SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 8/10/2019	**HORA:** 16:11 HRS	**ID Nº:**	080094
NOME:	YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES		
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL:	AV: ALMEIDA BARRETO - ESTAÇÃO VELHA		
COMPLEMENTO:			
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO			
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma			

Campina Grande, 14 de novembro de 2019.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

GOVERNO DA PARAÍBA SEGUE *o trabalho*

CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins de direito que a paciente atendida no dia 08 de outubro de 2019 (Atendimento n°. 2010638), pelas 17h03m, foi **YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade n°. 36344401 SSP/PB, inscrito no CPF sob o n°. 094.400.964-62, filho de Aluisio Wagner de Menezes Alves e Kelva Syimara Tarradt de Souza, natural de Campina Grande/PB, residente n rua São Pedro, N° 1250, Quadra 15, Lote 02, Apt 201, Bairro: Santa Rosa, Campina Grande - PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se YURI MATHEUS TARRARIGUIE DE MEDEIROS , leia-se **YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES**.

Certificamos, ainda, que a paciente apresentou Cédula de Identidade e CPF original onde consta o nome correto da mesma.

Campina Grande/PB, 16 de dezembro de 2019.

RODRIGO ARAÚJO CELINO
Chefe do Núcleo de Auditoria do HETDLGF
Mat.: 157.816-2 – OAB/PB 12.139

Hospital de Emergência e Trauma
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Pedro Mário Freitas A. Fernandes
Mat. 210.411-3 OAB/PB 22.160 - Advogado

PEDRO MÁRIO FREITAS ALVES FERNANDES
Asessor Jurídico do Núcleo de Auditoria do HETDLGF
Mat.: 210.411-3 – OAB/PB 22.160

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2010638 **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: 08/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : acolhimento

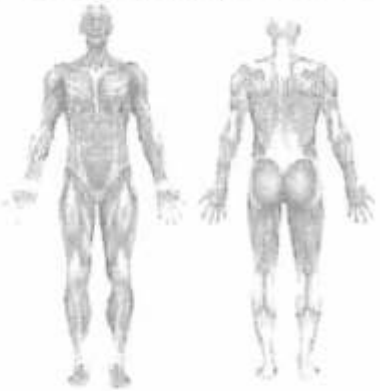
PACIENTE: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS
Endereço:SAO PEDRO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA
Responsável: MAE
Estado Civil:União Estável
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

CEP:58400002 Nascimento:08/05/1995
Sexo:M Telefone:
Idade:024 Bairro:SANTA ROSA
RG: Nº:1250
CPF: Profissão:REPOSITOR
Data de Atend:08/10/2019 CNS:08051995
CONVÊNIO:SUS
Hora: 17:03:35

OBS FICHA:

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. Enfisêma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____% **Grau** ( ) 1° Grau ( ) 2° Grau ( ) 3° Grau
DIGNOSTICO / CID:

Pol trauma Dr Diógenes Ramos 08/10/19

EXAME PRIMÁRIO - DADOS VITAIS

cirurgia

Paciente traz em Rolo SAMU vítima de colisão moto-carro há 1 hora (SIC). Nega náusea, vômito e desmaio. Estava em uso de capacete. Relato muita dor em MED. A: colar cervical B: respirando em ar ambiente C: hemodinamicamente estável D: Glasgow 15 E: escoriações leves em membros, dor em MED e lesão em face

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO AC: BNRNAH S/R
ACV: FCR em 2t BNF S/S
ABD: Plano, depressível, indolor à palpação

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

Glasgow _____ **PA** _____ **HGT:** _____ **Sat02** _____

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia: _____
( )Gasometria arterial ( )Radiografias: _____
( )Tomografia Computadorizada ( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: ortopedia / _____ **às** ____:____ **Dia** ___/___/___
Especialista: _____ / _____ **às** ____:____ **Dia** ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipirona 1g + AD, EV	
2	Tenoxicam 40mg amp + AD, EV	05:30
3	ALTA da cirurgia geral.	
4		
5		
6		

Genesino Célio de Carvalho
Cirurgião Geral
CRM: 4475

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Tiago de Carvalho
CRM PB 8333

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia 18:50
RCT com Trauma contuso
e coxa D
R: Fratura diafisária
do Fêmur D
CD - Internado
pela ortopedia
após alta da
cirurgia
geral.

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

( )Centro cirúrgico _____

( )Internação (setor) _____

( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

( )Alta hospitalar / ( )A revelia
( )Decisão Médica

( )Óbito

Ass. do paciente ou resposável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

GOVERNO DA PARAÍBA

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: 08/10/2019
Data: 08/10/2019
Paciente: **YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS** **Idade: 024** **Nº ATEND: 2010638**

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 08/10/2019 HORA : 17:16:21

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

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

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

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

ALERGIAS :
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA
( ) PRURIDO ( ) DISPNÉIA ( ) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBILOS ( ) TOSSE

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA DO ENFERMEIRO/COREN

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Data da Internação: 08/10/2019 Hora: 18:49:46

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS — 6 - PRONTUÁRIO: 2010720

7 - CARTÃO DO SUS: — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 08/05/1995 — 9 - SEXO: Masc. ☒ Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: KELYN SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA — 11 - TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 3

12 - ENDEREÇO, Nº, BAIRRO: SÃO PEDRO , 1250 , SANTA ROSA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Colombo Grande — 14 - IBGE: 250400 — 15 - UF: PR — 16 - CEP: 86400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E DADOS CLÍNICOS:

Alta — Trauma cranio e coluna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TCE

19 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO (INFORMAÇÃO DE EXAMES REALIZADOS):

Alta

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL — 21 - CID 10 PRINCIPAL — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO — 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência — 28 - DOCUMENTO: 29 - CPF — 30 - CGC — 29 - NÚMERO DO CNPJ/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 96001627821B009

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOÃO PAULO OLIVEIRA NUNES — 31 - DATA: 08/10/2019 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DEGERMO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DO ÓRGÃO EMISSOR: E S — 37 - CPF DO EMISSOR — 38 - ALERTA

39 - CNPJ DA EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - ÓRGÃO EMISSOR — 45 - NÚMERO DO CNES DO HOSPITAL AUTORIZADO

46 - CPF/CNPJ — 47 - NÚMERO DO CNPJ/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: E

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

50 - NÚMERO DO CNES DO HOSPITAL EXECUTANTE

C C

Data da Internação: 08/10/2019 Hora: 18:49:46

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 2010720

7 - CARTÃO DO SUS: — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 08/05/1995 — 9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA — 11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SÃO PEDRO , 1250 , SANTA ROSA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande — 14 - CÓDIGO IBGE: 250400 — 15 - UF: PB — 16 - CEP: 58400893

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Acto - [illegible] Condesa

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

[illegible] 152

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS OU EXAMES REALIZADOS:

[illegible]

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: — 21 - CID 10 PRINCIPAL: — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: — 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: — 28 - DOCUMENTO: (X) CRM ( ) CPF — 29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 9800162782180009

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOÃO PAULO OLIVEIRA NUNES — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/10/2019 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: — 37 - Nº DO BILHETE: — 38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA: — 40 - CNAE DA EMPRESA: — 41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: — 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNES ( ) CPF — 46 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

c c

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Yuri Matheus Tamarozque de Medeiros Idade: 24
Convênio: Data: 13/10/2019
Procedimento: Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise de fêmur direito

Cirurgião: Dr. Amaro Auxiliar: Dr. Jorge Dr. Silva Anestesista: Dr. Alyson

Início: 14:20 Término: 16:00 Anestesia Raqui + sedação

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
16:16	120x74	80bpm	97%		- IIIIII	Sonolente
16:35	112x71	76bpm	98%	Anne Karine de A. Almeida Enfermeira COREN-PB 303.727	+	consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações: 16:45
MRS SBPA

Assinatura Anestesista Circulante

Relatório de Operação

MOD. 153

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

08847

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE: CAMPINA GRANDE — TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE: YURI MATHEUS TAVARIQUE DE MEDEIROS

Nº DO PRONTUÁRIO: 2210638 — Nº AT. H — COD. PROCEDIMENTO — CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO: TRAT. CIRUR. DE FRAT. DIAFISÁRIA DE FÊMUR (DIR)

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PLACA DCP LARGA 4,5 DE 11F		01	
PARAF. CORTICAIS 4,5 x 30		01	
" " 4,5 x 32		07	

DATA DA UTILIZAÇÃO: 15-10-2019 — DATA DA COMUNICAÇÃO: — MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM: DR. ALVARO + DR. EULLER + DR. WAGNER LUIZ + DRª ANA MARIA

OBSERVAÇÕES:

CX 45 G. FRAG. Nº 82
CX DE PARAF. 4,5 Nº 77

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Sala 04
Clínica: Limpa

18/10/19

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Yaure Matheus Tarrarique de Medeiros IDADE: 14 anos PRONTUÁRIO: 210638

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ENTRADA

☐ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

OK

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

OK

☐ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?
NÃO
SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
NÃO
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
NÃO
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

ANTES DA INCISÃO ►►►►►►►►►►

PAUSA CIRÚRGICA

☐ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

OK

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS? ± 1h.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? não

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) OK
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? não

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
SIM
NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
SIM
NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO OK

☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM OK

☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE não houve

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO não

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE Sim

Validação CC.S. Trauma
TEC. ENFERMAGEM
COREN-PB

Assinatura

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Yuri Matheus [illegible] de Medeiros DN: 08/05/95

CI: | LEITO: | CONVÊNIO: SUS | IDADE: 24 anos | REGISTRO: 201 0638

CIRURGIA: 1º [illegible] de fratura de fêmur direito

CIRURGIÃO: Dr. Amaro, Dra. Ana e Dr. Euler

ANESTESIA: Raqui + Sedação

ANESTESISTA: Dr. Alyson

INSTRUMENTADORA: Ramon | DATA: 18/10/19 | INÍCIO: 14:20 | FIM: 16:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp.
	Atropina amp.
	Diazepam amp
01	Dimorf amp. C/ [illegible]
	Dolantina amp.
15 [illegible]	[illegible]
	Flumazenil amp.
[illegible]	Fentanil ml
	[illegible] ml
	Ketalar ml
01	Marcaína % ml
	Nubain amp
[illegible]	~~Pancurônio~~ H/E
	Prostigmine amp
	Protóxido
	Quelicin ml
	Rapifen amp.
	Thiopental ml
	[illegible] amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
	Água Destilada amp
10 mg	Decadron amp
2 g	Dipirona amp.
[illegible]	~~[illegible] amp~~ [illegible]
	Flebocortid amp.
	Garamicina amp
[illegible]	~~[illegible] amp~~ [illegible]
	Gluconato de Cálcio amp
8 [illegible]	~~[illegible]~~ [illegible]
	[illegible] ml
	Kanakion amp.
	Lasix amp
	Metronidazol
	Plasil amp.
	[illegible]
	Revivan amp.
	[illegible] amp.
	[illegible]
2 g	Cefazolina

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
	Agulha desc. 25 x 7
	Agulha desc. 25 x 12
	Agulha desc. 13 x 4,5
01	Agulha p/ raque nº 25
015	Álcool de Enfermagem
	Álcool iodado ml
03	Ataduras de Crepom 15 cm
	Ataduras de Gessada
	[illegible] amp.
	Benzina ml

Qtd.	
01	Bolsa Colostomia
	Catet. p/ Oxig.
	Catet. De [illegible] S/L Foch
	Compressa Grande
	Compressa Pequena
	Coletores
	Dreno
	Dreno Kehr nº
	Dreno Penrose nº
	Dreno Pezzer nº
	Equipo de Microgotas
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Sangue
	Equipo de PVC
05	Esparadrapo Largo cm
	Esparadrapo
015	Gaze Pacote c/ 10 unidades
	H₂O₂ ml
	Intracath Adulto
	Intracath Infantil
02	Lâmina de Bisturi nº 23
	Lâmina de Bisturi nº 11
	Lâmina de Bisturi nº 15
	Luvas 7.0
	Luvas 7.5
	Luvas 8.0
05	~~Luvas~~ proc. Cir.
01	Oxigênio l/m
	Polifix
	PVPI Degermante ml
	PVPI Tópico ml
05	Sabão Antisséptico Degermante
01	Saco coletor [illegible]
01	Seringa desc. 10 ml
	Seringa desc. 20 ml
01	Seringa desc. 05 ml
	Sonda
	Sonda Folley
	Sonda Nasogástrica
	Sonda Uretral nº
	[illegible] ml
	Torneirinha
	Vaselina ml
	Gelcon 18
	Extensor
05	[illegible]
01	[illegible]
05	[illegible]

Qtd.	FIOS	CODIGO
	Catgut cromado Serlix	
	Catgut cromado Serlix	
	Catgut cromado Serlix	
	Catgut Simples	
	Catgut Simples Serlix	
	Catgut Simples Serlix	
	Catgut Simples Serlix	
	Cera p/ osso	
	[illegible]	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Fio de Algodão Serlix	
	Fio de Algodão Serlix	
	Fio de Algodão Sutupak	
	Fio de Algodão Sutupak	
	Fio cardíaco	
06	Mononylon	(2.0)
	Mononylon	
	Prolene Serlix	
	Prolene Serlix	
	Prolene Serlix	
	Prolene Serlix	
02	Vicryl Serlix	(1.0)
	Vicryl Serlix	
	Vicryl Serlix	

Qtd.	SOROS
	SF Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertônico fr 500 ml
	SG Ringer fr 500 ml
	SG 5% 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	TM [illegible]
01	Placa DCP Larga 4,5 [illegible]
08	Parafusos [illegible] 4,5 [illegible]
	[illegible]

EQUIPAMENTOS

- (✓) Oxímetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- (✓) Foco [illegible]
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- (✓) Eletrocautério
- ( ) Oxicapnógrafo
- (✓) Cardiomonitor
- (✓) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Valdineide de S. L. [illegible]
TÉC. EM ENFERMAGEM
COREN-PB [illegible]

NCD 022

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOUTOR ELIAS GUIMARÃES FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0001-52
Av. Prof. Heráclito Rosário, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB Data: 18/10/2019
Telefone: (83) 2101-5700 / 2101-5701

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 163254 DATA DA CIRURGIA: 18/10/2019

Número do Atendimento: 2010720 Clínica: ORTOPEDIA 2 - Enf: 3 - Leito: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS

Data da Internação: 08/10/2019

Atendimento:2010720

Diagnostico Pré-Operatório:FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório: O mesmo

Cirurgia:OSTEOSSINTESE **Data da Cirurgia:18/10/2019**

Equipe:
Cirurgião:AMARO JORGE PINTO NETO
Aux 1:EULER FABRICIO ALVES CRUZ
Aux 2:WAGNER LUIZ E DE ARAUJO
Aux 3:ANA MARIA DA SILVA ANSELMO
Instrumentador:RAMON
Anestesista:ALISSON BARROS
Tipo de anestesia:RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:NÃO.

Acidente Durante Operação:NÃO.

Descrição da Operação:
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA DIREITA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSSÍNTESE COM PLACA DCP 4,5MM DE 11 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS;
6. APOSIÇÃO DE DRENO DE SUCÇÃO;
7. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 18/10/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUDGG — HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | PROTOCOLO 210638

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: [illegible] | IDADE: 24 | SEXO: M | COR: Pardo

DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
19/10/19	/					

GRUPO SANGUÍNEO	HEMATIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	LEUCÓCITOS	LAUDO	OUTROS
	GRUPO					

AR RESPIRATÓRIO: NRM | VIA: Nega | PROTOCOLO: Nega

AP CIRCULATÓRIO: NRM | ESTADO ANTERIOR: PG

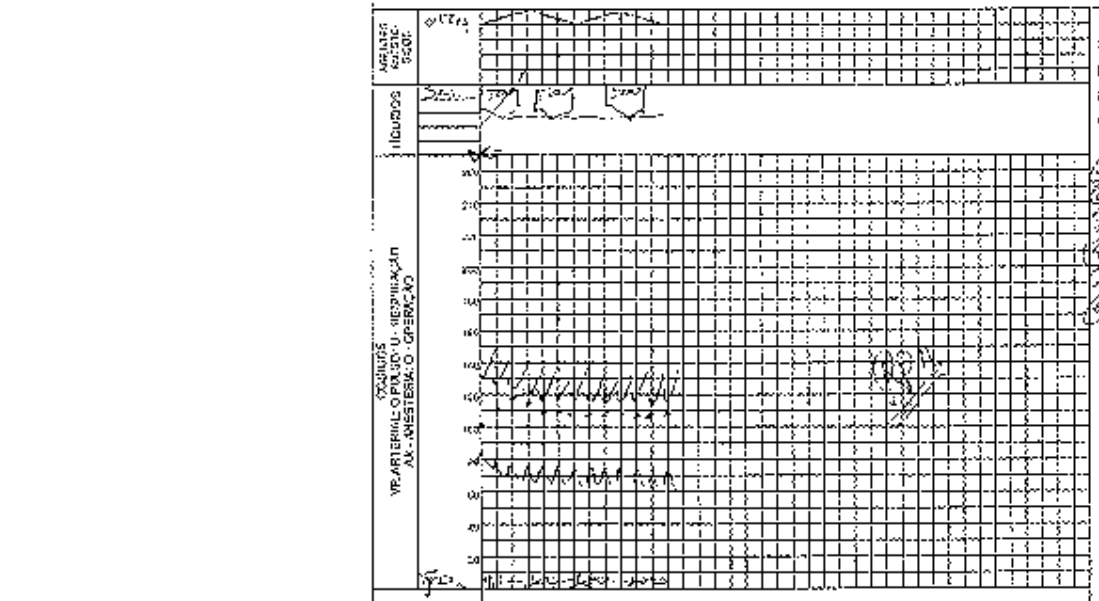
AR DIGESTIVO: Jejum (10) | DENTES: (Ok) | PESCOÇO: (Ok) | AP URINÁRIO: NRM

ESTADO MENTAL: Consciente | ALERGIAS: 0 | CONTRATURAS: 0 | ALERGIA: Nega | PADIERCINGS: 0

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de bacia (0) | ESTADO FÍSICO: ASA II | RISCO:

ANESTESIA ANTERIOR: (S/N)

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: 0 | HORÁRIO: — | EFEITO:



SÍNTESE E ANOTAÇÕES: (U)

POSIÇÃO: (U)

ACESSOS: [illegible]

TÉCNICA: Raquianestesia + sedação | CÂNULAS:

DIAGNÓSTICO: Fratura de bacia (0)

CIRURGIÕES: Dr. [illegible] / Dr. [illegible] / Dr. [illegible] / Dr. Vagner

ANESTESISTAS: Dr. [illegible]

OBSERVAÇÕES: —

ANOTAR, NO VERSO, AS CONDIÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA:

FICHA DE ANESTESIA - ANPE

VIA SA

RELAÇÃO

Satisf.: ____ Exc.: ____ Tem.: ____

Laringo estridor: ____ Laring.: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

DANOS DENTÁRIOS

Dente nº 23 [illegible]

Dente nº 24 [illegible]

Dente nº 25 [illegible]

Dente nº 26 [illegible]

Dente nº 27 [illegible]

Dente nº 28 [illegible]

ANESTESIA SATISF.: Sim ✓ Não ____

Não, por quê? ____

DESPERTAR

Reflexos de SC: ____

Obeb.: ____ Co.: ____ Esq.: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

Com cânula:

Para o leito: Sim ____ Não ✓

CONDIÇÕES:

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria
Yuri Matheus Torrezigue de Medeiros			Ortopedia II		2	3
Data	**Hora**		**Data**	**Hora**		
10.10.19	tarde	Paciente em ECR, em VEc e a, consciente e colaborativo, eupneico. Apresenta fx 6º meta D, com fixação externa e alinhado. Conduta - exercícios ativos em dedos de pé D e MIE, orientações gerais. Yuri Costa e Silva FISIOTERAPEUTA CREFITO: 25518-F - 1ª Região	14.10.19	tarde	Paciente mantém quadro clínico - Conduta - exercícios ativos em MIE e tornozelo e pé D, orientações gerais. Yuri Costa e Silva FISIOTERAPEUTA CREFITO: 25518-F - 1ª Região	
			15.10.19	manhã	Paciente mantém quadro clínico. Conduta - exercícios ativos em MIE e tornozelo e pé D, orientações gerais. Yuri Costa e Silva FISIOTERAPEUTA CREFITO: 25518-F - 1ª Região	
11/10	T	Pac. em ECR, cooperativo, eupneico, normocorado, acc. VEc na AA, SOR, Trocas em MID. DF: MVU sem RAA, SIRA. CF: ERP, mob. TNZ D, Cinesio ativa MIE, OK gerais. Andreza L. F. Barbosa FISIOTERAPEUTA CREFITO - 77298-F				
12/10	M	Paciente em ECR, mantendo quadro clínico do atendimento anterior, SOR. DF: MVU sem RAA, SIRA. CF: ERP, mob. TNZ D, Cinesio ativa MIE, OK gerais. Andreza L. F. Barbosa FISIOTERAPEUTA CREFITO - 77298-F				

MOD. 012

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Yuri Matheus Idade: 24a Sexo M Enf/Leito 3 - 2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: __ Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: fr. [illegible]

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.:_____

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

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

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CACQUÉTICO ( ) OBESO DENTIÇÃO: ( ) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: (X) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ local: _____

localização anatômica da ferida: Curativo em: ___/___/_____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE (X) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: (X) PRESERVADO ( ) INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (ºC)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO (ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
14:40	110/70	36,2	83								SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Rio, 12/16

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	( )DESIDRATAÇÃO ( ) HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	( )ABDOME DISTENDI ( ) ANOREXIA ( )DOR AO EVACUAR ( ) DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( )INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUIMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( )ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( )OUTRO	( )AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( )TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FISICA PREJUDICADA	( ) ANSIEDADE ( )DESCONFORTO ( ) RIGIDEZ ARTICULAR (X)PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	(X)DIFICULDADE PARA VIRAR-SE ( ) MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	(X)AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X)PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( )OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL ( ) AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA ( ) OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		( )OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO ( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		( )AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X)EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR (X) AVALIAR CARACTERISTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR (X)AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS ( )ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		(X) CONTROLE DA DOR(MELHORADA OU AUSENTE)
( )APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS ( )INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUIDOS ( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS ( )MOBILIDADE FISICA MELHORADA
(X)OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS (X)REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		(X)DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ULTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( )NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? (X)SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( )DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? (X) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Yuri Matheus **Idade:** 29 **Sexo** M **Enf/Leito** 3 - 2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) **Motivo:** Alergias ( ) **Qual?** **Doença** ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: ___ Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fx de diáfise femur

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR **OBS.:**_____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO (X) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA **OBS.:**_____

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

EDEMA: ( ) LOCAL **OBS:** _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NORMO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO **DENTIÇÃO:** (X) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: (X) VO ( ) SVG ( ) SNE ( ) OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: (X) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida; **Curativo em:** 16/10/19

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL ( ) INDEPENDENTE (X) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA **HIGIENE BUCAL:** (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS **SONO / REPOUSO:** (X) PRESERVADO (X) INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO ( ) OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: ___ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (ºc)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
11:00	90/60	35,4	83	---	---	---	---	-	-	[illegible]	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	( )DESIDRATAÇÃO ( ) HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IREGULARES	( )ABDOME DISTENDI ( ) ANOREXIA ( )DOR AO EVACUAR ( ) DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR (X) OUTRO	(X)INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUIMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( )ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( )OUTRO	( )AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( )TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FISICA PREJUDICADA	( ) ANSIEDADE ( )DESCONFORTO ( ) RIGIDEZ ARTICULAR ( ) PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	( )DIFICULDADE PARA VIRAR-SE ( ) MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	( )AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( )PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( )OUTRO	
OUTRO	Insônia	Relato verbal

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL ( ) AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA ( ) OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		( )OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO (X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	diário	(X)AUXÍLIO DIARIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( )EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR ( ) AVALIAR CARACTERISTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR ( )AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS ( )ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		( ) CONTROLE DA DOR(MELHORADA OU AUSENTE)
( )APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS ( )INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUIDOS ( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMINTAÇÃO NO LEITO		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS ( )MOBILIDADE FISICA MELHORADA
(X)OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS (X)REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		(X)DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO MCFM / Manter ambiente tranquilo		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ULTIMOS 3 MESES? [ ] SIM [X] NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? [ ] SIM [X] NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? [ ] SIM [X] NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? [X] SIM [ ] NÃO ESTADO MENTAL? [ ] AGITADO [ ]DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? [X] SIM [ ] NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Erika de Sousa Miranda
COREN-PB 102634 ENF

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: [illegible] Idade: Sexo **Enf/Leito** 3-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) **Motivo:** Alergias ( ) Qual? **Doença** ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: ___ **Medicações em uso:**

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDIVO:_____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (✓) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( )TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.:_____

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

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

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO ( )EMAGRECIDO ( )CAQUÉTICO ( ) OBESO **DENTIÇÃO:** ( ) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

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

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

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (✓) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( )INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS:_____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (✓) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida, Curativo em:___/___/_____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE (✓) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (✓)SATISFATÓRIA ( )INSATISFATÓRIA **HIGIENE BUCAL:** (✓) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (✓) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS **SONO / REPOUSO:** ( ) PRESERVADO (✓) INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (✓) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (✓) COOPERATIVO ( ) OUTROS:_____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

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

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Joelma Torquato de Lira
COREN-PB 236624-ENF

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( )OBESIDADE ( ) OUTRO	( )ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDAE RESPIRATÓRIA ( )DISPNÉIA ( )BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNIPÉIA ( )OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR (-) OUTRO	( )INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO (-) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUIMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( )ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( )OUTRO	( )AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( )TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( )EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FISICA ( ) OUTRO	( )DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( )OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
[illegible] BRIO ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	( )AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (-)PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( )OUTRO	
OUTRO		

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ULTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( )NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ( )SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( )DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSEERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

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

1. IDENTIFICAÇÃO Kury Matheus

Nome: **Idade:** 44 anos **Sexo** **Enf/Leito** 3-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) **Motivo:** Alergias ( ) **Qual?** **Doença** ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: ___ **Medicações em uso:**

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDIVO: Evolução de Diálise de fístula

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

- **REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:** (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

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

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

- **RESPIRAÇÃO:** (X) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.: _____

- **SEGURANÇA FÍSICA:** TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: _____
- **REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR:** PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: _____ Acesso: AVP MSE

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: _____

- **ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)**

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO **DENTIÇÃO:** ( ) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

- **ALIMENTAÇÃO:** (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS:
- **ELIMINAÇÃO INTESTINAL:** ( ) NORMAL (X) ALTERADO ( ) OUTROS: _____
- **ELIMINAÇÃO URINÁRIA:** (X) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: (X) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ local: _____

localização anatômica da ferida; Curativo em: ___/___/_____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

- **CUIDADO CORPORAL:** ( ) INDEPENDENTE (X) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE
- **HIGIENE CORPORAL:** (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA **HIGIENE BUCAL:** ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA
- **LIMITAÇÃO FÍSICA:** (X) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS - **SONO / REPOUSO:** ( ) PRESERVADO (X) INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

- **COMUNICAÇÃO:** (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (ºC)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)%	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO (ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
16:10	110x60	36,4	85	20				0			SOG/SNG/SNE	
											SVP	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Paciente lúcido, eupneico, orientado em tempo e espaço, mantendo-se normotenso, normocárdico, eupneico, O2 ambiente, boa aceitação por V.O, diminuído

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: Vesícula preservada, constipado a 1 dia, insônia (SIC). AVP em MSE. Realizado os cuidados de enfermagem, seguindo os cuidados de equipe.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( )OBESIDADE ( ) OUTRO	( )ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDAE RESPIRATÓRIA ( )DISPNÉIA ( )BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNÉIA ( )OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( )INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUIMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( )ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( )OUTRO	( )AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( )TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( )EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FISICA ( ) OUTRO	( )DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( )OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILIBRIO ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	( )AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( )PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( )OUTRO	
OUTRO		

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ULTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( )NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? (X) SIM ( ) NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ( )SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( )DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM (X) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Enfermeira Débora S. Alves
COREN-DF 488.178

Renally Lucena Leite
Ac de enfermagem Unifacisa
Mat. 1822010029

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Kiel Matéus Idade: 24 Sexo M Enf/Leito 3 - 2

2. HISTÓRIA PREGRESSA Fratura de fêmur

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença [ ] HAS [ ] DM

[ ] Tabagista ( ) Etilista [ ] Neoplasia [ ] Drogas ( ) Outros: ___ Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDIVO:_____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( )TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.:_____

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: AVP MSE

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (Y) NUTRIDO ( )EMAGRECIDO ( )CAQUÉTICO ( ) OBESO DENTIÇÃO: ( ) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL (X) ALTERADO ( ) OUTROS: Constipado há 4 dias.

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( )INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS:_____

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (Y) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: (Y) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida; Curativo em:____/____/_____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE (X) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X)SATISFATÓRIA ( )INSATISFATORIA HIGIENE BUCAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: ( ) PRESERVADO ( ) INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (Y) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS:_____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (ºC)	FC/P (bpm)	SPO2 (%) FiO2	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
16:10	110x70	37,1	70	20				6/10			SOG/SNG/SNE	
											SVE	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Pct evoluí clinicamente estável, consciente e orientado em tempo e espaço, normotenso, normotérmico, normocardíco, eupneico, O2 ambiente, boa aceitação vo, eliminações vesical preservada, constipado há 4 dias (SIC). Restrito ao leito, AVP MSE, dieta interrompida. Realizado cuidados de enfermagem, siguir rotina os cuidados da equipe.

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( )OBESIDADE ( ) OUTRO	( )ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDAE RESPIRATÓRIA ( )DISPNÉIA ( )RASTIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNÉIA ( )OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( )INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUIMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( )ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( )OUTRO	( )AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( )TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( )EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FISICA ( ) OUTRO	( )DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( )OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCE DA PELE
[illegible] BAIXO ELETROLITICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	( )AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( )PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( )OUTRO	
OUTRO		

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ULTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( )NÃO **AJUDA PARA CAMINHAR?** (X) SIM ( ) NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ( )SIM ( ) NÃO **ESTADO MENTAL?** ( ) AGITADO ( )DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? **RISCO DE QUEDA?** ( ) SIM (X) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO: Ac de enfermagem

Michelle Duarte Barbosa

Mat: 3422010032

Francisco Tiago [illegible] Alves
ENFERMEIRO
COFEN [illegible] 178

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Yuri Matheus Marzatto

IDADE: 24 anos SEXO: Masc. ENF/LEITO: 8.3 DATA: 04/10/19

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Não Doenca ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: __ Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNOSTICO MÉDICO: Fratura de Fêmur

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.: _____

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR. PULSO: (X) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: _____

EDEMA. (X) LOCAL OBS: Foco

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NORMOLÍNEO ( ) EMAGRECIDO ( ) CACHEÚTICO ( ) OBESO DENTIÇÃO: (X) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL (X) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA (X) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: (X) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: _____

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

localização topográfica da ferida: Curativo em: ___/___/___

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE (X) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS SONO / REPOUSO: ( ) PRESERVADO (X) INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO ( ) OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: Não Tem (X) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (Da10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVP	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE (X) DOR ( ) FADIGA ( )OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) ALTERAÇÕES DE ADEJAMENTO E DISTENSÃO (X) OUTRO
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE ALCANÇAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	(X) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA (X) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO (X) TRAUMA ( )OUTRO	(X) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) ANSIEDADE ( )DESCONFORTO ( ) RIGIDEZ ARTICULAR ( ) PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	( ) DIFICULDADE PARA VIRAR-SE ( ) MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	( )AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( )OUTRO	CVP.
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
(X) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% ( )OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA	S/N	(X) MELHORA PERFUSÃO TISSULAR ( )PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO (X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	Sempre	(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR (X) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR (X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS ( )ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	S/N	(X) CONTROLE DA DOR(MELHORADA OU AUSENTE)
( )APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS ( )INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS VALORES BIOLÓGICOS
( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO ( ) AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		( )MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
( )OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	Sempre	(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE):

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( )NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ( )SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( )DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Cássia Mirelle E. da Costa
COREN-RR 085022-ENF

PACIENTE:	**YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS**
DATA DO EXAME:	**08/10/2019**

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.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

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

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

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.

Dra Ina Rossana L. Amorim
CRM 4386

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

PACIENTE:	YURI MATHEUS TARRARIGUE DE SOUZA
DATA DO EXAME:	12/10/2019

ULTRASSONOGRAFIA DO CONTEÚDO ESCROTAL

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com transdutor linear multifrequencial.

ANÁLISE:

Testículos tópicos, com forma, dimensões e contornos normais. Textura acústica homogênea. Não evidencio formações nodulares sólidas, císticas ou mistas em permeio ao parênquima testicular bilateralmente

Ausência de coleções líquidas na túnica vaginal bilateralmente.

Epididimos de aspecto ecográfico preservado, observando-se diminuto cisto simples na cauda do epididimo direito, medindo 0.3 cm.

Ausência de sinais de varicocelos ou hidrocele bilateralmente.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Estudo ecográfico dentro dos padrões da normalidade.

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

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Srta.:	YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS	Protocolo:	0000492329	RG:	NÃO INFORMADO
Dra.:	SEM IDENTIFICACAO MÉDICA	Data:	09-10-2019 11:19	Origem:	ÁREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	24 anos	Destino:	ÁREA AMARELA

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 08/10/2019 11:19]

	Resultados	
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos	3,9 milhões/mm³	
Hemoglobina	12,2 g/dL	
Hematócrito	35,5 %	
V.C.M.	91 fL	
H.C.M.	31 pg	
C.H.C.M.	34 g/dL	
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos	7.400 /mm³	
	(%) (/mm³)	
Neutrófilos		
Promielócitos	0 0	
Mielócitos	0 0	
Metamielócitos	0 0	
Bastonetes	2,0 148	
Segmentados	81,0 5.994	
Eosinófilos	1,0 74	
Basófilos	0 0	
Linfócitos		
Típicos	15,0 1.110	
Atípicos ou Reativos	0 0	
Monócitos	1,0 74	
CONTAGEM DE PLAQUETAS	154.000 mm³	

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RESISTIVIDADE + IMPEDÂNCIA + HIDRODINÂMICA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomedico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D4F3-4336-F8A6-9CE0-E339-DA9A-C2A7-05C4

Laboratório Newlab

PNCQ

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Srta.:	YURI MATHEUS TARRIARIGUE DE MEDEIROS	Protocolo:	0000492329	RG:	NÃO INFORMADO
Drtor:	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	09-10-2019 11:19	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	24 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 1'40''

TEMPO DE COAGULACAO ..... 7'00''

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

TEMPO DE PROTROMBINA.....13.9 segundos
ATIVIDADE DE PROTROMBINA, 87.6 %
TKR 1.13

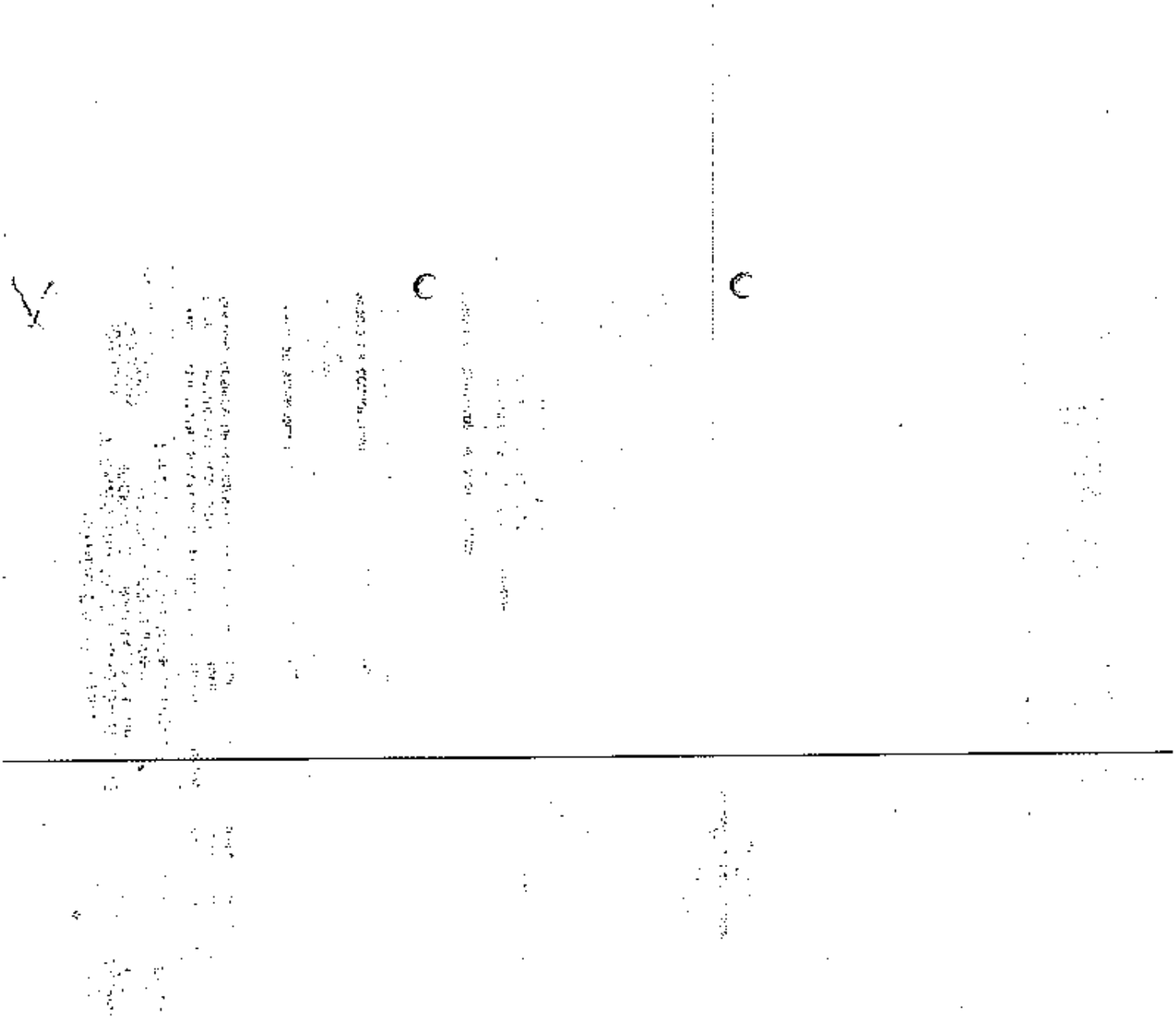
Resultados anteriores
Plasma Controle..... 12.5

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5032

Este laudo foi assinado digitalmente sob o numero: [illegible]

Laboratório Newlab

PNCQ



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM ULDERICO GONÇALVES FERNANDES CNPJ: 08.778.266/0036-32
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4705 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-600 Data: 20/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03 NOME : Julio Cesar Ribeiro De Castro

GOVERNO DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS

Data da Internação: 08/10/2019 Data da Alta:20/10/2019

Registro:2010720

Tempo de Permanência:-18178
Diagnóstico Inicial:0408050519

Diagnóstico Final:

Cirurgia:RAFI Data:18/10/2019

Equipe:
Cirurgião:AMARO JORGE PINTO NETO
Aux 1:
Aux 2:
Aux 3:
Aux 4:
Anestesista:
Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):PACIENTE ADMITIDO DEVIDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO

Orientações:ORIENTO NAO PISAR

Medicações para Casa::CIPROXLOXACINO + XARELTO + LOXONIN

Retorno no Ambulatório de :ORTOPEDIA em :04/11/2019 para retirada de pontos

Condições de Alta::Melhorado

Data20/10/2019 **Assinatura/Carimbo**
Julio Cesar Ribeiro De Castro

RESPONSÁVEL : Julio Cesar Ribeiro De Castro

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 19/10/2019
Horas: 11:19:52
Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2010720 **Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS** Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 11

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 19/10/2019
MÉDICO(a): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 12h/12h (D+1) Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	RETIRAR DRENO DE SUCCAO A TARDE	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
8	HEPARINA SODICA 5000 UI/0,25 ML SUBCUTANEA S.C. AMPOLA. 12h-12h	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA:19/10/2019 HORA:11:16:18

1º DPO

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS,

DIURESE +
EVACUAÇÕES +
FO LIMPA E SECA
DRENO SUCÇÃO OK

CD: VPM
RETIRAR DRENO SUCÇÃO

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

8h
lA = 100x10
P: 86
T: 35.9

Realizado curativo MMSSD

CNPJ: 10.848.190/0001-35
Data: 18/10/2019
Hora: 15:59:51
Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2010720 **Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS** Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DRU - 10

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 18/10/2019
MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO, 6h/6h	22 32
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. FRA AMP, 12h/12h 08/10 Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	24
4	DIPIRIDNA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	06
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	06
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SNS
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:18/10/2019 HORA:15:39:13

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAIO X DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz

20/10/19 Ortopedia
2º DPO
Bem estável
Sem queixas
Folhas 2 e 3
Cons. Alta hospitalar

HOSPITAL GOVERNADOR

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 17/10/2019
Horas: 07:29:17
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 201072[illegible] Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/09/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 9

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 17/10/2019
MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00 h)	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 18h)	
5	DIAZEPAM 10 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:17/10/2019 HORA:07:35:41

9º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS. REFERE DOR LOMBAR.

DIURESE +
EVACUAÇÕES +

USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 9523

15:50h - Cirurgia prevista p/ 18/10.
Zero dieta + suspender Clexane + deixar reserva de sangue.

Dra. Ana Maria da S. Joaquim
MR. Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7825

USS GOVERNO

CNPJ: 08848.190/0001-55
Data: 16/10/2019
Horas: 10:30:44
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário 20107.20 Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: REJANA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 8

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 16/10/2019
MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
5	DIAZEPAM 10 MG VO, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO Clonazepam 2mg - 1 cp, VO, à noite. SUSPENSO (22)

DATA:16/10/2019 HORA:10:30:26

8º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS. REFERE DOR LOMBAR.

DIURESE +
EVACUAÇÕES -HÁ 8 DIAS
PACIENTE RECUSOU FLEET.

USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CID: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIÃO DO QUADRO
CRM/PB 5523

Dr. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7325

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 15/10/2019
Hora: 10:01:20
Médico(a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 09/10/2019 DIH - 7

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DTA 15/10/2019
MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML E.V, FRASCO, 6h/6h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML S.C, SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
6	DIAZEPAM 10 MG VO, COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	DECUBITO MUDANÇA 3/3H	

EVOLUÇÃO

DATA:15/10/2019 HORA:10:00:53

7º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS, REFERE DOR LOMBAR.

DIURESE +
EVACUAÇÕES - HÁ 5 DIAS
PACIENTE RECUSOU FLEET.

USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

15/10/79 PA: 110/80 P. 72 T. 354

M. Johanna

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 14/10/2019
Horas: 09:07:18
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº de prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KELYIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 6

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 14/10/2019
MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição		Aprazamento
1	DIETA LIVRE		CT
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML. E.V. GOTEJO, 6h/6h		
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, 2 ML. E.V. 6h/6h		
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML. S.C. (SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)		
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML, 2 ML. E.V. TAMPÓIA, FAZER SE NECESSARIO		SIM
6	DIAZEPAM 10 MG V.O. (COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)		
7	FISIOTERAPIA MOTORA		CT
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS		CT
9	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h		CT

EVOLUÇÃO

DATA:14/10/2019 HORA:09:06:57

6º DIH

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS, REFERE DOR LOMBAR.

DIURESE +
EVACUAÇÕES -ELÁ 5 DIAS
PACIENTE RECUSOU FLEET.

USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 5523

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 13/10/2019
Horas: 10:34:03
Médico (a) Diarista : Yvery de Paiva Campos

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário. 2010720 **Paciente:** YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS **Idade:** 024 **Sexo:** M

Nome da Mãe: RELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 5

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

OK

Diafise.

DIA 13/10/2019
MÉDICO(A): Yvery de Paiva Campos /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML EV, 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML EV, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE EV, 1FRA AMP, 12x/12h Reconstituir 2ML ADO.	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML SC, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML EV, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	DIAZEPAM 10 MG VO, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	DECÚBITO MUDANÇA 2x/2h	

EVOLUÇÃO

DATA:13/10/2019 HORA:10:32:44

5º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS. REFERE DOR LOMBAR.

DIURESE +
EVACUAÇÕES - HÁ 5 DIAS
PACIENTE RECUSOU FLAT.

USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM – AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Yvery de Paiva Campos
Dr. Yvery Paiva
CRM-PB 12472 ORTOPEDIA

Às 07:40hs
PA= 110X70
P= 95
T= 36.2C

Ana Rita Ribeiro da Silva
COREN-PR 232.744-TE

GOVERNO

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 12/10/2019
Horas: 11:07:32
Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 101012/96 Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: NELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DH2 - 4

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FX 3/E FEMUR D

DIA 12/10/2019
MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 60(h)	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	MONOBASICO SODIO FOSFATO MONOIDRATADO 160 MG/ML + DIBASICO SODIO FOSFATO HEPTAIDRATADO 60 MG/ML 130 ML RETAL, 1FRASCO,	5 USR 6h 50
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
8	DIAZEPAM 10 MG V.O, 1COMP 24h/24h (ADM AS 20h)	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	24 h
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	24 h
11	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	24 h

EVOLUÇÃO

DATA:12/10/2019 HORA:11:06:53

4º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES -

ONTEM FOI PRESCRITO FLEET ENEMA, MAS O PACIENTE RECUSOU-SE.

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA e CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9407

Pelada da a bolsa escrotal e coluna lombar.
Solicitado USG da bolsa escrotal e RX de coluna lombar.

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9407

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 11/10/2019
Hora: 10:36:33
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2019/126 Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KEYLA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 3

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 11/10/2019
MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	12 18 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRASCO, 12h/12h Reconstituir 2ML ADD.	18 06
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	14
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	DECÚBITO ALTERNADO 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 11/10/2019 HORA: 10:36:33

3º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES -

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 5322

CNPJ: 10.840.590/0001-55
Data: 11/10/2019
Hora: 13:04:28
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2810720 Paciente: **YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS** Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 3

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 11/10/2019
MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**MONOBASICO SODIO FOSFATO MONOIDRATADO 160 MG/ML + DIBASICO SODIO FOSFATO HEPTAIDRATADO 60 MG/ML 130 ML RETAL, 1FRASCO.**	
2	**DIAZEPAM 10 MG VO, 1COMP. 24h/24h (ADM AS 22h)**	

EVOLUÇÃO

DATA:11/10/2019 HORA:10:16:12

3º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS

DIURESE +
EVACUAÇÕES +

CD: VPAI – AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
CRM-PB 5525

ASSINATURA – CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO PARAÍBA

CNPJ: 10.848.150/0001-55
Data: 10/10/2019
Horas: 09:28:49
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: **YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS** Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: ESLYVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH + 2

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 10/10/2019
MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. INFRASTO, 6h/6h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. INFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. (SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. (AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

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

2º DIH

BEG. ESTÁVEL. SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES -

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

10/10/79 PA. 110/70 P. 71 T. 36,8

Yfrauca

GOVERNO DE PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 09/10/2019
Horas: 13:21:03
Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3 · 2

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2010720 **Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS** Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 1

Clínica:AMARELA Enfermaria:3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 09/10/2019
MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	
2	**SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML** E.V, 1FRASCO, 8h/8h	
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 6h/6h	
4	**TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE** E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	**ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML** S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	**FISIOTERAPIA MOTORA**	
8	**DECUBITO MUDANCA** 2h/2h	
9	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	

EVOLUÇÃO

DATA:09/10/2019 HORA:13:19:21

1º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES -

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry de Paiva Camara

Dr. Ywry Paiva

Data: 08/10/2019
Hora: 18:52:24
Médico (a) Diarista : Joao Paulo Oliveira Nunes

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2010720 **Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS** Idade: 024

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Sexo: M

Clínica:AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 08/10/2019
MÉDICO(A): Joao Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	
2	**SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML** E.V, 1FRASCO, 6h/6h	
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
7	**TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE** E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	**ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML** S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
8	**FISIOTERAPIA MOTORA**	
9	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 15666131

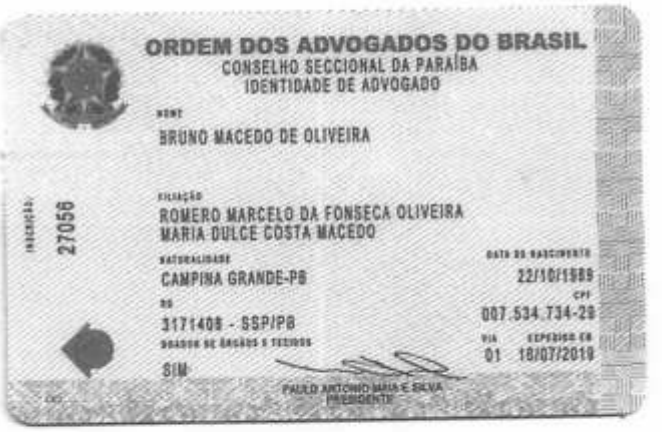
USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

OAB

ASSINATURA DO PORTADOR

Bruno Macedo de Oliveira

OBSERVAÇÕES



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
ROMERO MARCELO DA FONSECA OLIVEIRA
MARIA DULCE COSTA MACEDO

NATURALIDADE
CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO
22/10/1989

RG
3171408 - SSP/PB

CPF
007.534.734-29

ÓRGÃOS DE ÁRGÃOS E TEXTOS
SIM

VIA
01

EXPEDIDO EM
18/07/2019

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO:
27056

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB — Nº 014082645060

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DRT 2018010010334

LACRE 0046984567

VIA	COD RENAVAM	CRLV	EXERCÍCIO
1	01170347204	00/00000000	2018

NOME: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

CPF/CNPJ	PLACA
09440096462	QSC9320/PB

PLACA ANT/UF	CHASSI
NOVO PB	9C2JB0100JR073903

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/POP 110I	2018	2018

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/109 /CI	PARTIC	BRANCA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC COTA ÚNICA	VENC/COTAS
IPVA PAGO EM	00/00/0000	1ª
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª
*******	0	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*******	SEGURO	P A G O	31/10/2018

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

0

LOCAL	DATA
CAMPINA GRANDE-PB	01/11/2018

9999999 — 36170

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014082645060 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	01/11/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	09440096462	QSC9320/PB

RENAVAM	MARCA / MODELO
01170347204	HONDA/POP 110I

ANO FAB	CAT TARIF	Nº CHASSI
2018	9	9C2JB0100JR073903

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	31/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

36170 1509044 20181101

AGO-2018

PROCURAÇÃO E CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE/CONTRATANTE: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES, brasileiro, nascido em 08/05/1995, solteiro, educador, inscrito no CPF nº 094.400.964-62, RG nº 3634401 2ª Via SSDS/PB, telefone (83) 98792-5645, e-mail: yuriboy12@gmail.com, residente e domiciliado na Rua São Pedro, n° 1250, Quadra 15, Bloco 2, Apt 201, Santa Rosa, CEP 58417-035, Campina Grande/PB.

OUTORGADO/CONTRATADO: TIAGO GURJÃO COUTINHO DE AZEVÊDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 16.866, inscrito no CPF nº 051.999.864-22, **RENATA MORGANA GALVÍNCIO SILVA**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n° 21.761, inscrita no CPF nº 065.506.274-27, **BRUNO MACÊDO DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, bacharel em direito, inscrito no CPF nº 007.534.734-29, **DANIEL LUCAS DE SOUZA RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF n° 112.429.474-00, **MARIA APARECIDA FERNANDES FERREIRA**, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 129.179.014-46, **SUÊNIA VANESSA DA CUNHA SALGUEIRO**, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 104.599.864-81 e **VICTORIA CRISTINA SILVA OLIVEIRA,** brasileira, solteira, inscrita no CPF n° 108.334.434-02, com escritório situado na Rua Olinda, 154A, Malvinas, CEP 58433-152, Campina Grande-PB, telefones: (83) 3066-4098, (83) 99614-6564 e (83) 98650-9078, local onde deverá receber notificações ou intimações.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: **REQUERER SEGURO DPVAT VIA ADMINISTRATIVA**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pleitear gratuidade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma dos arts. 99 e 105 do NCPC15).

DOS HONORÁRIOS: Em remuneração aos serviços profissionais supra referidos, pagarei aos advogados outorgados/contratados, ou a quem legalmente os substituir, a quantia equivalente a **20% (20 vinte por cento)** sobre os valores devidos, **autorizando que seja feita a retenção e a expedição de alvará apartado se for requisitado**, a título de **honorários advocatícios contratados**, ficando ainda esclarecido serem devidos independentemente da condenação em honorários de sucumbência, que pertencem exclusivamente aos advogados outorgados/contratados.

Campina Grande, PB – 20 de Julho de 2020.

Yuri Matheus Tarradt de Menezes

YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219162/20

Vítima: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES **Data do acidente:** 08/10/2019

CPF: 094.400.964-62 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA : 007.534.734-29

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES : 094.400.964-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 06/08/2020	Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA	Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 007.534.734-29	CPF: 105.999.304-03
BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA	NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

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, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200279273 **Vítima: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES**

Data do Acidente: 08/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

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, contados 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

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, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200279273

Vítima: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

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:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	094.400.964-62	YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:
YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES	

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AUXILIAR DE PRODUÇÃ(	RUA SÃO PEDRO, QUADRA 15, BLOCO 2 APARTAMENTO 20	1250	Q 15, BL 02 AP

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
SANTA ROSA	CAMPINA GRANDE	PB	58413520

15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
YURIBOY12@GMAIL.COM	83 98158-1269

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)

AGÊNCIA: 0737 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00110790 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: VICTOR ULISSES FERREIRA LYRA
CPF: 098.054.984-17
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CAMILA DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 466.406.438-12
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande/PB, 21 de julho de 2020

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº01053.01.2020.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 08/10/2019 **Hora:** 16:11:00
Endereço: Avenida Almeida Barreto, Estação Velha, Campina Grande, PB.
Ponto de referência: Próximo Ao 2º Batalhão da Pm

VÍTIMA(S)

Yuri Matheus Tarradt de Menezes, filiação: Kelva Sylmara Tarradt de Souza e Aluisio Wagner de Menezes Alves, idade: 24, data de nascimento: 08/05/1995, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), profissão: Repositor de Perecíveis, documentos(s) de identificação: CPF nº 094.400.964-62, RG nº 3634401 SSDS/PB, endereço: Rua Nenzinha Cunha Lima, Santa Rosa, Campina Grande, PB, complemento: qd 15, bl 02, apt 201, ponto de referência: Colégio Dom Helder Câmara, telefone: (83) 98158-1269.

TESTEMUNHA(S)

Isaias da Silva Martins, filiação: Raimunda da Silva e José Martins da Silva, idade: 25, data de nascimento: 01/12/1994, identidade de gênero: masculino, nome social: Isaias da Silva Martins, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), profissão: Pedreiro, documentos(s) de identificação: CPF nº 102.761.264-40, RG nº 3787915 SSDS/PB, endereço: Rua São Pedro, 1135, Santa Cruz, Campina Grande, PB, complemento: q 12, bl 02, apt 203, ponto de referência: Mercado de Júnior, telefone: (83) 99677-3670.

Geane Sueli Guimarães, filiação: Severina Ires Guimarães e Francisco de Almeida Guimarães, idade: 47, data de nascimento: 19/02/1972, identidade de gênero: feminino, nome social: Geane Sueli Guimarães, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: divorciado(a), profissão: Do Lar, documentos(s) de identificação: CPF nº 011.629.444-20, RG nº 2041651 SSDS/PB, endereço: Rua Nenzinha Cunha Lima, Santa Rosa, Campina Grande, PB, complemento: qd 15, bl 02, apt 401, ponto de referência: Colégio Dom Helder Câmara, telefone: (83) 98858-1333.

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

(1) Yuri Matheus Tarradt de Menezes (VITIMA) - **Exame Corporal de Acidente de Trânsito - Dpvat Nº 46.2020**

HISTÓRICO

Que na data, horário e local informados acima, a vítima conduzia o veículo de marca Honda, modelo Pop 110I, tipo motocicleta, ano/modelo 2018/2018, de cor branca, placa QSC 9320/PB, chassi 9C2JB0100JR073903, renavam 0117034720-4, licenciada em nome da vítima, no momento em que ao prosseguir na via, veio um automóvel de placa BNR 6802/PB, conduzido por Manoel Antônio de Abreu, de

CPF nº 237.757.694-04, de nº de contato 83 99315-6586, residente na rua Palestina, nº 272, bairro Santa Rosa, Campina Grande/PB, que estava em uma via transversal e dobrou imprudentemente à esquerda, bloqueando o caminho da vítima, que acionou o sistema de freio da motocicleta, mas não deu tempo deste evitar a colisão, que colidiu na lateral direita desse automóvel; Que a vítima fraturou o fêmur direito, conforme consta nos laudos médicos em anexo, tendo a vítima sido socorrida pela equipe do Samu e encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi feito atendimento médico; Que a vítima afirma que não se encontrava sob influência de bebida alcoólica; Que a vítima tem o desejo de representar criminalmente contra o condutor do automóvel causador do acidente, Manoel Antônio de Abreu.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 31 de janeiro de 2020.

Maria Sileide de Azevedo
Delegada de Polícia Civil
Mat 156.849-3

JOSEFA ALVES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil

Yuri Matheus Tarradt de Menezes

YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES
Noticiante

Alan Anderson C. Ramos

ALAN ANDERSON CHAVES RAMOS
Agente Operacional de Polícia Civil

10ª DELEGACIA SECCIONAL
SETOR DE OCORRÊNCIA
C. GRANDE/PB

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT	Responsável pelo Levantamento do Acidente:	Posto/Graduação:
282- 2019	JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA	3º SGT PM

Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:	Hora	Bairro	Município	U F
AV. ALMEIDA BARRETO/ RUA JOSÉ E. DA COSTA MONTEIRO	16:15	CENTENÁRIO	CAMPINA GRANDE	PB

Data/Ocorrência	Dia da Semana	C/S Vítima (QT)	Natureza do Acidente	Tipo de Pavimento	Condições/Via	Tempo
08/10/2019	TERÇA	COM (01)	COLISÃO TRANSVERSAL	ASFALTO	BOA	BOM

Envolvidos no acidente (Quantidade)	Controle do Tráfego no Local:
01 MOTOCICLETA + 01 AUTOMÓVEL	SINALIZAÇÃO HORIZONTAL

CONDUTOR 01

Nome:	Sexo	Nascimento	RG	CPF
YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES	MASCULINO	08/05/1995	3634401	094400964-62

Endereço:
RUA SÃO PEDRO, Nº 1250, QUADRA 15, BLOCO 02, APTO 201, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH	U F	Ex.Méd./Dia	Data Vencimento	Usava Cinto	Usava Capacete
31/05/2019	AB	07270776080	PB	SIM	30/05/2020		SIM

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor
NÃO REALIZADO - SOCORRIDO	HOSPITAL DE TRAUMA

VEÍCULO 01

Marca/Modelo	Espécie	Placa	Categoria	Município	U F
HONDA POP	MOTOCICLETA	QSC-9320	PARTICULAR	CAMPINA GRANDE	PB

Nome do Proprietário:
YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

Seguradora	Bilhete Nº	Renavam	Data da Emissão
DPVAT	014082645060	0117034730-4	01/11/2018

Avarias:
CARENAGENS LATERAIS, PAINEL, RODA DIANTEIRA, MOTOR.

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Não foi possível a oitiva do condutor, haja vista o mesmo se encontrar sob cuidados médicos.

CONDUTOR 02

Nome:	Sexo	Nascimento	RG	CPF
MANOEL ANTÔNIO DE ABREU	MASCULINO	05/06/1954	588151	237757694-04

Endereço:
RUA PALESTINA, Nº272, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH	U F	Ex.Méd./Dia	Data Vencimento	Usava Cinto	Usava Capacete
25/10/2004	B	03411845297	PB	SIM	23/10/2019	SIM	

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor
Nº DE SÉRIE 05671, Nº DO TESTE 00891, RESULTADO 0,00MG/L	PERMANECEU NO LOCAL

VEÍCULO 02

Marca/Modelo	Espécie	Placa	Categoria	Município	UF
GM CARAVAN	AUTOMÓVEL	BNR-6802	PARTICULAR	CAMPINA GRANDE	PB

Nome do Proprietário:
MANOEL ANTÔNIO DE ABREU

Seguradora	Bilhete Nº	Renavam	Data da Emissão
DPVAT	014800264819	00433067578	11/07/2019

Avarias:
PARA-LAMA DIREITO TRASEIRO

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Declarou que transitava pela avenida Almeida Barreto, no sentido Centenário/São José ao se aproximar da via lateral esquerda da rua José Elpídio da Costa Monteiro, o mesmo deu seta para entrar na lateral esquerda e visualizou a motocicleta que vinha longe e convergiu.

Batalhão de Polícia de Trânsito Urbano e Rodoviário
3ª CPTRAN
CHEFE DE BOAT

VITIMA 01		
Nome: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES	Sexo MASCULINO	Nascimento 08/05/1995
Endereço: RUA SÃO PEDRO, Nº 1250, QUADRA 15, BLOCO 02, APTO 201, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB		
Viajava no Veiculo N° V1	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Condição da Vitima: (X) Condutor ( ) Passageiro ( ) Pedestre	Conduzida Para: HOSPITAL DE TRAUMA	

CONSTATADO

De acordo com a disposição dos veiculos e avarias ficou constatado que o V1 (Honda Pop) transitava pela via "A" avenida Almeida Barreto no sentido bairro do São José/Centenário e o V2 (GM Caravan) transitava na mesma avenida, porém em sentido oposto e quando chegaram na interseção com a via "B" rua José Elpidio da Costa Monteiro houve a colisão transversal.

Observação:

O condutor do V1 foi socorrido pela viatura do Samu prefixo USB 01 e encaminhado para o Hospital de Trauma, não sendo possível a oitiva do mesmo por se encontrar sob cuidados médicos.

Segue croqui anexo.

Campina Grande – PB, 16 de outubro de 2019.

Responsável pelo Levantamento

Batalhão de Polícia de Trânsito Urbano e Rodoviário - 3ª CPTRAN - CHEFE DE BOAT

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº282 /2019

DANOS NO V1

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
HONDA	QSC-9320/PB	SGT ALMEIDA	08/10/2019

MOTOCICLETAS E VEÍCULOS ASSEMELHADOS

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	X			05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA) 01				

Observações:
01=DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:	
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	->DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	->DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	->DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
GM	BNR-6802/PB	SGT ALMEIDA	08/10/2019

AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X	
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
					Total Geral (Sim + NA) 00				

Observações:
0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:	
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	->DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	->DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas >6	->DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB, 16 de outubro de 2019.

Responsável pelo Levantamento

Batalhão de Polícia de Trânsito Urbano e Rodoviário - 3ª CPTRAN - CHEFE DE BOAT

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

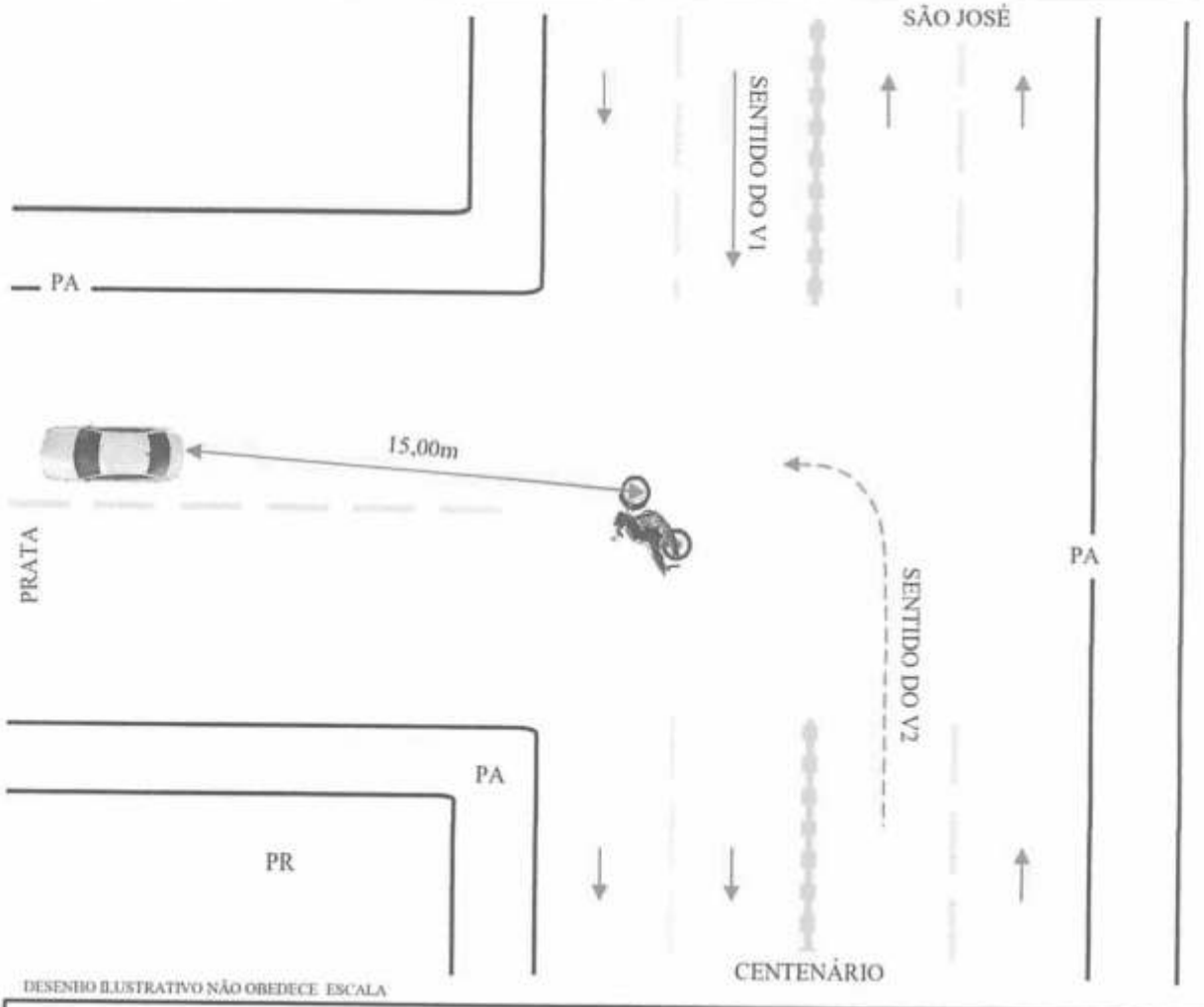
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 282/ 2019

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Av. Almeida Barreto - 12,00 metros
VIA "A" - Rua José Elpídio da Costa Monteiro - 10,00 metros

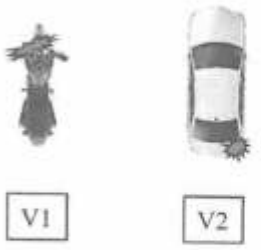
PR (Ponto de Referência): Loja Pardal
PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio / Poste de iluminação pública

V1 (Veiculo 01) Eixo Dianteiro 06.40 e Eixo Traseiro 08,00 metros para (PA)
V2 (Veiculo 02) Eixo Dianteiro Direito 04.00 e Eixo Traseiro Esquerdo 13,77 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



Batalhão de Polícia de Trânsito Urbano e Rodoviário
3ª CPTRAN
BOAT

SGT PM Josinaldo Alves de Almeida
Responsável pelo Levantamento

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº282/2019

FOTOS DO V2

3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento

Batalhão de Polícia de Trânsito Urbano e Rodoviário
3ª CPTRAN
CHEFE DE BOAT

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº282/2019

FOTOS DO V1

3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE **ALMEIDA**
Responsável pelo Levantamento

Batalhão de Polícia de Trânsito Urbano e Rodoviário
3ª CPTRAN

Seguradora LÍDER

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:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	094.400.964-62	YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:
YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES	

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AUXILIAR DE PRODUÇÃ(	RUA SÃO PEDRO, QUADRA 15, BLOCO 2 APARTAMENTO 20	1250	Q 15, BL 02 AP

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
SANTA ROSA	CAMPINA GRANDE	PB	58413520

15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
YURIBOY12@GMAIL.COM	83 98158-1269

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)

AGÊNCIA: 0737 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00110790 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: VICTOR ULISSES FERREIRA LYRA
CPF: 098.054.984-17
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CAMILA DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 466.406.438-12
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande/PB, 21 de julho de 2020

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA 70427682

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E SERVIÇOS — REFERÊNCIA JUN/2020

KELVA SYLMARA FIDELIS

RUA NENZINHA C LIMA, QD 15 BL 02 APT 201 SANTA ROSA CAMPINA GRANDE PB 58400 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.013.450.0150.102	102	Residencial 1	Comercial 0	Industrial 0	Público 0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y12N239942	18/09/2012	INTERNO	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO | DIAS | LEITURISTA | DIAS | PROXIMA LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO	DIAS	LEITURISTA	DIAS	PROXIMA LEITURA
919	926	7		33		12/07/2020

HIST. CONS./ABOR LEIT. | QUALID. AGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

		PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2020	7	TURBIDEZ	0	0	0
ABR/2020	9	CLORO	0	0	0
MAR/2020	8	FLU	0	0	0
FEV/2020	10	COR	0	0	0
JAN/2020	13	COLI TOTAIS	0	0	0
DEZ/2019	13				
MEDIA(M)	10				

DADOS REFERENTES A: ABR/2020

DATA DA IMPRESSÃO: 15/06/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 11:13:47

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	7 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	7 M3	30,33
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 05/2020		1,35
JUROS DE MORA 05/2020		1,11

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: 1 6,51 PIS 1 CONFINS.TEL 12,41/12

VENCIMENTO: 26/06/2020

Total a Pagar: R$ 70,70

CONDIÇÃO DE LEITURA: RI-LI/AGUA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

CAGEPA

INFORMAÇÕES GERAIS:

SENHORES USUARIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVIRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PUBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS E AGENCIA VIRTUAL (CAGEPA.PB.GOV.BR)

REFERÊNCIA | VENCIMENTO

CAGEPA	MATRÍCULA	REF./2020	26/06/2020	TOTAL A PAGAR

82660000000 2 7070001001 5 0 7042768201 1 0620203000 3 2

BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA
RUA OLINDA 64 A - BODOCONGO
CEP 58433-152 - CAMPINA GRANDE / PB (AG: 401)

CPF/CNPJ/RANI: 007.534.734-29

energisa

Cla/Sbc: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICA
Roteiro: 12-0401-677-4711 Medidor: W5075410709

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
4/298561-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0000298561

VALOR DA FATURA R$ 128,31	VENCIMENTO 26/07/2020
REFERÊNCIA JUN/2020	CONSUMO 154 kWh 5,6kWH MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRITIVO

CO	Descrição	QUANT.	TARIFA C/ IMPOSTOS	Valor Total (R$)	BASE CALC. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	ICMS (R$)	BASE CALC. PIS/COFINS (R$)	PIS (R$) 1,0945%	COFINS (R$) 4,5055%
001	Consumo em kWh	154	0,743000	114,52	114,52	27	30,92	114,52	1,24	5,72
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
607	CONTRIB.ILUM.PUBLICA			13,79	0	0	0,00	0	0	0
CO: Código de Classificação do Item			Total:	128,31	114,52		30,92	114,52	1,24	5,72

RESERVADO AO FISCO d21b.0bc8.5d33.4cc5.80cf.0026.a6f0.a5d2

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

JUN/19
JUL/19
AGO/19
SET/19
OUT/19
NOV/19
DEZ/19
JAN/20
FEV/20
MAR/20 34
ABR/20 158
MAI/20 144
JUN/20 154

*Consumo pro-rata/estimado

LEITURAS

Anterior	21/05/20	459 kWh
Atual	15/06/20	613 kWh
Consumo		154 kWh
Período		25 dias
Constante do medidor		1

PRÓXIMA LEITURA
20/07/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor(R$)	%
Sem Dist.	26,98	21,03
Compra de Energia	38,79	30,23
Serviço de Transmissão	5,46	4,27
Encargos Setoriais	5,39	4,20
Impostos Diretos e Encargos	51,67	40,27
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	128,31	100,00

INDICADORES DE QUALIDADE

MÊS	BRASIL	EQUATORIAL	TRANSC	BAURU	LIMITE DE TRANSC
Fator que a cliente ficou sem energia - DIC					Nominal
Tempo em que a cliente ficou sem energia - FIC					Contratada
Duração de maior interrupção na energia em minutos - DMIC					Limite mínimo
Duração de interrupção individual em dia útil/ha - DIUDI					Limite superior

ATENÇÃO

SEGUNDA VIA DE CONTA

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.639-1
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 006.912.507 - Emissão: 17/06/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 02091.198172 1 83280000012831

PAGADOR:BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 007.534.734-29

RUA OLINDA 64 A - BODOCONGO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58433-152

Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490309002091198	298561-2020-06-5	26/07/2020	128,31	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Bruno Mucedo de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 007534734 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário YURI Matheus Farradt de Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 094 400964 / 62,

do sinistro de DPVAT cobertura Por invalidez da Vítima YURI Matheus Farradt de Menezes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 094 400 964 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: R$ 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: Rua Olinda		Número: 64	Complemento:
Bairro: Malvinas	Cidade: Campina Grande	Estado: PB	CEP: 58433-152
E-mail: Gurjaoeoliveira.adv@Gmail.com			Tel.(DDD): 83 3066-4098

Local e Data: Campina Grande/PB, 21 de julho, 2020

Bruno Mucedo de Oliveira.
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017