValiação das Necessidades Psíquicas			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:			
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
<u>Paciente teve úlcera esofágica para amanhã, segue bem, sem</u>			
<u>intercorrências</u>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Anna G. C. Lourenço</u> DATA: <u>08/03/19</u> HORA: _____ h			

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



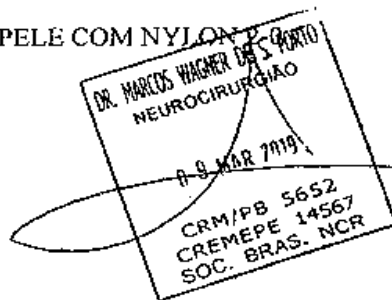
PACIENTE : DANIELA DOS SANTOS PEREIRA - RG 1845717

CIRURGIÃO : DR. MARCOS WAGNER

INSTRUMENTADORA : RENATA

ANESTESIA : WANDERLEY

- 00- PACIENTE EM DECUBITO VENTRAL
HORIZONTAL. SOB ANESTESIA GERAL SOB SUPORTE DE MAYFIELD 03
PINOS .
- 01- DEGERMAÇÃO E ANTISSEPISIA
- 02- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- 03- INCISÃO OCCIPITO CERVICAL E HEMOSTASIA
- 04- DESCOLAMENTO DA MUSCULATURA
SUBOCCIPITAL
- 05- IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ENTRADA E
INSERÇÃO DE 06 PARAFUSOS DE MASSA LATERAL
- 06- CONEXÃO COM 05 PORCAS
- 07- 02 HASTES OCCIPITO CERVICAL E MOLDADA
- 08- COLOCAÇÃO DE 05 PARAFUSOS OCCIPITAIS
- 09 - 01 SELANTE DURAL DEVIDO A FÍSTULA DE LCR
- 10- REVISADO HEMOSTASIA - COLOCAÇÃO DE SURGICEL
- 11 - 05 GRAMAS DE ENXERTO INORGÂNICO
- 12- SUTURA POR PLANOS
- 13- ATO SEM INTERCORRÊNCIAS
- 14- SINTESE DA PELE COM NYLON
- 15- LIMPEZA E CURATIVO



09/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 09/03/2019

Horas: 18:24:16

Médico (a) Diarista : Marcos Wagner De Sousa Porto

GOVERNO
DA PARAÍBA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clínica: NEUROBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 09/03/2019

MÉDICO(A): Daniel Pereira Dean Ramos / MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Apazamento
1	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h OD/6D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
2	DIETA ZERO	
3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + AD.EV. 8/8H	
9	CLONIDINA 0,150 MG V.O. 1COMP. PAS > 180 OU PAD > 120	
10	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

*Opuede
situação
aviso - em
isto se movem
francamente*

DR. MARCOS WAGNER DE S. PORTO
NEUROCIRURGIÃO
09 MAR 2019
CRM/PB 5652
CREMEPE 14567
SOC. BRAS. NCR



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Daniela dos Santos Pereira S.N. 9		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE
		SUS	28 anos
CIRURGIA: Pto. Cirurgico Cidexato		CIRURGIÃO	
Antesdore de celuma cervical		Dr. Wanderley	
ANESTESIA		ANESTESIA	
Genal balanceada		Dr. Wanderley	
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM
Renata	09.03.19	14h.20'	18h.50'
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.
	Acrenalina amp.	Catel. p/ Oxo	
	Atropina amp.	Catel. De Urinar Sist. Fech.	
	Diazepam amp.	Compressa Grande	
	Dimore amp.	Compressa Pequena	
	Dolantina amp.	Colonoide	
05	Efrase ml Suoflusano	Dreno	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº	
	Fentanil ml	Dreno Penrose	
	Inova ml	Dreno Pezzer n	
	Ketalar ml	Equipo de Macr	
	Mercaine % ml	Equipo de Macr	
	Nobahin amp.	Equipo de Sainp	
01	Pevulac amp. Cis	Equipo de PVC	
	Proflimine amp.	Esparadrapo Lai	
	Retendo ltn Propofol	Furacin ml	
	Quelicin ml	Gase Pacote cl	
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi	
03	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0	
	Ceramicina amp.	Luvas 8.5 Proc	
	Glicose amp.	Oxigênio ltn 1 min	
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix	
01	Haemacet ml. Xyloraina	PVP Degemente ml Elavex	
	Heparema ml.	PVP Tópico ml.	
	Kanakon amp.	Sabão Antiséptico	
01	Lasix amp. Bambidiana	Saco coletor: Lexalampa	
	Medroinazol.	Seringa desc. 10 ml	
01	Pessl amp. Ondansetron	Seringa desc. 20 ml	
	Prolemina	Seringa desc. 05 ml	
	Revivan amp.	Sonda	
	Sulptanon amp.	Sonda folley 12	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica	
01	Tilatil 20mg	Sonda Uretral nº	
02	Ceftriaxona 1g	Sterydrent ml	
		Torneirinha	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	
02	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 14	
	Agulha desc. 26 x 29	Lalese	
	Agulha desc. 3 x 4.5	Elétricos	
	Agulha p/ raque nº	gel conduction	
05	Alcool de Enfermagem	Hastes occipitais	
	Alcool Iodado ml	3 e 4 Juros	
		Promed	
CIRCUANTE RESPONSÁVEL		Marta João B. Andrade	
		TIC Enfermagem	
		COREN-PA 250741	

SUPORTE DE CRÂNIO MAXILO
COMPLETO
 NOME TÉCNICO: **ST. VENTURA DE LACUNO**
 DESCRIÇÃO: **PILO ADULTO EM AÇO INOX P/**
SUPORTE DE CRÂNIO MAXILO
 Modelo: **1411** P/ ou Lou: **137581** 18 Condição: **3** ano.
 Registro: **CRVISA nº 1024079023**
 La. Fabricação: **21/2019** P/ ou Lou: **137581** 18 Condição: **3** ano.
 (Exatidão 10 ANOS desde a data de fabricação, caso não
 houver, Produto não é mais fabricado, sendo assim, o
 usuário deve ser avisado)

SERIES
 01 **Mononylon 3-0**
 02 **Mononylon 3-0**
 03 **Mononylon 4-0**
 04 **Mononylon 4-0**
 05 **Mononylon 4-0**
 06 **Mononylon 4-0**
 07 **Mononylon 4-0**
 08 **Mononylon 4-0**
 09 **Mononylon 4-0**
 10 **Mononylon 4-0**
 11 **Mononylon 4-0**
 12 **Mononylon 4-0**
 13 **Mononylon 4-0**
 14 **Mononylon 4-0**
 15 **Mononylon 4-0**
 16 **Mononylon 4-0**
 17 **Mononylon 4-0**
 18 **Mononylon 4-0**
 19 **Mononylon 4-0**
 20 **Mononylon 4-0**
 21 **Mononylon 4-0**
 22 **Mononylon 4-0**
 23 **Mononylon 4-0**
 24 **Mononylon 4-0**
 25 **Mononylon 4-0**
 26 **Mononylon 4-0**
 27 **Mononylon 4-0**
 28 **Mononylon 4-0**
 29 **Mononylon 4-0**
 30 **Mononylon 4-0**
 31 **Mononylon 4-0**
 32 **Mononylon 4-0**
 33 **Mononylon 4-0**
 34 **Mononylon 4-0**
 35 **Mononylon 4-0**
 36 **Mononylon 4-0**
 37 **Mononylon 4-0**
 38 **Mononylon 4-0**
 39 **Mononylon 4-0**
 40 **Mononylon 4-0**
 41 **Mononylon 4-0**
 42 **Mononylon 4-0**
 43 **Mononylon 4-0**
 44 **Mononylon 4-0**
 45 **Mononylon 4-0**
 46 **Mononylon 4-0**
 47 **Mononylon 4-0**
 48 **Mononylon 4-0**
 49 **Mononylon 4-0**
 50 **Mononylon 4-0**
 51 **Mononylon 4-0**
 52 **Mononylon 4-0**
 53 **Mononylon 4-0**
 54 **Mononylon 4-0**
 55 **Mononylon 4-0**
 56 **Mononylon 4-0**
 57 **Mononylon 4-0**
 58 **Mononylon 4-0**
 59 **Mononylon 4-0**
 60 **Mononylon 4-0**
 61 **Mononylon 4-0**
 62 **Mononylon 4-0**
 63 **Mononylon 4-0**
 64 **Mononylon 4-0**
 65 **Mononylon 4-0**
 66 **Mononylon 4-0**
 67 **Mononylon 4-0**
 68 **Mononylon 4-0**
 69 **Mononylon 4-0**
 70 **Mononylon 4-0**
 71 **Mononylon 4-0**
 72 **Mononylon 4-0**
 73 **Mononylon 4-0**
 74 **Mononylon 4-0**
 75 **Mononylon 4-0**
 76 **Mononylon 4-0**
 77 **Mononylon 4-0**
 78 **Mononylon 4-0**
 79 **Mononylon 4-0**
 80 **Mononylon 4-0**
 81 **Mononylon 4-0**
 82 **Mononylon 4-0**
 83 **Mononylon 4-0**
 84 **Mononylon 4-0**
 85 **Mononylon 4-0**
 86 **Mononylon 4-0**
 87 **Mononylon 4-0**
 88 **Mononylon 4-0**
 89 **Mononylon 4-0**
 90 **Mononylon 4-0**
 91 **Mononylon 4-0**
 92 **Mononylon 4-0**
 93 **Mononylon 4-0**
 94 **Mononylon 4-0**
 95 **Mononylon 4-0**
 96 **Mononylon 4-0**
 97 **Mononylon 4-0**
 98 **Mononylon 4-0**
 99 **Mononylon 4-0**
 100 **Mononylon 4-0**

SOROS
 01 **SG Normotermico fr 500 ml**
 02 **SG Gelado fr 500 ml**
 03 **SG Hipertermico fr 500 ml**
 04 **SG Ringr fr 500 ml**
 05 **SG fr 500 ml**
 06 **SG fr 500 ml**
 07 **SG fr 500 ml**
 08 **SG fr 500 ml**
 09 **SG fr 500 ml**
 10 **SG fr 500 ml**
 11 **SG fr 500 ml**
 12 **SG fr 500 ml**
 13 **SG fr 500 ml**
 14 **SG fr 500 ml**
 15 **SG fr 500 ml**
 16 **SG fr 500 ml**
 17 **SG fr 500 ml**
 18 **SG fr 500 ml**
 19 **SG fr 500 ml**
 20 **SG fr 500 ml**
 21 **SG fr 500 ml**
 22 **SG fr 500 ml**
 23 **SG fr 500 ml**
 24 **SG fr 500 ml**
 25 **SG fr 500 ml**
 26 **SG fr 500 ml**
 27 **SG fr 500 ml**
 28 **SG fr 500 ml**
 29 **SG fr 500 ml**
 30 **SG fr 500 ml**
 31 **SG fr 500 ml**
 32 **SG fr 500 ml**
 33 **SG fr 500 ml**
 34 **SG fr 500 ml**
 35 **SG fr 500 ml**
 36 **SG fr 500 ml**
 37 **SG fr 500 ml**
 38 **SG fr 500 ml**
 39 **SG fr 500 ml**
 40 **SG fr 500 ml**
 41 **SG fr 500 ml**
 42 **SG fr 500 ml**
 43 **SG fr 500 ml**
 44 **SG fr 500 ml**
 45 **SG fr 500 ml**
 46 **SG fr 500 ml**
 47 **SG fr 500 ml**
 48 **SG fr 500 ml**
 49 **SG fr 500 ml**
 50 **SG fr 500 ml**
 51 **SG fr 500 ml**
 52 **SG fr 500 ml**
 53 **SG fr 500 ml**
 54 **SG fr 500 ml**
 55 **SG fr 500 ml**
 56 **SG fr 500 ml**
 57 **SG fr 500 ml**
 58 **SG fr 500 ml**
 59 **SG fr 500 ml**
 60 **SG fr 500 ml**
 61 **SG fr 500 ml**
 62 **SG fr 500 ml**
 63 **SG fr 500 ml**
 64 **SG fr 500 ml**
 65 **SG fr 500 ml**
 66 **SG fr 500 ml**
 67 **SG fr 500 ml**
 68 **SG fr 500 ml**
 69 **SG fr 500 ml**
 70 **SG fr 500 ml**
 71 **SG fr 500 ml**
 72 **SG fr 500 ml**
 73 **SG fr 500 ml**
 74 **SG fr 500 ml**
 75 **SG fr 500 ml**
 76 **SG fr 500 ml**
 77 **SG fr 500 ml**
 78 **SG fr 500 ml**
 79 **SG fr 500 ml**
 80 **SG fr 500 ml**
 81 **SG fr 500 ml**
 82 **SG fr 500 ml**
 83 **SG fr 500 ml**
 84 **SG fr 500 ml**
 85 **SG fr 500 ml**
 86 **SG fr 500 ml**
 87 **SG fr 500 ml**
 88 **SG fr 500 ml**
 89 **SG fr 500 ml**
 90 **SG fr 500 ml**
 91 **SG fr 500 ml**
 92 **SG fr 500 ml**
 93 **SG fr 500 ml**
 94 **SG fr 500 ml**
 95 **SG fr 500 ml**
 96 **SG fr 500 ml**
 97 **SG fr 500 ml**
 98 **SG fr 500 ml**
 99 **SG fr 500 ml**
 100 **SG fr 500 ml**

ORTOSE E PRÓTESE
 01 **TOT N° 7.5 amarrada**
 02 **Filtro p/ respirador**
 03 **Parafusos Taluxid N° 10**
 04 **Enxerto**
 05 **Adhensio Belante**
 06 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 07 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 08 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 09 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 10 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 11 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 12 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 13 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 14 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 15 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 16 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 17 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 18 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 19 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 20 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 21 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 22 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 23 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 24 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 25 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 26 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 27 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 28 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 29 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 30 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 31 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 32 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 33 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 34 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 35 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 36 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 37 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 38 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 39 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 40 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 41 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 42 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 43 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 44 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 45 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 46 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 47 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 48 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 49 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 50 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 51 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 52 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 53 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 54 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 55 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 56 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 57 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 58 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 59 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 60 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 61 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 62 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 63 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 64 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 65 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 66 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 67 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 68 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 69 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 70 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 71 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 72 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 73 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 74 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 75 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 76 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 77 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 78 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 79 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 80 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 81 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 82 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 83 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 84 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 85 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 86 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 87 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 88 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 89 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 90 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 91 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 92 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 93 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 94 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 95 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 96 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 97 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 98 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 99 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**
 100 **Parafusos occipitais N° 10 + 0.50**

EQUIPAMENTOS
 (X) Oxímetro de Pulso
 () Serra
 () Desfibrilador
 (X) Foco Frontal
 () Fonte de Luz
 () Foco Auxiliar
 (X) Eletrocautério
 (X) Oxícapnógrafo
 (X) Cardiomonitor
 () Perfurador Elétrico

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Daniela dos Santos Pereira D.V. 9					 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
		SUS	39 anos	1845555		
CIRURGIA Pro. Cirurgico Cláudio			CIRURGIAO Antônio de colima Cervical Dr. Marcos Wagner			
ANESTESIA Genal balanceada			ANESTESIA Dr. Wanderley			
INSTRUMENTADORA Renata		DATA 09.03.19	INICIO 14h.30'	FIM 18h.50'		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Aclonalina amp.		Catet. p/ Oxo.		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Calgut Simples Sertix	
05	Efene ml Gavalusano		Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fenagim amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose	01	Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n		Elhibond	
	Ketalar ml		Equipo de Maor		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Maor		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sang		Fio de Algodão Sertix	
01	Pevulgo amp. Piro		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Prolimine amp.		Esparadrapo La		Fio de Algodão Sutupal	
	Rolaxido l/m Propofol		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupal	
	Quelich ml		Gase Pacote cl		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	06	Mononylon 3-0'	
	Thionembujal ml		Intracath Adulto	06	Mononylon 2-0'	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	01	Prolene Sertix 4-0'	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bistur		Prolene Sertix	
03	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	04	Vicryl Sertix 0'''	
	Flexidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geranicina amp.		Luvas 8.5 Piroc	01	Fio de Kirchmeyer N:2.0	
	Glicose amp.		Oxigênio l/m 1/min	01	Surgicel	
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
01	Hacemas ml xylacaissa		PVPi Degemante ml Elanor			
	Heparema ml		PVPi Tópico ml			
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico	Qtd.	SOROS	
01	Leex amp. Ramlidema		Saco coletor Lexa/comp	04	SG Normotermico fr 500 ml	
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
01	Pesi amp. Ondansetron		Seringa desc. 20 ml	01	SG Hipertermico fr 500 ml	
	Prolanina		Seringa desc. 05 ml	04	SG Ringi fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	04	SG fr 500 ml P/Kera'''	
	Siuplanon amp.		Sonda Foley 12			
	Celatolina 1g		Sonda Nasogálica	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
01	Filatal 30ma		Sonda Uretral nº	01	T.O.T. N:2 7.5 anelado	
02	Ceftriaxoma 1g		Sterydrem ml	01	Filtro p/ respirador	
			Torneirinha	01	Parafusos Tokaid K2.0	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUCÕES		Vaselina ml	01	Conexão	
02	Agulha desc. 25 x 7		Gelfon 14	01	Adhervus Belante	
	Agulha desc. 28 x 28		Latex	03	Parafusos occipital N:30+0.04	
	Agulha desc. 3 x 4.5		Elétricos	06	Equipamentos	
	Agulha p/ raque nº		Ad. condutor	03	Pinos p/ suporte de cabeça	
05	Alcool de Enfermagem			(X)	Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Alcool Iodado ml			() Serra	(X) Eletrocautério	
				() Desfibrilador	(X) Oxícapiógrafo	
				(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor	
				() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico	
CIRCULANTE RESPONSÁVEL Maria José B. Almeida Tm. Farmacogen COREN-RJ 250741						



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Dr. ...</i>	Idade: <i>...</i>
Convênio: <i>...</i>	Data: <i>...</i>
Procedimento: <i>...</i>	
Cirurgião: <i>...</i>	Auxiliar: <i>...</i>
Anestesista: <i>...</i>	
Início: <i>...</i>	Término: <i>...</i>
Anestesia: <i>...</i>	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
20:30	127x84	76bpm	100%	Ruan + Francisco	+	1
21:00	114x77	87bpm	100%	Ruan + Francisco	+	1

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10


Assinatura do anestésista



SÉCRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Daniela Pereira</u>			IDADE	SEXO: <u>F</u> COR
<u>07-03-19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
	URINA					
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA BRONQUITE		
AP. CIRCULATORIO				ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL			ATÁRGICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosses: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO
LÍQUIDOS						ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____
CÓDIGOS						DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Com cânula: _____ Para o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:
POSIÇÃO						
AGENTES	<u>Propofol + Midazolam + Bupivacaína + Sufentanil + Fentanil + Etomidato</u>					
TÉCNICA	<u>General</u>					CÂNULAS
OPERAÇÃO	<u>Prost. Cir. Ext. Coluna</u>					
CHIRURGIÕES	<u>M. Wagner</u>					
ANESTESISTAS	<u>Wanderley - JON</u>					
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA
						FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



05/03/19 para a Corregedoria de Justiça do Estado de São Paulo, em virtude de não ter sido possível a realização da audiência de conciliação, conforme consta no relatório de atendimento, e para que seja dada ciência ao interessado, bem como para que seja provido o que for necessário para a realização da audiência de conciliação, conforme consta no relatório de atendimento, e para que seja dada ciência ao interessado, bem como para que seja provido o que for necessário para a realização da audiência de conciliação, conforme consta no relatório de atendimento.

103215
103215
103215



Insc. Est.: 16,163.712-4

Av. Carlos Gomes, n.º 228 - 2.º Pavimento - Torre - CEP: 58040-080 - João Pessoa/PB

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAS

Paciente: _____

Médico: Dr. Paulo Roberto de Souza Convênio: União

Hospital: St. Mary's Hospital

Bloco: 7 Sala: 05 Data: 04/05/11

[illegible]

Intercorrências Cirúrgicas

☐ NÃO ☐ SIM. Quais?

OBS;

Re. [illegible]
Ass. Inst.

Assinatura Enfermeira (a)



09/03/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/03/2019

Horas: 12:33:55

Médico (a) Diarista : Daniel Pereira Dean Ramos

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 04/03/2019

Clínica: NEUROBUCCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 09/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Daniel Pereira Dean Ramos /

Item	Prescrição	C.C. Aprazamento
1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO. 6h/6h	18h/24h - 6h/12h C.C.
2	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	6h F.R. C.C.
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	18h/24h - 6h/12h
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	C.C. 18h - 6h
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO	
6	CLONIDINA 0,150 MG V.O. 1COMP. PAS > 180 OU PAD > 120	C.C.
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + AD.EV. 8/8H	18h/24h - 6h/12h
8	DIETA ZERO	
9	DECÚBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	C.C.
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C.C.

EVOLUÇÃO

DATA: 09/03/2019 HORA: 12:25:27

NEUROCIRURGIA

TRM CERVICAL
FRATURA DE C1,
FRANKEL E

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO EVIDENCIANDO FRATURA DE ARCOS POSTERIOR E ANTERIOR DE C1, À ESQUERDA.

CONDUTA:

AGUARDA CIRURGIA COM DR MARCUS WAGNER

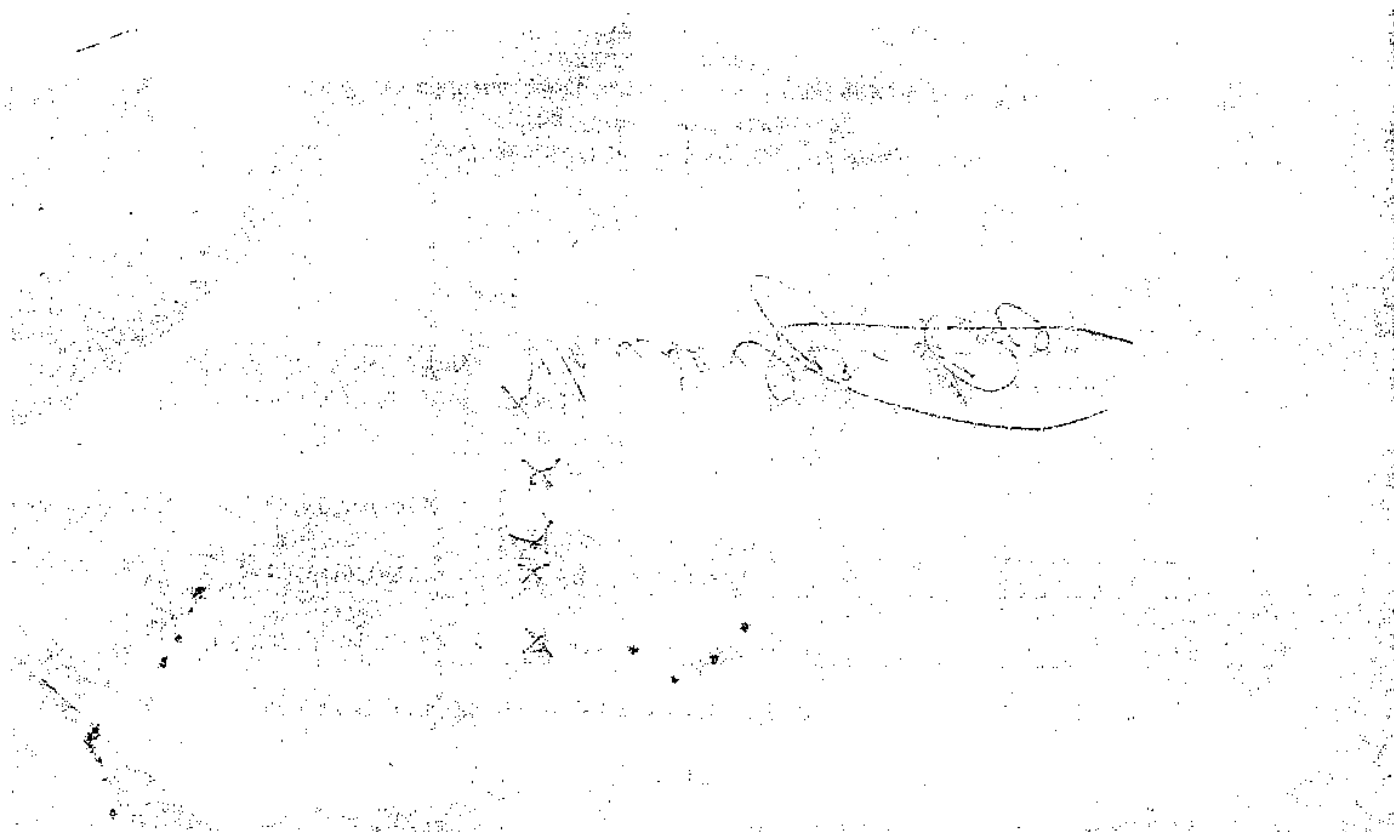
ASSINATURA + CARIMBO
Daniel Pereira Dean Ramos

http://10.1.1.148/projetohicg/imprimevo.php?datasai=2019-03-09&contar=1845717&IDC=2480

1/1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/07/2021 14:04:30
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072614042927300000043921941
Número do documento: 21072614042927300000043921941

Num. 46229434 - Pág. 53



Handwritten text, mostly illegible due to extreme blurriness. Some visible fragments include "ST", "CO", and "37".





GOVERNO
DA PARAÍBA



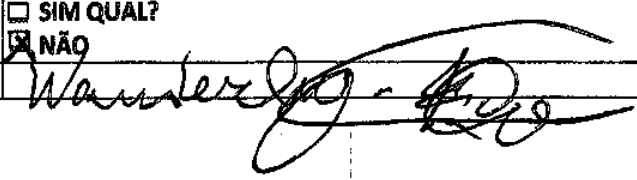
SEGUE

o trabalho

SEGURANÇA ANESTÉSICA

CHECKLIST DE



CARRO DE ANESTESIA TESTADO	☒ SIM	☐ NÃO
LARINGOSCÓPIO	☒ SIM	☐ NÃO
MONITOR MULTIPARÂMÉTRICO	☒ SIM	☐ NÃO
CAPNÓGRAFO	☒ SIM	☐ NÃO
FALTA DE EQUIPAMENTO/MEDICAÇÃO	☐ SIM QUAL?	☒ NÃO
ANESTESISTA RESPONSÁVEL		

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: cheflarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

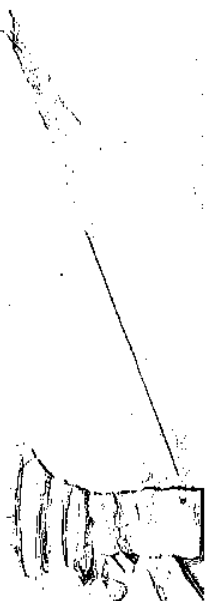
CNPJ: 08.778.268-0001-60



Handwritten notes and signatures, including a large checkmark on the right side.







PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

(7-2)



SETOR DE ORIGEM:	NEURO		
NOME:	DANIELA DOS SANTOS PEREIRA		
PROCEDIMENTO:	CURRUCIA		
☒ AVP:LOCAL:	MSB	JELCO Nº:	210
☐ AVC	☒ JEJUM		
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	☐ COM CLOREXIDINA	☐ SABONETE PRÓPRIO	
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: 224985		

CELESTIA P. PEREIRA
COREN: 224985



10.03.2015

15:10

PA: 1007200015

T: 372

P: 833814

R: 27

Paciente comumente orientada.
acorda trazendo suas roupas casuais.
apresenta com alguns traços parciais
presente. a mãe no apêndice 20.000
apresenta como normal. apresenta
em episódios de vômito. n.e.p.m
e segue as ordens da equipe.
Foi realizado banho no litto
e curativo.

Jaci Ferreira Lima
Técnicas de Enfermagem
CRP 3082

10.03.2015

20h15

PA: 1007200015

Paciente evolui no mesmo quadro
e segue as ordens da Eq.

Jaci Ferreira Lima
Técnicas de Enfermagem
CRP 3082



10/03/2019

HPM-Painel Administrativa

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/03/2019

Horas: 13:09:54

Médico (a) Diarista : Daniel Pereira Dean Ramos

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

 Nº do prontuário: 1845717 Paciente: **DANIELA** Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 04/03/2019

Clínica: NEURÓBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: TRM C1

 07.
07.
7-2

DIA 10/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Marcos Wagner De Sousa Porto / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Daniel Pereira Dean Ramos /

Item	Prescrição	Aproximadamente
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 1D/6D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
3	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	6h
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	18h - 6h
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	CLONIDINA 0.150 MG V.O. 1COMP, PAS > 180 OU PAD > 120	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + AD.EV. 8/8H	14 22 06
9	DIETA ZERO <i>limo</i>	
10	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 10/03/2019 HORA: 13:08:33

 PO DE ARTRODESE OCCIPITO CERVICAL
 FRATURA DE C1
 ASIA E
 ESTAVEL
 SEM INTERCORRÊNCIAS

 ASSINATURA + CARIMBO
 Daniel Pereira Dean Ramos




GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 11/03/2019
Hora: 08:37:34
Médico (a) Dinarista: Marcos Wagner De Sousa Porto

OK

7-2
NEWED.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: *Daniela* SEM DOCUMENTOS Idade: 02019

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clinica: NEUROBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: TRM C1

DIA 11/03/2019

MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 2D/6D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA. 1AMP + AD.EV. 8/8H	
9	CLONIDINA 0,150 MG V.O. 1COMP. PAS > 180 OU PAD > 120	
10	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Examinar 2x dia

F. do motor (revisão)

DR. MARCOS WAGNER DE S. PORTO
NEUROCIRURGIÃO

11 MAR 2019

CRM/PB 5652
CREMEPE 14567
SOC. BRAS. NCR



11-03-19
08:00

DA=110X70

Realizados trabalhos no local, realizados os trabalhos
conforme o plano de trabalho, com a presença de
no local FO.

18:00 trabalhos realizados conforme plano de trabalho 11-03-19

Kamila Kelly A. Soares
Téc. em Informática
COREN-PB 602.431

19:30

11-03-19 upa 100.00

Para convenientemente orientada, segue
mrm, sem que haja necessidade de
vigilância da equipe 1 trabalho



Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: ⑤	Data da punção 10/03/19
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: ☒ Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____	Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RNA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: ☒ Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____	Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
paciente consciente, orientado, BVV preservada, acamado por acesso (10/03) por cirurgia abdominal e dissecação em uma das pernas, náusea, vômito, dor no abdômen e febre. Segue sob cuidados de enfermagem.	
Horikawa Fabricea Aires ENFERMEIRA COREN-PB 328.538	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 11/03/19 HORA: _____ h	

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







GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 12/03/2019

Horas: 08:15:59

Médico (a) Distrita: Marcos Wagner De Sousa Porto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: TRM C1

DIA 12/03/2019

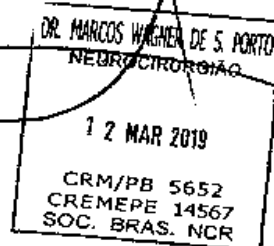
MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Aprozamento
1	DIETA ZERO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12/18 21 06
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 3D/6D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 06 06 06
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 06 06 06
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	12 06
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06 F. hep
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO	(14) (22) (06) Recusar
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + AD.EV. 8/8H	
9	CLONIDINA 0,150 MG V.O., 1COMP, PAS > 180 OU PAD > 120	
10	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	U
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C

F. S. O. Cloro

with document
del osun jeh

M



19/03/19 Pact. incluindo bem, conceito, emitido em
pós-quadro-tudo, mantem sobre curacao,
com zero vazio, segue sem quiza, recuso a
medicacao (Promp) relatar parou mal e galea tras
Nathi da, PA 120/80

12 2016 NA = 700 x 10 mm v
23 Chute suado sem que o
14 momento em unido de alogem

12/03/2021
SUELIO MOREIRA TORRES





GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

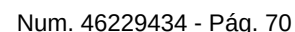
EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Daniela Pereira dos Santos			NEURO	2	7
Data	Hora		Data	Hora	
12/03	8:30	Paciente segue EGB, a.a.a, eup- nética, hipocorada, consciente, coop- erativa, sensibilidade preservada, equilíbrio preservado, pós cirurgia de a quatro dias; MU@ S/LA, CD: Sedotação; Exercício de MMSS associados à padrões respiratórios; deambulação.			
12/03	14:30	Paciente segue em EGB, consciente, eupnética, hipocorada, a.a.a. FM, bimotricidade, mobilidade global preservada. MU@ em AMT com R.A. CD: Sedotação; treino de sentar e quadril, treino de marcha, treino de equilíbrio.			

MOD. 012



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



13/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 13/03/2019

Hora: 10:02:45

Médico(a) Diarista : Amauri Pereira Da Silva Filho

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

7.2
//

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: *Donato dos Santos* Idade: 02019

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clínica: NEUROBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: TRM C1

DIA 13/03/2019

MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto / MÉDICO(A): Amauri Pereira Da Silva Filho /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO. 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 4D/6D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>18 06</i>
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1 FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	<i>12 24</i>
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1 FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>06</i>
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO	<i>SW</i>
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1 AMPOLA. 1 AMP + AD.EV. 8/8H	<i>(14) (24) (06)</i>
9	CLONIDINA 0,150 MG V.O. 1 COMP. PAS > 180 OU PAD > 120	<i>SW</i>
10	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	<i>SW</i>
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>SW</i>

*Po. Fixado**Funkel*Dr. Amauri P. S. Filho
Neurologia e Neurocirurgia
CRM-PB 5273

14.03.19

*Po. Fixado**bo: Seca**1st bem e chd**ch*Dr. Amauri P. S. Filho
Neurologia e Neurocirurgia
CRM-PB 5273

http://projetohtcg/EnviarPrescri.php?datasai=2019-03-13&contar=1845717

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/07/2021 14:04:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072614042927300000043921941

Número do documento: 21072614042927300000043921941

Num. 46229434 - Pág. 71

13 7.4015 - Peti. concorrente, orientada, isentada, suprema, acita
14 1015 - Peti. concorrente f. o. Impa e sua região
15 1015 - Peti. concorrente, em uso, de alta, servicial, admini-
16 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
17 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
18 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
19 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as

20 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
21 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
22 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
23 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
24 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
25 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
26 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
27 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
28 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
29 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as
30 1015 - Peti. concorrente, realizada, autotivo. Segue as

33 03 19 PA - 100x80 Segue observações de
engenharia. J.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Daniela da Silva Registro: Leito: 7-2 Setor Atual: Neuro

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmHz0

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

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

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

Tosse: (☒) Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA Registro: Leito: 7-3 Setor Atual: NEURO

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Daniela dos Santos Pereira Registro: Leito: 3-2 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Daniela dos Santos P Registro: Leito: 2-2 Setor Atual: Neuro

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % Umin () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



NOME				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE		ENFERMARIA	LEITO:	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes	
H. D.		ADMISSÃO	HORA	FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	

PROCEDÊNCIA:		DRENO: ☐ Pleural ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito	
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRPA ☐ Choque ☐ L. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM		Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente	
☐ Hemorragia ☐ Outros:		☐ Edema, Regiões: ☐ Capilares	
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
HDA:		CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2	
		☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP	
		☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação	
		☐ Ortoestatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial	
		☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação	
		Outros:	
		Observações:	
SV: FC bpm FR lpm PA: SpO2 % T °C			
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow			
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal Trefismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal			
Reflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☐ Normal Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			
Bloqueios Articulares (Regiões)			
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR			
☐ Eupneico ☐ Sem alterações			
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI ☐ VMI			
O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi %			
☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min			
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Turgens supraclaviculares ☐ Turgens intercostais ☐ Turgens subcostais			
☐ Uso de musc. acessórios Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ____ /4+			
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim		DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:	
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial			
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica			
Ausculta Pulmonar: Rato X Tórax:			
TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz			
SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande			
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta			
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha			



NOME				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE		ENFERMARIA		LEITO:	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes
H. D.		ADMISSÃO		HORA	

PROCEDÊNCIA:		DRENO: ☐ Pleural ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito	
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Cheque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM		Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente	
☐ Hemorragia ☐ Outros:		☐ Edema. Regiões: ☐ Cefálicas	
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
HDA:		CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2	
		☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP	
		☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação	
		☐ Ortostese ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial	
		☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação	
		Outros:	
		Observações:	
SV: FC ☐ FR ☐ PA: ☐ SpO2 ☐ T ☐			
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow			
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal Trofismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal			
Reflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☐ Normal Força Muscular (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			
Bloqueios Articulares (Regiões)			
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR			
☐ Eupneico ☐ Sem alterações			
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI ☐ VMI			
O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi %			
☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ☐ l/min			
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais			
☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ☐ 4+			
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim		DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:	
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial			
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica			
Ausculta Pulmonar: ☐ Rolo X Torax:			
TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz			
SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande			
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucoide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta			
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha			





CÓDIGO DE CONTROLE
EB57.DA6E.733A.12C1

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:05:42 do dia 23/09/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
107.387.594-65

Nome
DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Nascimento
14/10/1993

COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.866.951 DATA DE EXPIRAÇÃO 16/06/2010

NOME DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

FILIAÇÃO ANTONIO DA SILVA PEREIRA
JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

PICUI-PB 14/10/1993

DOC. QUEM NASC.N.16669 FLS.02SV LIV.A-18

CPT CARTORIO PICUI-PB.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

LEI Nº 7.116 DE 2008

CARTÃO DE IDENTIDADE

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0319947/19

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 107.387.594-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/03/2019

Titular do CPF: DANIELA DOS SANTOS
PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DANIELA DOS SANTOS PEREIRA : 107.387.594-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA
CPF: 107.387.594-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Patrícia Aleixo Silva





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA
Data do Acidente: 04.03.2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 107.387.594-65

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptos médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): DANIELA DOS SANTOS PEREIRA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 107.387.594-65
E-mail: danielasantos9999@gmail.com Tel: (83) 99634-2493
Data: 03.09.2019 Assinatura: Daniela dos Santos Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do ponto): Atendimento PD
Atendente: Suelio Dams Matrícula: 849214128
Data: 03.09.2019 Assinatura: Suelio Dams



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533556 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA C1 COLUNA CERVICAL. PG30,40

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO SEGMENTO C1 COLUNA CERVICAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO C1 COLUNA CERVICAL.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319947/19

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 107.387.594-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/03/2019

Titular do CPF: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DANIELA DOS SANTOS PEREIRA : 107.387.594-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA
CPF: 107.387.594-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Patricia Aleixo Silva





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PICUI/PB

Processo n.º 08006481820208150271

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreeve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DANIELA DOS SANTOS PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexa de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexa de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**¹.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente o nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo².

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PICUI, 22 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

¹SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

²APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/07/2021 14:04:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072614043071600000043921942>
Número do documento: 21072614043071600000043921942