

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071868

Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.

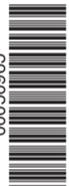
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071868

Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071868

Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002221**

Conta: **0000026669-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0058337120
3 - CPF da vítima: 144.647.004-03
4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS
6 - CPF: 144.647.004-03
7 - Profissão: ESTUDANTE
8 - Endereço: RUA DEP JOSÉ GAUDÊNCIO
9 - Número: 161
10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO
12 - Cidade: CAMPINA GRANDE
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58407-090
15 - E-mail:
16 - Tel. (DDD): (83) 98805-6654

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: MÉRCEIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO
18 - CPF do Representante Legal: 091700504-06
19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 26669 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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

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 (a) (vivo)? 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.

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)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tão Pena, 19/02/2020.

x Mercia Betânia Boubé
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Bouza

x Mariana Ketlen Sousa Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 0058337120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSÉ GAUDÊNCIO 9 - Número: 161 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-090
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98805-6654

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: MÉRCIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO
18 - CPF do Representante Legal: 091700504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 02221 CONTA: 26669 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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

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 (a) vivo(s)? 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.

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) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tão Pena, 19/02/2020.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Mercia Betania Boub 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Mariana Ketlen Sousa Santos 43 - Assinatura do Procurador (se houver) Sousa



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00092.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00092.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 05 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Mércia Betânia de Sousa Macedo**, conhecido(a) por Mercia, CPF nº 091.700.504-06, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Luciene Brito de Sousa e João Batista de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 06/10/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado José Gaudêncio, Nº 161, complemento CASA, bairro Monte Castelo, tendo como ponto de referência Perto do Igreja Católica Sagrado Coração de Jesus, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/19 18:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa)**, **Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias)**, **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Automóvel**, UF: PB, características gerais: Veículo de Placa e Condutor Não Identificados Ambos

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

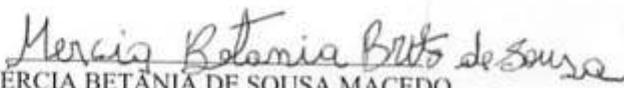
QUANDO ESTAVA NA SUA RESIDÊNCIA RECEBEU UMA LIGAÇÃO LHE INFORMANDO QUE A SUA FILHA MENOR DE NOME "MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO DO TIPO ATROPELAMENTO E TINHA SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS POSTERIORES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL.

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

Lucena/PB, 05 de fevereiro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

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


MÉRCIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00092.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00092.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 05 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Mércia Betânia de Sousa Macedo**, conhecido(a) por Mercia, CPF nº 091.700.504-06, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Luciene Brito de Sousa e João Batista de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 06/10/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado José Gaudêncio, Nº 161, complemento CASA, bairro Monte Castelo, tendo como ponto de referência Perto do Igreja Católica Sagrado Coração de Jesus, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/19 18:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Automóvel**, UF: PB, características gerais: Veículo de Placa e Condutor Não Identificados Ambos

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA NA SUA RESIDÊNCIA RECEBEU UMA LIGAÇÃO LHE INFORMANDO QUE A SUA FILHA MENOR DE NOME "MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO DO TIPO ATROPELAMENTO E TINHA SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS POSTERIORES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL..

ADENDO(S):

Que na data 03/03/2020, à(s) 14:38 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: O NOME CORRETO DA FILHA DA DECLARANTE É "MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

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


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

Procedimento Policial: 00092.01.2020.1.05.101



Lucena/PB, 03 de março de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

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

MÉRCIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO

Noticiante



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: 0058337120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03

7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSÉ GAUDÊNCIO 9 - Número: 161 10 - Complemento:

11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-090

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98805-6654

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: MÉRCIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO

18 - CPF do Representante Legal: 091700504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO 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: 02221 CONTA: 26669 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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

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 (a) vivo(s)? 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.

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)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tão Pena, 19/02/2020.

Mercia Betânia Boub Mariana Ketlen Sousa Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0058357120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSÉ GAUDÊNCIO 9 - Número: 762 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-090
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98805-6654

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: MÉRCIA BEÂNIA DE SOUSA MACEDO
18 - CPF do Representante Legal: 091700504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0221 CONTA: 26669 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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

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 (ou nascidos)? 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.

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)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 10/02/2020.

Mércia Betânia Brito
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Mariana Ketlen Sousa Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 004.575.481



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
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. 16.052.839-1

DADOS DO CLIENTE

MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA
RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/45678-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2019	06/09/2019	64	13/09/2019	R\$ 21,03

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00208.386177 1 80110000002103				
Pagador: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA CNPJ/CPF: 091.700.504-06				
RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161 - MONTE CASTELO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000208386	000045678201909	13/09/2019	R\$ 21,03	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 004.575.481



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
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. 16.052.839-1

DADOS DO CLIENTE

MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA
RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/45678-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2019	06/09/2019	64	13/09/2019	R\$ 21,03

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00208.386177 1 80110000002103				
Pagador: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA CNPJ/CPF: 091.700.504-06				
RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161 - MONTE CASTELO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000208386	000045678201909	13/09/2019	R\$ 21,03	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



07/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

Cirurgião

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA PRONT (B.E) Nº:1961904 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: 07/08/2019 Boletim de Emergência (B.E) > Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS, 16 ANOS, SAMU Endereço: Cidade: Nome da Mãe: Responsável: Estado Civil: Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão 2. Amputação 3. Avulsão 4. Contusão 5. Crepitação 6. Dor 7. Edema 8. Empalramento 9. Emfísima subcutâneo 10. Esmagamento 11. Equimose 12 F. Arma branca 13 F. Arma de fogo 14 F. Cortado 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 Inguetamento Venoso 23 Laceração 24 Lesão tendínia 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29. Otorragia 30. Paralisia 31. Parestia 32. Parastesia 33. Queimadura 34. Rinorragia 35 Síncis de triquetria 36.



OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau DIGNOSTICO / CID: Fratura da tibia e fibula? (Atropelamento) (E)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS VÍCIOS LOTE, eupneia, membros superiores espessos, com possível protuberância, imobilizada. Espinal livre. Neg trauma crânio e face de abaixo do nível E. sem lacerações

ALERGIA: Neza

MEDICAMENTOS: Neza

PATOLOGIAS: Neza

EXAME FÍSICO PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas () 07/08/19 Glasgow 9.5 PA 110 x 80 HGT: - SatO2 -

TOMOGRÁFIA REALIZADA EM: 07/08/19

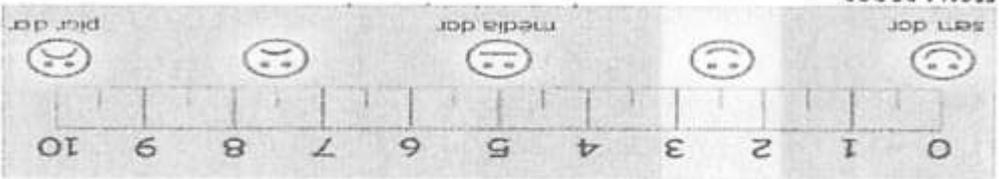
EXAMES SOLICITADOS: () Laboratoriais () Gasometria arterial () Tomografia Computadorizada () Ultrassonografia () Radiografias: pelve, coxa e APE por il. perna E APE por il. Tornozelo APE P

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: Especialista: NCK, ortopedista às 19:16 Dia 07/08/19 Especialista: às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE: PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Avaliação da neurologia	
2	Avaliação da ortopedia	
3	Taxozona 30mg + Água destilada EV, agor	
4	Dipirona 1g, água (suspensão)	
5	SF 0,9% 500ml EV, agor	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Jessé Clementino Filho Endoscopia CRM PB 8468 07/08/19



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

DBS: SAMU - 06 ENFERMEIRO COREN acolhimento

*afuanda javuco
pl amma a thine*

#Ortopedia #

07/08/19

NOR

Paciente vítima de atropelamento
apresentando dor em perna (L)

exame, sem lesão aguda
na região de inserção

DX: lesão de nível L

na região, ort.

CM: Exame físico após
atropelamento

Daniel Dean
Neurologista
CRM 10000

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PP 8643

Paciente sem indicação de cirurgia
pela Cirurgia Geral

CD: Alta Cirurgia Geral
aos cuidados da Ortopedia

DESTINO DO PACIENTE / / às / hr.

SERVIÇOS REALIZADOS:

ROGÉRIO PERONICO
CRM 9500

	INDICADOR/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico			
<input type="checkbox"/> Internação (setor)			
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL			

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL DE TRILINA

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

NOME DO PACIENTE: MARIANA KEDYEN SOUSA SANTOS

Nº DO PRONTUÁRIO: 191691972 N.º AL.H: Cód. PROCEDIMENTO: CONVÊNIO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: TAT. CANG. DE FERT. DE OSSOS DA PERN. ESQUERDA

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PLACA DCP CURTA 4,5 X 12F		01	
PARAF. CORTICAIS, 4,5 X 24		03	
" " 4,5 X 28		01	
" " 4,5 X 32		01	
" " 4,5 X 26		01	
" " 4,5 X 36		01	
" " 4,5 X 40		01	
/	/	/	/

DATA DA UTILIZAÇÃO: 15-07-2019 DATA DA COMUNICAÇÃO: MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM: Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo

OBSERVAÇÕES: 1. de 4,5 x 12 + 1 de 4,5 x 24
+ 1 de 4,5 x 28 + 1 de 4,5 x 32

Cx 4,5 C. FERT. UNO 116
Cx 12 PARAF 4,5 1º: 514

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

Wagner

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PS 8926

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/08/2019

Horas: 12:08:51

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F

Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 10

Clínica: ORTOPIEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 17/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR, + E.V, IFRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, ICOMP, 6/6H SE DOR	
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
6	DECUBITO MUDANCA 2/2H	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 12:07:59

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO
DIURESE E EVACUAÇÕES +
PACIENTE EM 01 DPO SEM QUEIXAS

CD: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS
RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA,
PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPIEDIA - 123456789
CRM - PB 8926

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPIEDIA - 123456789
CRM - PB 8926

16/08

18:10

Paciente em P.O. Sem queixas até o momento e medicação cada c.p.m. ~~10/10~~
437442

16/08 20:00h. P.A = 120 x 70.

Paciente evolui com consciência, segue sob cuidados da enfermagem. *Fade.*

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>M. ...</i>		DATA: <i>26.06.2011</i>		REGISTRO: <i>1961011</i>	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	GOVERNO DA PARAIBA	
CIRURGIA		CIRURGIÃO		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
ANESTESIA		ANESTESIA		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p. Oxi.		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	
<i>01</i>	<i>Dimore amp. 0,2mg</i>	Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Calgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fanegam amp.	Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethicond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethicond	
<i>01</i>	<i>Mercalina 0,5% ml</i>	Equipo de Macrogotas		Ethicond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Profimine amp.	Espardrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Proloxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelich ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ml	<i>04</i>	Mononylon 4-0	
	Thionexbutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
<i>04</i>	<i>Água Destilada amp.</i>	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
<i>01</i>	<i>Decadron amp.</i>	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
<i>02</i>	<i>Dipirona amp.</i>	Luvax 7.0		Vicryl Sertix	
	<i>Flaxidol amp.</i>	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	<i>Febocortid amp.</i>	Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	<i>Goramicina amp.</i>	Luvax 8.5			
	<i>Glicose amp.</i>	Oxigênio l/m			
	<i>Glucos de Cálcio amp</i>	Polifix			
	<i>Haemacel ml</i>	<i>Pasta Degemante ml</i>			
	<i>Heparema ml</i>	<i>PVPT Tópico nº</i>			
	<i>Kanakion amp.</i>	<i>Sabão Antisséptico</i>			
<i>01</i>	<i>Levoramp. Toragexil</i>	<i>Saco coletor</i>			
	<i>Medrolinazol.</i>	<i>Seringa desc. 10 ml</i>			
<i>01</i>	<i>Rascl amp. Nauseadron</i>	<i>Seringa desc. 20 ml</i>	<i>01</i>		
	<i>Prolamina</i>	<i>Seringa desc. 05 ml</i>	<i>04</i>		
	<i>Revivan amp</i>	<i>Sonda</i>			
	<i>Stuptanon amp</i>	<i>Sonda kolley</i>	Qtd.		
<i>02</i>	<i>Cefazolina 1g</i>	<i>Sonda Nasogalica</i>	<i>01</i>		
		<i>Sonda Uretral nº</i>	<i>03</i>		
		<i>Sierydrom ml</i>			
		<i>Torneirinha</i>			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	<i>Aguilha desc. 25 x 7</i>	Golcon 18			
<i>03</i>	<i>Aguilha desc. 28 x 25 40x10</i>	Latese			
	<i>Aguilha desc. 3 x 4,5</i>	<i>Algodão</i>			
<i>01</i>	<i>Aguilha p/ traque nº 23</i>	<i>Algodão</i>			
<i>05</i>	<i>Alcool de Enfermagem</i>				
	<i>Alcool lodado ml</i>				
<i>03</i>	<i>Aladuras de Crepon 95cm</i>				
	<i>Aladuras de Gessada</i>				
	<i>Azul metileno amp.</i>				
	<i>Benzina ml</i>				

- EQUIPAMENTOS**
- Oxímetro de Pulso
 - Serra
 - Desfibrilador
 - Foco Frontal
 - Fonte de Luz
 - Foco Auxiliar
 - Eletrocaulêrico
 - Oxícaplógrafo
 - Cardiomonitor
 - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria José B. ...
Téc. Enfermagem
COREN-PA 20011



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

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


 Huberto de Almeida L. Filho
 ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PB 7688 - ROE 4563

Assinatura do anestesista

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Mariana Kolden Souza</i>			IDADE <i>18a</i>	SEXO <i>F</i>	COR <i>-</i>																																
DATA <i>26/08/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA																																
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URÉIA		OUTROS																																
	URINA																																						
AP. RESPIRATÓRIO <i>MM + 2w ART</i>					ASMA		BRONQUITE																																
AP. CIRCULATÓRIO <i>MM 21</i>					ELETROCARDIOGRAMA																																		
AP. DIGESTIVO <i>Tympani</i>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO																																		
ESTADO MENTAL			ATAFÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES																																
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO																																
ANESTESIAS ANTERIORES																																							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <i>NS</i>				APLICADA	AS	EFEITO																																	
AGENTES ANF SI	<table border="1"> <tr><td><i>1</i></td><td><i>2</i></td><td><i>3</i></td><td><i>4</i></td><td><i>5</i></td><td><i>6</i></td><td><i>7</i></td><td><i>8</i></td><td><i>9</i></td><td><i>10</i></td><td><i>11</i></td><td><i>12</i></td><td><i>13</i></td><td><i>14</i></td><td><i>15</i></td><td><i>16</i></td><td><i>17</i></td><td><i>18</i></td><td><i>19</i></td><td><i>20</i></td><td><i>21</i></td><td><i>22</i></td><td><i>23</i></td><td><i>24</i></td><td><i>25</i></td><td><i>26</i></td><td><i>27</i></td><td><i>28</i></td><td><i>29</i></td><td><i>30</i></td></tr> </table>					<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>16</i>	<i>17</i>	<i>18</i>	<i>19</i>	<i>20</i>	<i>21</i>	<i>22</i>	<i>23</i>	<i>24</i>	<i>25</i>	<i>26</i>	<i>27</i>	<i>28</i>	<i>29</i>	<i>30</i>	INDUÇÃO			
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>16</i>	<i>17</i>	<i>18</i>	<i>19</i>	<i>20</i>	<i>21</i>	<i>22</i>	<i>23</i>	<i>24</i>	<i>25</i>	<i>26</i>	<i>27</i>	<i>28</i>	<i>29</i>	<i>30</i>									
LIQUIDOS <i>1w fcl</i>					Satisf: _____ Excit: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____																																		
CÓDIGOS VP. AR: A VAL: O PULSO: O RESPIRAÇÃO: O ANESTESIA: O OPERAÇÃO: O	<table border="1"> <tr><td><i>260</i></td><td><i>240</i></td><td><i>220</i></td><td><i>200</i></td><td><i>180</i></td><td><i>160</i></td><td><i>140</i></td><td><i>120</i></td><td><i>100</i></td><td><i>80</i></td><td><i>60</i></td><td><i>40</i></td><td><i>20</i></td></tr> </table>					<i>260</i>	<i>240</i>	<i>220</i>	<i>200</i>	<i>180</i>	<i>160</i>	<i>140</i>	<i>120</i>	<i>100</i>	<i>80</i>	<i>60</i>	<i>40</i>	<i>20</i>	MANUTENÇÃO																				
	<i>260</i>	<i>240</i>	<i>220</i>	<i>200</i>	<i>180</i>	<i>160</i>	<i>140</i>	<i>120</i>	<i>100</i>	<i>80</i>	<i>60</i>	<i>40</i>	<i>20</i>																										
<p><i>1) Propofol 2mg</i></p> <p><i>2) Midazolam 2.5mg</i></p> <p><i>3) Bentaril 0.1mg</i></p> <p><i>4) Decadron 4mg</i></p> <p><i>5) Fina 2mg</i></p>					ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____																																		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <i>Aspirar + anticepsia de vias aéreas com álcool, punção de 13-16 em 2º quadrante</i>					DESPERTAR																																		
REFLEXOS NA SO					Reflexos na SO: _____																																		
OBSTR. CO. EXCIT.					Obstr: _____ Co: _____ Excit: _____																																		
NÁUSEAS VÔMITOS					Náuseas: _____ Vômitos: _____																																		
OUTROS					Outros: _____																																		
PARO O LEITO					Paro o Leito Sim _____ Não _____																																		
CONDIÇÕES					CONDIÇÕES: <i>Hofstadter 30mg</i>																																		
POSICÃO <i>255 Dumb, ligam. abn, cap. h. + w fcl + w fcl + w fcl</i>					CÂNULAS																																		
AGENTES																																							
TÉCNICA																																							
OPERAÇÃO																																							
CIRURGIÕES																																							
ANESTESISTAS																																							
OBSERVAÇÕES																																							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA																																	

Marcelo de Almeida L. Faria
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 7468 - RQE 4389



**GOVERNO
DA PARAIBA**



GOVERNO
DA PARAIBA

Número do Prontuário: 153565

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

Número do Atendimento: 1962017 Clin: ORTOPEDIA I / Enf: 8 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data da Internação: 07/08/2019

Atendimento: 1962017

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050608 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2: EVERIAN NETO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTAISA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA DE 10 FUROS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 16/08/2019

Assinatura/Carimbo
 Wagner Luiz Egito De Araujo
 DR. ORTOPEDIA - IMPLANTACIONAL
 CRM - PB 8000

15.08.19 às 9:00 PA 100x70

Paciente volui estar consciente orientada segue os cuidados da enfermagem.

Josilene Dias Brito
COREN-PB 177.451-TE

15/08/19

às 20:30hs

PA : 120x80 mmHg

Paciente segue nos cuidados da enfermagem. m.c.p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

A



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM										
NOME: <i>Joséildo do Rocio Pereira</i>										
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h								
SETOR:					LEITO:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:										
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:							
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:							
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:							
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:							
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>		NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>			HIPERTENSO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>		INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>			ORIENTADO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>		TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>			EUPNÉICO <input type="checkbox"/>		BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>		POLÚRIA <input type="checkbox"/>			OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>		CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>			ANÚRIA <input type="checkbox"/>				
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>		DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>			ACAMADO <input type="checkbox"/>		S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>		HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>			PARESIA <input type="checkbox"/>		RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
ST. GAS. ROINTEATINAL (JETEA)	VO <input type="checkbox"/>		SNG <input type="checkbox"/>			SNE <input type="checkbox"/>				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>		DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>			OBESO <input type="checkbox"/>		CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: <i>140/60</i>	T: <i>36,9</i>	FR:	FC: <i>75</i>	PESO:					
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM										
<input type="checkbox"/>	RISCO DE QUEDA				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	RISCO DE ASPIRAÇÃO				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	RISCO DE INFECÇÃO				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA		<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	RISCO DE SANGRAMENTO				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	NÁUSEA				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	DOR AGUDA		<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA			CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	DÉFICIT NO AUTO CUIDADO		<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE		<input type="checkbox"/> PARA BANHO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO				CD/FR:					
<input type="checkbox"/>					CD/FR:					
<input type="checkbox"/>					CD/FR:					
<input type="checkbox"/>					CD/FR:					
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA										
FR: FATOR RELACIONADO										
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL										
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA			
<input type="checkbox"/>	MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.									
<input type="checkbox"/>	REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
<input type="checkbox"/>	ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
<input type="checkbox"/>	INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
<input type="checkbox"/>	AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
<input type="checkbox"/>	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
<input type="checkbox"/>	POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.									
<input type="checkbox"/>	MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.									
<input type="checkbox"/>	MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).									
<input type="checkbox"/>	ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.									
<input type="checkbox"/>	REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 15/08/2019
Hora: 12:00:12
Médico (a) Danusa : Wagner Luiz Egito De Araujo *

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDILEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F
Nome da Mãe: MERCIA BERTANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 8
Clínica-ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 15/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICOMP.	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. I.SHRINGA, 24h/24h (ADM AS 23h)	SN (50-5)
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECBITO MUDANCA 2/2H	

DATA:15/08/2019 HORA:11:59:38

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATRÓPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITACAO
DIURESE E EVACUACOES +
NEGA QUEIXAS

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - REUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

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

Handwritten signature and notes in blue ink.

14/08/19 - 08h30min - PA: 100x60

Pcte em EGR, consciente e orientada, aberta a tala
Roje para verificar a integridade da pele, sem
queixas de dor no momento. Segue aos cuida-
dos de enfermagem.

Kelly Fernanda N. Mota
TÉC. ENFERMAGEM
CORREIO B 599.638

D - 14 - 08 - 19

H - 20:00

PA 100 x 70

Unidade dos Santos Silva
CORREIO B 958.700-15

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/08/2019

Horas: 11:57:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Marina Kethlen Sousa Santos

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DH1 - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermário: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 14/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 6/6H SE DOR	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML. S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 2h)	20
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECUBITO MUDANCA 2/2H	

CONCLUSÃO

DATA: 14/08/2019 HORA: 11:57:42

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ASSINATURA / CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

13108119 Consciente, orientado, aceita dieta, 19peri-
do P.A. 90x60; P=83. Seguem as cuidados.
Uma Neg.

13108119 às 20:20hs

PA: 100x70 mmHg

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

22:00hs

Paciente com
queixa de dor.
m. e. p. m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

A

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: **MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS**Data da Internação: **07/08/2019**Data da Alta: **17/08/2019**Registro: **1962017**Tempo de Permanência: **-18116**

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: **0408050500**Principais Exames: **EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL**Cirurgia: **OSTEOSINTESE**Data: **16/08/2019**

Equipe:

Cirurgião: **AMARO JORGE PINTO NETO**Aux 1: **EVERLAN DA SILVA MEIRA**Aux 2: **WAGNER LUIZ E DE ARAUJO**

Aux 3:

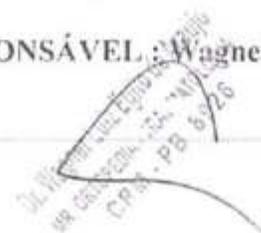
Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): **PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EMPERNA ESQUERDA, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS**Orientações: **SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA**Medicações para Casa: **PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: **LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!**Condições de Alta: **Melhorado**Data **17/08/2019**

Assinatura/Carimbo

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



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOMÍNGOS LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Moniana Ketlen Sousa Sorten PRONTUÁRIO: _____
 IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ CLÍNICA: _____ ENF: _____ LEITO: _____
 DATA DE NASCIMENTO: 22/03/2009

DADOS CLÍNICOS: _____

MATERIAL A EXAMINAR: _____

EXAME SOLICITADO: Rx: pelve AP; coxa (E) AP e P; perno (E) AP e P; tornozelo (E) AP e P.

URGÊNCIA: ROTINA: RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: Jessé Clementino Filho
 DATA: _____ HORA DA SOLICITAÇÃO: _____
Endoscopia CRM PB 8466

Cirurgião



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1961904

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: 07/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS, 16 ANOS, SAMU

CEP: Nascimento:31/12/1969

Sexo: F Telefone:

Cidade: Idade:02019 16 Bairro:

RG: Nº:0

Nome da Mãe:

CPF: Profissão:

Responsável:

Data de Atend:07/08/2019 CNS:

Estado Civil:

CONVÊNIO:SUS

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Hora: 19:02:34

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- 1. Abrasão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Crepitação
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Erisipela subcutânea
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortado
- 15. F. Cortante
- 16. F. Certo-contuso
- 17. F. Perfuro-contuso
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura osso fechado
- 20. Fratura osso aberta
- 21. Hematoma
- 22. Inguatimento Vencso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendinosa
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encravado
- 29. Otorragia
- 30. Paralisia
- 31. Parestia
- 32. Parestesia
- 33. Queimadura
- 34. Rinoorragia
- 35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Fratura da tibia e fibula? (Atropelamento)
E

EXAME PRIMÁRIO - DADO () NICOS

LUTE, sup naga, membros inferiores esquelado, co Possível profetura, imobilizado. Cap. social livre. Neg trauma crônico. Depere do abuso do j. ch. e. sem laceracoes

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas () 07/08/19

Glasgow 15 PA 110 x 80 HGT: - SatO2 -

TOMOGRÁFIA REALIZADA EM:

07/08/19

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Ultrassonografia:
- () Gasometria arterial
- () Radiografias: abd, coxa e AP e perfil. Perna E AP e perfil
- () Tomografia Computadorizada
- () Tomografia AP e P

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR / Ortopedia às 19:16 Dia 07/08/19

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Avaliação da neurologia</i>	
2	<i>Avaliação da ortopedia</i>	
3	<i>Toraxico 30mg + Agua destilada EV, agua</i>	
4	<i>Dipirona 1g, agua (suspensa)</i>	
5	<i>SF 0,9% 500ml EV, agua</i>	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8468

07/08/19



GOVERNO DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/08/2019

Paciente: MARIANA KETILLEN SOUSA SANTOS, 16 ANOS, SAMU Idade: 02019 Nº ATEND: 1961904

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 07/08/2019 HORA: 19:03:54

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ATROPELAMENTO
ESPECIFICACAO DO MOTIVO: POR CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

ALERGIAS :
MEDICACAO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIACAO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

- FEBRE VÔMITO DIARREIA EXANTEMA
- PRURIDO DISPNEIA DOR INAPETENCIA ALTERAÇÕES VISUAL
- ANAFILAXIA FLEBITE INAPETENCIA ALTERAÇÕES VISUAL
- EPIGASTALGIA CONSTIPAÇÃO MELENA SIBILOS TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - 196
ENERMEIRO
acolhimento

Assinatura de Mariana Ketillen Sousa Santos

PROFESSOR MÉDICO / FARMACÊUTICO

ORTOPEDIA H

07/08/19

+ NORZ

Paciente vítima de atropelamento
apresentando dor em pernas (L)

exame: sem lesões ósseas
nota em sup. e inf. joelhos

Dx: lesão de nível L5

em estudo, seg.

CR: ENTREVISTA após
alta de cirurgia

Daniel Dejan
NEUROCIRURGIÃO
CRM-PP 8843

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PP 8843

Paciente sem indicação de cirurgia
pela Cirurgia Geral
Ed: Alta Cirurgia Geral
aos cuidados de Ortopedia

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

ROBÉRIO PERONICO

CRM 9505

Centro cirúrgico _____

Internação (setor) _____

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

Alta hospitalar / Alta revelta
 Decisão Médica

Óbito

CODIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

GOVERNO
DA PARAIBA

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: 07/08/2019

Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 N° ATEND: 1961912

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 07/08/2019 HORA : 19:11:42

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ATRÓPELAMENTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : POR CARRO

SINAIS VITAIS

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

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

ALERGIAS : NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

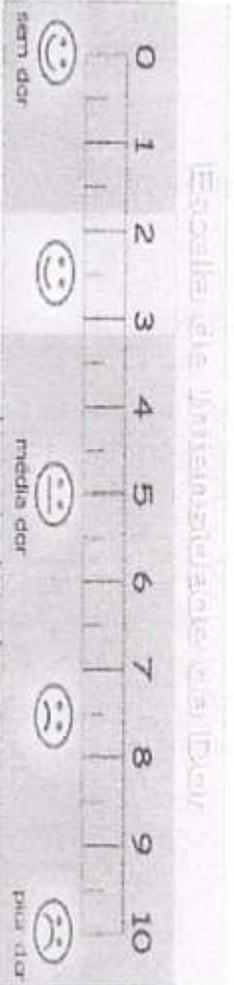
ESTADO GERAL :

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

- () FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA () 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 ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO/COREN
 arachimeno

Allma Guspião Uchida
 COREN-PB 525133-ENF

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRILMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

Campina Grande

NOME DO PACIENTE

MARIANA KENEN SOUSA SAUTOS

Nº DO PRONTUÁRIO

N.º AL. H.

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

19659217

PROCEDIMENTO REALIZADO

TAT. CANG. DE FBT DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PRACA DCP CANG. 4.5 X 10 F		01	
PRACA CANG. 4.5 X 20		02	
" " 4.5 X 28		01	
" " 4.5 X 32		01	
" " 4.5 X 26		01	
" " 4.5 X 36		01	
" " 4.5 X 40		01	
/	/	/	/

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

16-02-2019

DR. WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO

OBSERVAÇÕES

+ DE CANG. 4.5 X 10 F

CX 4.5 C. FBT UNO 116
 CX 1X PLATE 4.5 UNO 51V

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Wagner Luiz Egito de Araújo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 5925



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F

Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 10

Clinica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 17/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR, E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 6/6H SE DOR	
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
6	DECUBITO MUDANCA 2/2H	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 12:07:59

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO
DIURESE E EVACUAÇÕES +
PACIENTE EM 01 DPO SEM QUEIXAS

CD: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS
RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA,
PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEdia - 1962017
CRM - PB 8926

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEdia - 1962017
CRM - PB 8926

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

M. ... Kellian ... D. 15.02.2007

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

CIRURGIA T.T.O. Cirurgia de ... CIRURGIÃO

ANESTESIA Rague + Sedação ANESTESIA

INSTRUMENTADORA DATA INICIO FIM



Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catet. p/ Oxo	Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	05	Compressa Grande	Catgut cromado Serlix	
01	Dimore amp. 0,2mg		Compressa Pequena	Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide	Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml		Dreno	Catgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº	Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº	Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pozzer nº	Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas	Ethibond	
01	Mercaina 0,5% ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Serlix	
	Protigmine amp.	03	Espardrapo Largo cm	Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido 1m		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fita cardiaca	
	Rapifen amp.		H.O ml	Mononylon 2-0	
	Thiambutal ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Serlix	
04	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Serlix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Serlix	
02	Dipirona amp.	05	Luvas 7.0	Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp.	06	Luvas 7.5	Vicryl Serlix	
	Flebocortid amp.	03	Luvas 8.0	Vicryl Serlix	
	Gerancina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	02	Oxigênio 1m		
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml.	05	PVA Degermante ml		
	Heparema ml	05	PVA Tópico ml		
	Kanakion amp.	05	Sabão Antisséptico		
01	Levor amp. Toragaxil	04	Saco coletor		
	Medrolinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		
01	Neer amp. Nauseolico	01	Seringa desc. 20 ml		
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuplanon amp.		Sonda foley		
01	Defaptina 1g		Sonda Nasogálica		
			Sonda Uretral nº		
			Sterydren ml		
			Tornetinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Aguilha desc. 25 x 7		Golcon 18		
02	Aguilha desc. 28 x 28 40 x 10	01	Látex		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05			
01	Aguilha p/ raque nº 23	03			
05	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
03	Aladuras de Crepon 95cm				
	Aladuras de Gessada				
	Azul melileno amp.				
	Benzina ml				

SOROS

- 01 SG Normotermico fr 500 ml
- 01 SG Gelado fr 500 ml
- 01 SG Hipertermico fr 500 ml
- 01 SG fr 500 ml

ORTESE E PRÓTESE

- 01
- 08

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Serra
- Desfibrilador
- Foco Frontal
- Fonte de Luz
- Foco Auxiliar
- Eletrocautério
- Oxigênio
- Cardiomonitor
- Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria José B. ...



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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

[Handwritten Signature]
 Hospital de Emergência e Trauma L. 530
 ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PB 7086 - RQE 4580

Assinatura do anestesista

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUDECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Mariana Kellen Souza</i>			IDADE <i>16a</i>	SEXO <i>F</i>	COR <i>-</i>	
DATA <i>16/08/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO <i>MM + 2w AAT</i>					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <i>MM 21</i>					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO <i>Ijunzlm</i>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATAIRÁVICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <i>13 55</i>				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANT SI	<i>XXXXXXXXXX</i>				INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tasse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
	LIQUIDOS	<i>100 - 100</i>				MANUTENÇÃO <i>1) Cafezalina 2mg</i> <i>2) Midazolam 2.5mg</i> <i>3) fent - 1.0mg</i> <i>4) D-cando - 10mg</i> <i>5) D. pin - 3mg</i>		
CÓDIGOS VP. ART. <input type="checkbox"/> PULSO: O - RESPIRAÇÃO A <input type="checkbox"/> ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: <i>Def no leito 30mg</i> <i>respiração 7.5mg</i> <i>+ inf - 1.0mg</i>			
	SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>Acceptor + 2ml - 100% de oxigênio de 13-16 em 100%</i>						
POSICÃO	<i>25° Dorsal, ligam. cho, capta</i>							
AGENTES	<i>← equianestésico</i>							
TECNICA					CÂNULAS			
OPERAÇÃO								
COIRUÇÕES	<i>[Signature]</i>							
ANESTESISTAS	<i>[Signature]</i>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATORIAS E POS-OPERATORIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		

Hospital de Emergência e Trauma
ANESTESIOLOGIA
CRP-PR 1288-INGE 4399



Número do Prontuário: 153565

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

Número do Atendimento: 1962017 Clín: ORTOPEdia 1 / Enf: 8 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data da Internação: 07/08/2019

Atendimento:1962017

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:0408050608 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA

Cirurgia:OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia:16/08/2019

Equipe:

Cirurgião:AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1:WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2: EUGENIA NETO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:SIM

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTAISA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA DE 10 FUROS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 16/08/2019

Assinatura e Carimbo
 Wagner Luiz Egito De Araujo
 ORTOPEDIA - 1001
 CRM - 10010
 RBO - 10010



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: <i>Joséildo do Rocio Pereira</i>									
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h							
SETOR:					LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:						
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:						
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:						
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>		NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>			HIPERTENSO <input type="checkbox"/>			
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>		INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>			ORIENTADO <input type="checkbox"/>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>		TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>			EUPNÉICO <input type="checkbox"/>		BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>		POLÚRIA <input type="checkbox"/>			OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		SVD <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>		CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>			ANÚRIA <input type="checkbox"/>			
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>		DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>			ACAMADO <input type="checkbox"/>		S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>		HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>			PARESIA <input type="checkbox"/>		RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
ST. GAS. ROINTEATINAL (JETEA)	VO <input type="checkbox"/>		SNG <input type="checkbox"/>			SNE <input type="checkbox"/>			
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>		DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>			OBESO <input type="checkbox"/>		CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA: <i>140/80</i>	T: <i>36,9</i>	FR:	FC: <i>75</i>	PESO:				
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
<input type="checkbox"/>	RISCO DE QUEDA				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	RISCO DE ASPIRAÇÃO				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	RISCO DE INFECCÃO				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA		<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	RISCO DE SANGRAMENTO				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	NÁUSEA				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	DOR AGUDA		<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA			CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	DÉFICIT NO AUTO CUIDADO		<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE		<input type="checkbox"/> PARA BANHO			CD/FR:	
<input type="checkbox"/>	INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO				CD/FR:				
<input type="checkbox"/>					CD/FR:				
<input type="checkbox"/>					CD/FR:				
<input type="checkbox"/>					CD/FR:				
					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA				
					FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
<input type="checkbox"/>	MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.								
<input type="checkbox"/>	REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.								
<input type="checkbox"/>	ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.								
<input type="checkbox"/>	INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.								
<input type="checkbox"/>	AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).								
<input type="checkbox"/>	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.								
<input type="checkbox"/>	POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.								
<input type="checkbox"/>	MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.								
<input type="checkbox"/>	MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECCÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).								
<input type="checkbox"/>	ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.								
<input type="checkbox"/>	REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.								



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F

Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22-03-2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 8

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Letão: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 15/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 6/6H SE DOR	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML. S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	SN (505)
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECBITO MUDANCA 2/2H	

DATA: 15/08/2019 HORA: 11:59:38

HD - FRATURA I/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATRÓPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITACÃO
DIURESE E EVACUAÇÕES +
NEGA QUEIXAS

CD: VPM

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

Handwritten signature and stamp of Wagner Luiz Egito de Araujo, CRM PB 8926, Orthopedist - Traumatologist.

14/08/19 - 08h30min - PA: 100x60

Paciente em EGR, consciente e orientada, aberta a tala hoje para verificar a integridade da pele, sem queixas de dor no momento. Segue aos cuidados de enfermagem.

Kelly Fernanda N. Mota
TÉC. ENFERMAGEM
COREN/PB 399.638

D - 14 - 08 - 19

H - 20:00

P.A 100 x 70

31-00106688-24800
BMS SONS S/A
COPEN-98.98.100-1E

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: **MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS**Data da Internação: **07/08/2019**Data da Alta: **17/08/2019**Registro: **1962017**Tempo de Permanência: **-18116**

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: **0408050500**Principais Exames: **EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL**Cirurgia: **OSTEOSINTESE**Data: **16/08/2019**

Equipe:

Cirurgião: **AMARO JORGE PINTO NETO**Aux 1: **EVERLAN DA SILVA MEIRA**Aux 2: **WAGNER LUIZ E DE ARAUJO**

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EMPERNA ESQUERDA, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS**Orientações:** SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA**Medicações para Casa::** PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!**Condições de Alta::** MelhoradoData **17/08/2019**

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz Egito De Araujo

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

Wagner Luiz Egito De Araujo
Cirurgião - PB 58432-809



GOVERNO DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Mozuona Ketlen Sousa Souten.

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

31/03/2009

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

FEV 20 08 10
R-07
Mozuona Ketlen Souten

EXAME SOLICITADO:

Rx: pelve AP; cotovelo (E) AP e P; punho (E) AP e P; tornozelo (E) AP e P.

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8468

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



**GOVERNO
DA PARAIBA**

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO
HOSF - DE EMERGENCIA E TRAUMA COM LUIZ GONZAGA F. ANDRES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: *Marcos Kepler Sen*

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
---------------	--------------	-------------	--------------	----------------	-----------------	-------------	---------------

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx do pulm (E) M.S.

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

18/06/15

HORA DA SOLICITAÇÃO:

*Requiere Luiz Celso de Medeiros
R. 13 - JARDIM BOTANICAL
53.093-5*

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/08/2019

Horas: 11:57:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :
Moriana Kethlen Sousa Santos

N° do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DHI - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 14/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 6/6H SE DOR	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 2h)	<i>20</i>
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECUBITO MUDANCA 2/2H	

CONCLUSÃO

DATA: 14/08/2019 HORA: 11:57:42

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

 PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

 Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
 ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBIA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/08/2019

Horas: 12:53:23

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DIH - 6

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 13/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICOMP, 6/6H SE DOR	5 IN 5 IN 2X
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML. S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	2X
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	1 onte
5	DECUBITO MUDANCA 2/2H	//

EM LUÇÃO

DATA: 13/08/2019 HORA: 12:53:15

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/08/2019

Horas: 11:56:37

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 **Paciente:** Mariana Kethlen Sousa Santos Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DH1 - 5

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 12/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento		
1	DIETA LIVRE A CRITERIO			
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO , 12h/12h	1/2	2/2	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	1/1	2/2	3/3
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/2	1/1	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	1/2	1/1	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA			0/0
7	DECUBITO MUDANCA 2/2H			

EVOLUÇÃO

DATA: 12/08/2019 HORA: 11:56:23

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ASSISTENTE EM ORTOPEDIA TRAMATOLOGIA
Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/08/2019

Horas: 16:09:33

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F

Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 9

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA F

DIA 16/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	✓
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 96
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 6/6H SE DOR	5/24
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	23
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	ATT
6	DECUBITO MUDANCA 2/2H	C.

EVOLUÇÃO

DATA: 16/08/2019 HORA: 16:08:26

PACIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO SEM INTERCORRENCIAS

CD: ANTIBIOTICOPROFILAXIA

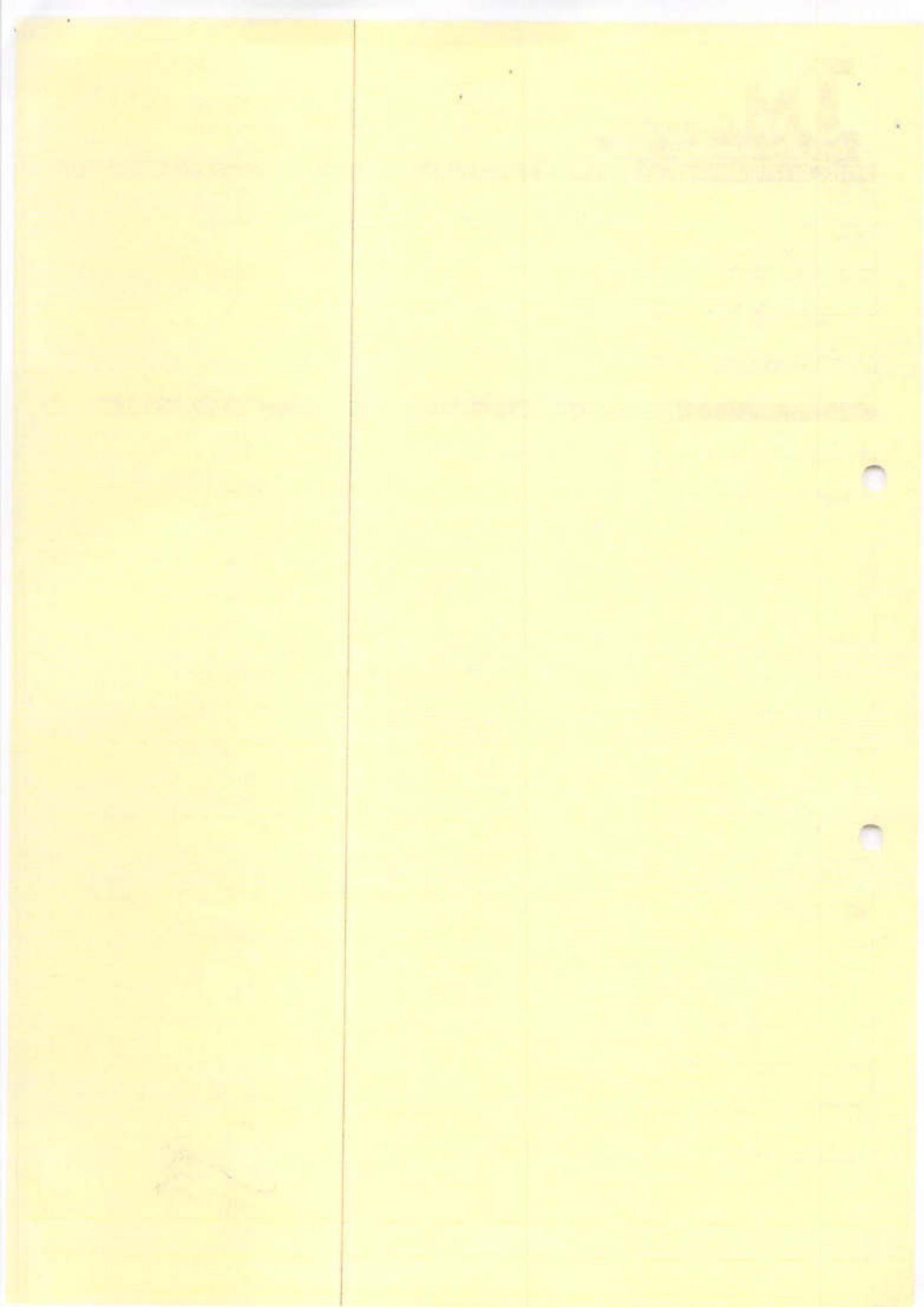
RX DE CONTROLE

DIETA POS RPA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - 17AL PATOLOGIA
CRM - PB 8925



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/08/2019

Horas: 22:53:31

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA *01* 1962017

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 *Mariana Ketlen Sousa* Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo: *5*

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DIH - 0

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA ESQ

DIA 07/08/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	<i>529</i>
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	<i>1</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	<i>00</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>00</i>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	<i>06</i>
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	<i>00</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 07/08/2019 HORA: 22:23:08

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

COND

RX PERNA 2 INC

INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

SOLICITADO EXAMEAS

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/08/2019

Horas: 06:35:27

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: *Marciana Ketlen* SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo: *4*

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DIH - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA ESQ

DIA 08/08/2019

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

Item	Prescrição	ATT	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	<i>AT</i>	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	<i>12</i>	<i>22</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	<i>12</i>	<i>22</i> <i>26</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>12</i>	<i>24</i>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	<i>26</i>	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA		

EVOLUÇÃO

DATA: 08/08/2019 HORA: 06:34:36

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

COND

INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

LICITADO EXAMES EM ANDAMENTO

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: *Kaiana* *Marlene Ketlem* Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DHI - 2

Clinica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA ESQ

DIA 09/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	<i>et</i> 12-24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	14-22-06
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12-24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	<i>e.T.</i>

EVOLUÇÃO

DATA:09/08/2019 HORA:00:38:05

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

COND

INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO
AGUARDO PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro



Data: 10/08/2019
 Horas: 07:37:35
 Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara

4

8-3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE : *MARIANA KATHEN SOUSA Santos*
 Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: ~~22~~ 16 anos.
 Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo: *Feminino*
 Clínica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 5 Diagnóstico: FX 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA E

DIA 10/08/2019
 MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	CT
	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO, 12h/12h	18.00
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	14.22.06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12.06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	CT
7	DECUBITO MUDANCA 2/2H	CT

3º DIA

BEG, estável, si queixas no momento.

Divã 12 (+) ETC = (-) 3d.

ENV = OK

Cd: upm
 = Aguarda cirurgia

Dr. Ywry De Paiva
 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
 CRM-PA 17.487

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/08/2019

Horas: 08:55:38

Médico (a) : Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO DA PARALIMBA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 1962017 Paciente: SEMI DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Lcto: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 11/08/2019

MEDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Prescrição

Aprazamento

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. HERASCO, 12h/12h	12. 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, 2 ML. E.V. IAMPOLA, 8h/8h DIH em SF	12. 24
4	TENOXCAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IERA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12. 24
5	RANTIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML, 2 ML. E.V. IAMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) DIH em 100 ML SF	12. 24
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	12. 24
7	DECBITO MUDANCA 2/2H	12. 24

EVOLUÇÃO

DATA: 11/08/2019 HORA: 08:55:10

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
CRM - PR 8925
R. ORTOPEDIA - PARAILIMBA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

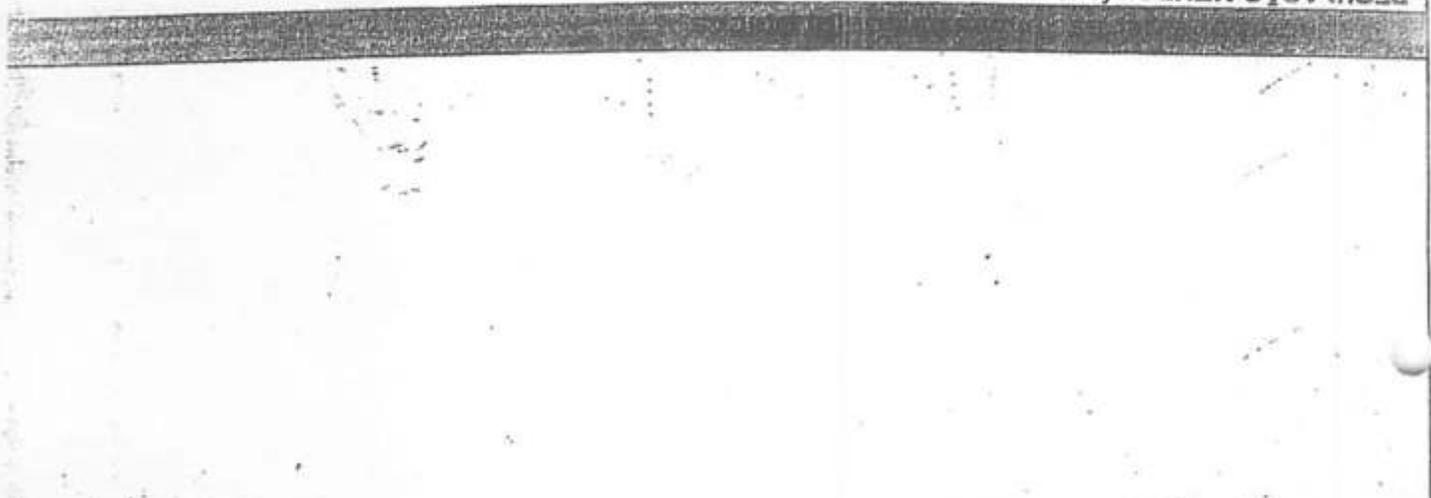
BOLETIM DE ENFERMAGEM						
NOME: <u>Mariano Ketlen</u>						
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h				
SETOR: <u>Ortopedia I</u>		LEITO: <u>8-3</u>				
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>fx V3 Médio + tibia (e)</u>						
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:				
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>			
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>			
MOBILIDADE:	DEÁMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÁMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>			
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> NÁUSEA					CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO				CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:	
<input type="checkbox"/>					CD/FR:	
<input type="checkbox"/>					CD/FR:	
<input type="checkbox"/>					CD/FR:	
					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
					FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL						
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>12/12/00</u>				
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.						
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/ MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.						
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).						
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.						
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.						
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.						
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).						
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.						
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>12/12/00</u>				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: *MARINHO WITTON* | Registro: | Letto: *0803* | Setor Atual: *WITTON*

Sinais vitais: Tax: °C: P: bpm: FR: lpm: PA: mmHg: FC: bpm: SP02: %
 HGT: mg/dl: Peso: Kg: Altura: cm | Dor: () Local: | Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outr
 GLASGOW(3-15):
 Drogas (Sedação/Analgesia):
 Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mídricas () Mídráticas
 Mobilidade Física: (x) Preservada () Parésia () Plegia () Parestesia Local:
 Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
 () VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
 (+) Eupneia: () Taquipneia () Bradipneia () Dispneia () Outros:
 Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente: (x) Diminuídos () D () E
 Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
 Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:
 Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:
 Date de inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:
 Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:
 SEGURANÇA FÍSICA
 (x) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:
 REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR
 Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquencia.

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

Drugas vasculares: () Quais?

Ausculta cardíaca: Ritmica () Arritmica () Sopra () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Disseção. Localização: W

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

Eliminação urinária: Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito 1 ml/h;

Aspecto: () Outros:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:

Dreno: () Tipo/Aspecto:

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

AVLIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

5 - Necessidades Psicoespirituais

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

*paciente com fratura MTE, por isso ele
foi agendada cirurgia.*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

[Assinatura]
Gleuzia Rodas

DATA: 14/08/19 HORA: 8:00

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: *Maura Salmes Almeida* Registro: *8* Letto: *3* Setor Atual: *UTI*

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

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

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outros
 GLASGOW(3-15):
 Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mioticas () Midríaticas
 Mobilidade Facial: () Preservada () Parésia () Plegia () Paréstesia Local
 Linguagem: () Qual? () Qual? () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % I/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
 () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
 () Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

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

Gesometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO2 EB SPO2 Data: / / Hora:

PERCEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 16/08/15 HORA:

INTERCORRENCIAS

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

RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

5. INTERFERENCIAS RELIGIOSAS/ESPIRITUAIS

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

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

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

INTERFERENCIAS NAS RELACIONES PSICOSSOCIAIS

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

SONO E REPOUSO

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Débito: Curativo em:

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

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

Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escorções () Outros:

INTEGRIDADE FISICA E CUTANEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: Observações:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito m/h:

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

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

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

Alterações: () Inapetência () Distúrgia () Intolerância alimentar () Vômito () Príose () Outros:

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

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema: () MSS () MIII () Face () Anasarca. Observações:

Cateter vascular: () Periférico () Central () Disséccao. Localização: Data da punção: 15/08/15

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Drugas vasoativas: () Quais?

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

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1961912

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: 07/08/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente : acolhimento

PACIENTE: MARIANA KEDLEN

CEP:58400002

Nascimento:22/03/2003

SOUSA SANTOS

Sexo:F

Telefone: 986092485

Endereço:DEPUTADO JOSE GAUDENCIO

Idade:016

Bairro:MONTE CASTELO

Cidade: Campina Grande

RG: 4543109

Nº:161

Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA

CPF: 14464700403

Profissão:ESTUDANTE

Responsável:

Data de

CNS:52145201458

Estado Civil:

Atend:07/08/2019

CONVÊNIO:SUS

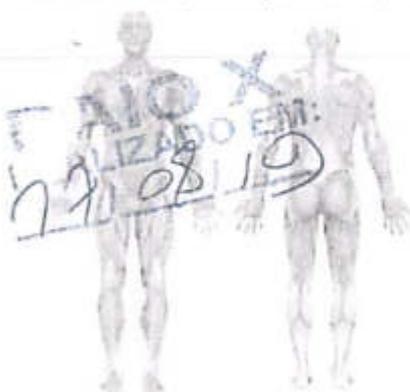
Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Hora: 19:07:41

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Abrasão | 18. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 19. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 20. Hematoma |
| 4. Contusão | 21. Injurgimento Venoso |
| 5. Cretação | 22. Laceração |
| 6. Dôr | 23. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 24. Luxação |
| 8. Empalhamento | 25. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 26. Movimento tóxico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 27. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 28. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 29. Parálise |
| 13. F. Arma de fogo | 30. Parestesia |
| 14. F. Cortado | 31. Queimadura |
| 15. F. Cortante | 32. Rindorragia |
| 16. F. Corto-contuso | 33. Sinais de Isquemia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 34. |
| 18. F. Perfuro-cortante | 35. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADO () NÍCOS ()

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia: _____

() Gasometria arterial

() Radiografias: _____

() Tomografia Computadorizada

() _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234




Monnera Kedlen Sousa Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 4.543.109

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/07/2016

WILMA KEDLEN SOUSA SANTOS

FILIAÇÃO JOSE EMERSON PEREIRA DOS SANTOS
MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA

NASCIMENTO 22/03/2003

NACIONALIDADE CAMPINA GRANDE-PB

DDC ORDEM CERT. NASC. Nº 5692 - LIV. 06 - FLS. 250 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE PB

CPF 144.847.004-03

Monnera Kedlen Sousa Santos

LEI Nº 6.118 DE 29/08/03

A+

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.254.828 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/09/2009

NOME MÉRZIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA DE SOUSA
LUCIENE BRITO DE SOUSA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 06/10/1985

DOC. CRIBES CASAM N.042189 FLS.000033 LIV.B86B

CARTORIO 1 CAMPINA GRANDE-PB

CPF 091.700.504-06

João Pessoa - PB

Mércia Betânia de Sousa Macedo
ASSINATURA DO TITULAR
LE N.º 7.116 DE 29/08/83

CARTeira DE IDENTIDADE

Mércia Betânia de Sousa Macedo
ASSINATURA DO TITULAR




ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 P-917

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RES. MÃE DE NATIvIDA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF

091.700.504-06

MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

06/10/1985

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071868 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 07/08/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TERÇO MÉDIO DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: P1/6/7/9/10/11/13/29_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058317/20

Número do Sinistro: 3200071868

Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

CPF: 144.647.004-03

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 07/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020
Nome: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA
CPF: 091.700.504-06

MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA