

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

Carta nº 15506093



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



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: 0058331120 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)

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 (mãe/nascido)? ☐ 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 Brub

x Mariana Ketlen Sousa Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 0058331120 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)

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 (mãe/nascido)? ☐ 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.

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

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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:

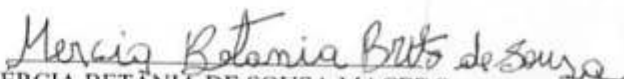
QUANDO ESTAVA NA SUA RESIDÊNCIA RECEBEU UMA LIGAÇÃO LHE INFORMANDO QUE A SUA FILHA MENOR DE NOME "MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO DO TIPO ATROPELAMENTO E TINHA SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB 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



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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 POLÍCIA 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.


Governo 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

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.355-0

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: 0058331120 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)

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 (mãe/nascido)? ☐ 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 Brub

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

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: 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: 101 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58402-090
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 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) ☐ Itaú (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 nascturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) MÉRCEIA BEÂNIA DE SOUSA MACEDO

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000026669-7

Nr. da Autenticação C41B9E3D963A0DD5

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 S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.052.839-1

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/45678-0

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

06/09/2019

CONSUMO

64

VENCIMENTO

13/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 21,03

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00208.386177 1 801100000002103

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 S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.052.839-1

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/45678-0

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

06/09/2019

CONSUMO

64

VENCIMENTO

13/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 21,03

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00208.386177 1 801100000002103

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

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 | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injeção de Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parastesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorrágia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Síncope de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Fratura da tibia e fíbula? (Atropelamento)
 (E)

Cirurgião

EXAME PRIMÁRIO - DADOS NÍCOS

LOTE, epnaga, membro superior esquerdo, co
 possível perfuração, imobilizada. G. visual livre. Nega
 trauma crônico. Nega de abaixo do joelho e
 sem lacerações

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 9.5 PA 170 x 80 HGT: - SatO2 -

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:

07/08/19

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCK, ortopedista às 14:16 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	Taxogel 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

Paciente: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS, 16 ANOS, SAMU Idade: 02019 N° ATEND: 1961904 Data: 07/08/2019

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

SINATIS VITALIS

ALERGIAS :

MEDICACAO EM USO :
ESTADO GERAL :

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍNTILAS () TOSSSE

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO

VERMELHO

10.1.1 <http://projecthigginproject.class.pwp3.com/~1961904&dateid=2019-08-07&normalend=19-03-54>

HTCG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO
---------	------	----	----	---------	-----------------------------	----

OBS: SEM - 06
ENFERMEIRO COREN
ACOLHIMENTO

Aphanda foveata
Pl. commun. a. fide

FAMÉ SECUNDÁRIO / PARCELO MÉDICO

#090900012 #

07/03/19

110900012

Paciente vítima de atropelamento
apresentando lesões em membros inferiores (L)

Dr: Ex de 11/11/18

CRM: Entrevista após
atropelamento de 1. (L)

Exame físico: sem lesões agudas
nos membros inferiores
na região do tornozelo.

Daniel Dean
Atendimento
CRM 95000

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 8843

Paciente sem indicação de cirurgia
pela Cirurgia Geral

CD: Alta Cirurgia Geral
Ass. cuidados de Ortopedia

DESTINO DO PACIENTE / / às / hr.

SERVIÇOS REALIZADOS:

ROGÉRIO PERONICO
CRM 95000

☐ Centro cirúrgico

☐ Internação (setor)

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

☐ Alta hospitalar / ☐ Revella
/ ☐ Decisão Médica

☐ Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SIGLA/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL.H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TAT. CÂNB. DE FERT. DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

PRACA DEP CORTICA 4.5 X 10F

01

PRACA 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

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Dr. Wagner + Dr. E. Araújo
 + Dr. ...

Cx 4.5 C. FERT. UNO 116

Cx 1X PRACA 4.5 1X 51V

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Assinatura]

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



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

Clinica: ORTOPEDIA 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 CRITÉRIO	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR, 3 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 MUDANÇA 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, DIPHENHIDRAMINA 1G VO 6/6H CASO DOR


ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araújo

CRM - PP 8926

Dr. Wagner Luiz Góes de Araújo
Médico Oncologista - Hematologista
CRM - PB 8926

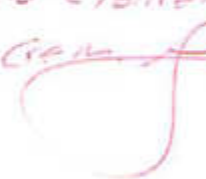
16/08

18:10


Paciente em P.O. Sem queixas até o momento e medicação c.p.m. 

437442

16/08 20:00h. P.A = 120x70.

Paciente evolui consciente e orientada, recebe as cuidados da enfermagem. 

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL


PACIENTE: <i>M. ...</i>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
CIRURGIA		CIRURGIÃO				
ANESTESIA		ANESTESIA				
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Catet. p. Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimore amp. 0,2mg		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenagum amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pozzer nº		Ethicon	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethicon	
01	Mercalina 0,5% ml		Equipo de Macrogotas		Ethicon	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Espandrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelcin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	04	Mononylon 4-0	
	Thionexibutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fiebacortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Goramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp		Poiflix			
	Haemacel ml		Pasta Degemante ml			
	Heparina ml		PVP Tópico nº			
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SOROS	
01	Laser amp. Torogel		Saco coletor	09	SG Normolermico fr 500 ml	
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
01	Rascl amp. Nauseadon		Seringa desc. 20 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Prolamira		Seringa desc. 05 ml	04	SG Ring fr 500 ml	
	Revivan amp		Sonda		SG fr 500 ml	
	Stupanton amp		Sonda kelly			
02	Cefadina 1g		Sonda Nasogálica		ORTESE E PRÓTESE	
			Sonda Uretral nº			
			Sierydrom ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Golcon 18			
03	Agulha desc. 28 x 25 40x10		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5					
01	Agulha p/ raque nº 23					
05	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
03	Aladuras de Crepon 25cm					
	Aladuras de Gessoda					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria José G. ...
Téc. Enfermagem
COREN-PA 20071

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, Dispneia = 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:		


 HUGO DE ALMEIDA L. E. M.
 ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PB 2686 - ROE 4563

Assinatura do anestesista

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Mauricio Kiedler Sousa Santos		Idade:	36	
Convênio:			Data:	16/08/19	
Procedimento:	T ^{ra} leir. cl Fixação de Fostuna de Tíbia Org				
Clurgião:	D ^r Couton	Auxiliar:	D ^r Wagner	Anestesista:	D ^r Humberto
Início:	14:00	Término:	16:05	Anestesia	T Rague

[illegible][illegible]

Observações:

[Handwritten signature and stamp: RECEBIDO 20-05-2017 12:00]

Assinatura Anestesista **Circulante**

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR	
DATA	16/08/19	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMA	UREIA	OUTROS			
	URINA								
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO				DENTES	PESCOÇO	AP. URMÁRIO			
ESTADO MENTAL				ATAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES							INDUÇÃO		
LIQUIDOS							Satisf. _____ Excit. _____ Tosse: _____		
CÓDIGOS							Largo esparmo: _____ Lenta: _____		
							Náuseas: _____ Vômitos: _____		
VP. AR							Outros: _____		
AL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO							MANUTENÇÃO		
ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
							Não, por quê? _____		
							DESPERTAR		
							Reflexos na SO: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____		
POSIÇÃO							Náuseas: _____ Vômitos: _____		
AGENTES							Outros: _____		
TÉCNICA							Com cânula: _____		
OPERAÇÃO							Para o Leito Sim _____ Não _____		
CIRURGIÕES							CONDIÇÕES:		
ANESTESISTAS							CÂNULAS		
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.							PERDA SANGÜÍNEA		

**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:

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/Carimbo
Wagner Luiz Egito De AraujoAssinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo
ORTOPEDIA - IMPLANTOLOGIA
CRM 198.888

15.08.19 às 9:00 PA 100x70

Paciente voluê estável consciente orientada
segue em cuidados da enfermagem.

Josilene Dias G
COREN-PB 177.451-TE

15/08/19

às 20:30h

PA : 120x80 mmHg

Paciente segue nos
cuidados da enfer-
magem. 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: <u>Joséildo do Rêgo Pereira</u>									
IDADE:	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	às	:	h
SETOR:					LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:						
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO		NORMOPOTENSO		HIPERTENSO				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE		INCONSCIENTE		ORIENTADO				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO		TAQUIPÊNICO		EUPNÉICO		BRADIPNÉICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL		POLÚRIA		OLIGÚRIA		ANÚRIA		SVD
MOBILIDADE:	DEÂMBULA		DEÂMBULA C/ APOIO		ACAMADO		S/ DEFICITE MOTOR		
	TETRAPLEGIA		HEMIAPLEGIA		PARESIA		RESTRITO NO PEITO		
ST. GAS. ROINTEATINAL (JETA)	VO		SNG		SNE				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO		DESNUTRIDO		OBESO		CAQUÉTICO		
DADOS VITAIS:	PA:	140/60	T:	36,9	FR:	FC:	75	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:				
					CD/FR:				
					CD/FR:				
					CD/FR:				
					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 ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.									



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 15/08/2019
Horas: 12:00:12
Médico (a) Responsável: Wagner Luiz Egito De Araújo *

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDILEN 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
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 15/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

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. ISTRINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECURBITO MUDANÇA 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 ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO
DIURSE E EVACUAÇÕES +
NEGA QÜEIXAS

CD: VPM

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

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

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
COREN-PA 599.638

D - 14 - 08 - 19

H - 20:00

PA 100 x 60

Unidade dos Santos Silva
COREN-PA 958.700-15

GOVERNO
DA PARÁ

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 Kellen Souza Santos*

Nº 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 Enfermario: 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 22h)	<i>22</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
CRM: 8920

13/08/19 Consciente, orientado, aceita dieta, 19peri-
do P.A. 90x60; P=83. Seguem os cuidados.
19mo Neg.

13/08/19 às 20:20hs

P.A.: 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:

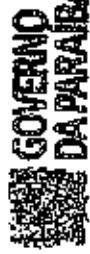
Medicamentos:

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

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
CRM - PB 6226



GOVERNO
DA PARÁ

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Moniana Ketlen Sousa Sorten

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

31/03/2003

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

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO: Rx: pelve AP; coxa (E) AP e P; perna (E) AP e P;

ternozelo (E) AP e P.

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8466

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

07/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 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

Endereço:

Sexo: F Telefone:

Cidade:

Idade: 02/01/1975 Bairro:

Nome da Mãe:

RG: Nº: 0

Responsável:

CPF: Profissão:

Estado Civil:

Data de Atend: 07/08/2019 CNS:

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Hora: 19:02:34

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura ossoa fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura ossoa aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injurgimento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Contuso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinoorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Fratura da tibia e fíbula? (Atropelamento)
(E)

Cirurgião

EXAME PRIMÁRIO - DADOS NÍCOS

LUTE, eupneia, membros inferiores esqueléticos, co-
Possível preterea, mobilizado. Caputal livre. Merg
trauma crônico. Refere de abalo do joelho e
sem lacerações

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 15 PA 170 x 80 HGT: - SatO2 -

EXAMES SOLICITADOS:

- | | |
|--------------------------------|---|
| () Laboratoriais | () Ultrassonografia: |
| () Gasometria arterial | () Radiografias: tórax, coluna, AP e perfil, Perna E |
| () Tomografia Computadorizada | () Tomografia AP e P |

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR / 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	Torax 30mg + Água destilada EV, água	
4	Dipirona 1g, água (suspensão)	
5	SF 0.9% 500ml EV, água	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8468


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Moinhos, 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
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: POR CARRO

SINAIS VITAIS

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

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

ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - 192
ENFERMEIRO COREN
acolhimento

Assinatura do enfermeiro
Alcides A. de Jesus

PRONTO-SOLUÇÕES / PARCEIRO MÉDICO

Montepédia #

07/08/19

+ NOR

*Paciente vítima de atropelamento
apresentando dor em pernas (L)*

Dr. L. de A. L.

*CRM: ENT-255 2713
8/52 de C. L.*

*exame: no abdômen
no abdômen, no abdômen*

no abdômen, no abdômen

*Daniel Dean
NEUROCIRURGIÃO
CRM 9500*

*Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PP 8843*

*Paciente sem indicação de cirurgia
para Cirurgia Geral*

CD: Alta Cirurgia Geral

Ass. cirúrgicos de Ortopedia

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

ROGERIO PERONICO

CRM 9500

☐ Centro cirúrgico _____

☐ Internação (setor) _____

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

☐ Alta hospitalar ☐ Alta reativa

☐ Decisão Médica

☐ Óbito

CODIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRILMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

MARIANA KENEN SOUSA SAUTOS

Nº DO PRONTUÁRIO

N.º AL. H.

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

T.T. CERV. DE FBT DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
PRACA DCP CERVICA 4.5 DE JOF		01	
PRACA CERVICA 4.5 x 28		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

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Dr. WAGNER + DR. EVOLUÇÃO
+ DR. CARLOS LUIS

Cx 4.5 G. FBT UNO 216
Cx 1x PALAR 4.5 1x 514

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Wagner

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

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: ORTOPEDIA 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 CRITÉRIO	
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, 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 MUDANÇA 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 - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

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

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Nome: *Marcelo Kellian S. Santos* Data: *16.08.2011*
 QI: *16000* LEITE: *SUS* CONVÊNIO: *SUS* IDADE: *36 anos* REGISTRO: *1061014*

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA: *Tto. Cirurgico. Comp. de* CIRURGIÃO: *Dr. Evandro + Dr. Vitorino*
 ANESTESIA: *Raque + Sedação* ANESTESIA: *Dr. Humberto*

INSTRUMENTADORA: *Ramon* DATA: *16.08.11* INICIO: *14h00* FIM: *16h05*

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. <i>0.2mg</i>		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 Grosso	
	Inova ml		Dreno Pozzer nº	Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas	Ethibond	
01	Mercaina <i>0.5% ml</i>		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	Esparradrapo Largo cm	Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	Mononylon <i>2.0</i>	
	Thiopental ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lamina de Bisturi nº 23	Prolene Serlix	
04	Agua Destilada amp.		Lamina de Bisturi nº 11	Prolene Serlix	
01	Decadron amp.		Lamina de Bisturi nº 15	Prolene Serlix	
05	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 l/m <i>Plasma</i>		
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml	05	Pasta Degenerante ml <i>Cloro</i>		
	Heparema ml	05	PVA Topico <i>Agua oxigenada</i>		
	Kanaktion amp.	05	Sabão Antisséptico		
01	Levor amp. <i>Toragex</i>	04	Saco coletor <i>Wet</i>		
	Medrolinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		
01	Nele amp. <i>Nauseol</i>	01	Seringa desc. 20 ml		
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuplanon amp.		Sonda Foley		
01	Cefalexina 1g		Sonda Nasogálica		
			Sonda Uretral nº		
			Sterydren ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Aguilha desc. 25 x 7		Golcon 18		
02	Aguilha desc. 28 x 28 <i>40x10</i>	01	Látex		
	Aguilha desc. 3 x 4.5	05	<i>Cloro</i>		
01	Aguilha p/ raque nº 23	05	<i>Agua oxigenada</i>		
05	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
03	Aladuras de Crepon <i>95cm</i>				
	Aladuras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

SOROS

SG Normotermico fr 500 ml
 SG Gelado fr 500 ml
 SG Hipertermico fr 500 ml
 SG Ring fr 500 ml
 SG fr 500 ml *limpeza*

ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria José B. Claudio
 Téc. Enfermagem
 COREN-PA 25077

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

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

[Assinatura]
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 7086 - RQE 4582

Assinatura do anestesista

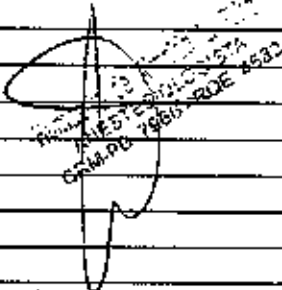


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Marcos Redden Sousa Santos	Idade:	36
Convênio:		Data:	36/08/19
Procedimento:	TR. lora. cl. Fixação de Fastum de Tibia Ortop.		
Cirurgião:	D ^r Evandro	Auxiliar:	D ^r Wagner
		Anestesista:	D ^r Humberto
Início:	14:00	Término:	16:05
		Anestesia:	Torax

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Marcos Roberto Souza</u>			IDADE <u>18a</u>	SEXO <u>F</u>	COR <u>-</u>
DATA <u>16/08/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜINEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREA	OUTROS	
					URINA		
AP. RESPIRATÓRIO <u>NW + 2w Art</u>					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <u>na 27</u>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO <u>Ijun 25m</u>			DENTES	PESCOÇO	AP. URENÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATAIRADOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <u>B5</u>				APLICADA AS	EFEITO		
AGENTES					INDUÇÃO		
LÍQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
CÓDIGOS					MANUTENÇÃO		
VIA AEREA					1) Cafezalina 2g 2) Midazolam 2,5mg 3) fentanyl 0,1mg 4) D-cadex-vz ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ 5) D-finaz 3g DESPERTAR		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____		
POSICÃO					CONDIÇÕES:		
AGENTES					REFLEXOS NA SO: _____		
TÉCNICA					CANULAS		
OPERAÇÃO							
CRUQUIÇOS							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATORIAS E PÓS-OPERATORIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		



Número do Prontuário: 153565

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

Número do Atendimento: 1962017 Clín: 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:

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 Egitto De Araujo
CRM 10.148/1962017
P5

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: <u>Joséildo da Rocha Pereira</u>									
IDADE:	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	às	:	h
SETOR:					LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:						
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO		NORMOPOTENSO		HIPERTENSO				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE		INCONSCIENTE		ORIENTADO				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO		TAQUIPÊNICO		EUPNÉICO		BRADIPNÉICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL		POLÚRIA		OLIGÚRIA		SVD		
	DUSÚRIA		CISTOSTOMIA		ANÚRIA				
MOBILIDADE:	DEÂMBULA		DEÂMBULA C/ APOIO		ACAMADO		S/ DEFICITE MOTOR		
	TETRAPLEGIA		HEMIAPLEGIA		PARESIA		RESTRITO NO PEITO		
ST. GAS. ROINTEATINAL: (JET)	VO		SNG		SNE				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO		DESNUTRIDO		OBESO		CAQUÉTICO		
DADOS VITAIS:	PA:	140/80	T:	36,9	FR:	FC:	75	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 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.									



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 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 15/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio 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 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMATISMO NA PERNA ESQ

DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

DIURSE E EVACUAÇÕES +

NEGA QÜEIXAS

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egídio De Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PS 8926

Dr. Wagner Luiz Egídio De Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PS 8926

14/08/19 - 08h10min - PA: 100x60

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

Kelly Fernanda N. Mota
TÉC. ENFERMAGEM
CORECTB 599.638

D - 14 - 08 - 19

H - 20:00

P.A 100 x 70

31-00/056 88-42800
CORREIO DOS SANTOS SÃO
BMS SANTOS 500 BULGOS



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 Araujo

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

Wagner Luiz Egito De Araujo
Médico - CRM - PB 6126



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAM

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:

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

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8468

RESPONSAVEL PELA SOLICITAÇÃO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSP - DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM JUIZ

REQUISICÃO DE EXAME

Meine kleine Schwester

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS:							
MATERIAL A EXAMINAR:							
EXAME SOLICITADO: Rx de Pm E.M.S.							
URGÊNCIA:			ROTINA:				
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:						

RESPOSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

Hospital São João de Alagoas
Setor de Radiologia
Data: 09/06/15

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 :***Morima Ketlen 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 DIH - 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 12h)	<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
CRM-PB 8920

GOVERNO
DA PARAÍBA

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	5 IN
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICAMP, 6/6H SE DOR	5 IN 22
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	5 IN
5	DECUBITO MUDANCA 2/2H	11

FOLHA DE

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
DR. 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 Ketellen Sousa Santos*
SEM DOCUMENTOS

Idade: 02019 Sexo:

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

Clínica: 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	1/4 2/2 3/4
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/2 1/4
	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	1/2
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	1/2
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
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 CRITÉRIO	✓
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 96
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1 COMP. 6/6H SE DOR	5/24
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	23
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	ATT
6	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	C.

EVOLUÇÃO

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

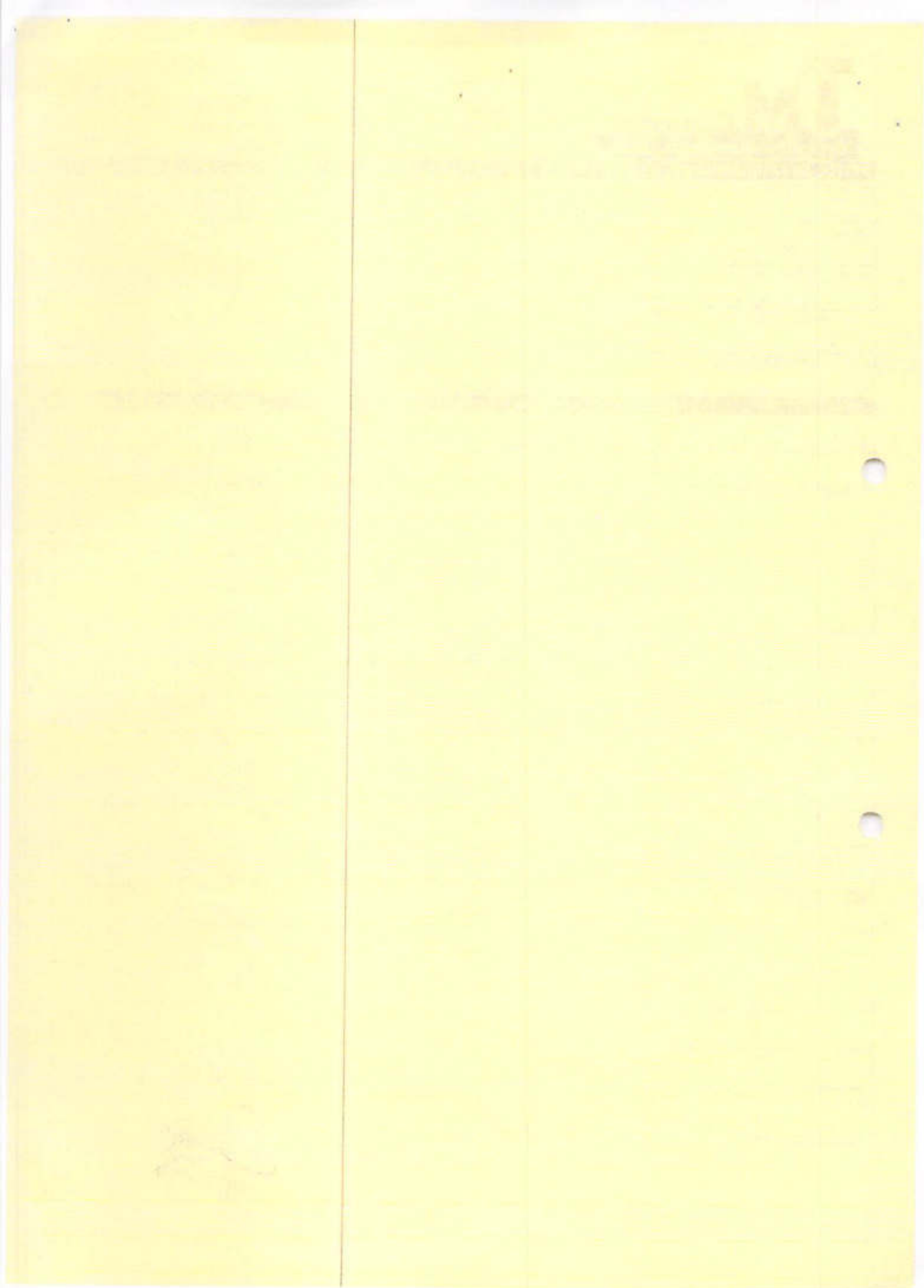
PACIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO SEM INTERCORRENCIAS

CD: ANTIBIOTICOPROFILAXIA

RX DE CONTROLE

DIETA POS RPA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De AraujoDr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - 1ºAL. ORTOLOGIA
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

1962017

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 - 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	529
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	1
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	00
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	00
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	00

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

TERNADO 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:

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) /

Item	Prescrição	ATT	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	<i>12</i>	<i>22</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>
4	TENOICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>12</i>	<i>22</i>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	<i>12</i>	<i>22</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)

GOVERNO
DA PARAÍBA

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 DHI - 2

Clínica: 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	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	P.T.

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
AGUARDANDO PRE OPASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

4

8-3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

MARIANA KETHLEN SOUSA Santos

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 16 anos.

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

Clinica: 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
2	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 DJH

BEG, efetivo, si queixas no momento.

Dúvidas (+) E+C: (-) 3d.

ENV = OK

Cd: Upm

= Aguarda cirurgia

Dr. Ywry De Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 11.887



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

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Letor: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 11/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araújo /

Item Prescrição

1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. HFASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	
4	DIH em SF	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. HFRA AMP, 12h/12h	
6	Reconstituir 2ML ABD.	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h)	
8	DIH em 100 ML SF	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
10	DECURBITO MUDANCA	
11	2/2H	

EVOLUÇÃO

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

HID - 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 Egídio De Araújo

Dr. Wagner Luiz Egídio de Araújo
CRM - PA 8925
OR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: <u>Mariano Ketlen</u>									
IDADE:	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	às	:	h
SETOR: <u>Ortopedia I</u>				LEITO: <u>8-3</u>					
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>fx V3 Med. o + tibia (c)</u>									
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:						
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO		NORMOPOTENSO		HIPERTENSO				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE		INCONSCIENTE		ORIENTADO				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO		TAQUIPÊNICO		EUPNÉICO		BRADIPNÉICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL		POLÚRIA		OLIGÚRIA		SVD		
	DUSÚRIA		CISTOSTOMIA		ANÚRIA				
MOBILIDADE:	DEÁMBULA		DEÁMBULA C/ APOIO		ACAMADO		S/ DEFICITE MOTOR		
	TETRAPLEGIA		HEMIAPLEGIA		PARESIA		RESTRITO NO PEITO		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO		SNG		SNE				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO		DESNUTRIDO		OBESO		CAQUÉTICO		
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:					
				CD/FR:					
				CD/FR:					
				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.				12/12/20					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER 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 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.				12/12/20					

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

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

Drugs vasotivas: () Quais?

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

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissipação. Localização: _____

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: _____

Alterações: () Inapetência () Distúrbio () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose (X) Outros: *NAUSEA*

Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: *APÓS BJEITA*

RHA: (X) Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h: _____

Aspecto: () Outros: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros: _____

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

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____

Dreno: () Tipo/Aspecto: _____

Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente (X) Parcialmente dependente. Observações: _____

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

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

SONO E REPOUSO

(X) Preservado () Insônia () Sono interrompido. Observações: _____

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____

DATA: 13/08/19 **HORA:** 09:30

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: MARINHO, KATIA Registro: 0803 Letto: 0803 Setor Atual: UTI

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 () Mídricas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

(+) Eupneia: () Taquipneia () Bradipneia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

Gaseometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS 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.

[Assinatura]
 Gilson, Radoso

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 14/08/13 HORA: 8:00

*Paciente com fratura MTE, por isso de
 total segunda cirurgia.*

INTERCORRÊNCIAS

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

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

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

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

() 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: Cuidado em: Retirado em:

Dreno: () Tipo/Aspecto: Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: Observações:

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

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

RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () 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: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Drogas vasodilatadoras: () Quais?

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

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: *Maria Sônia da Silva* Registro: *8* Leito: *3* Setor Atual: *UTI*

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

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

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outr
GLASSGOW(3-15):
Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paralisia () Plegia () Parestesia Local:
Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % I/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMINI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
() Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto:
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:
Gesometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

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

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Precordialgia: ()	
Drogas vasodilatadoras: () Quais?	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateeter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Disséccao. Localização: <input checked="" type="checkbox"/> M. S.D.	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
Alimentação e eliminação (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: 1/1	
Alterações: () Inapetência () Distúrgia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normotativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD. Débito ml/h:	
Aspecto: () Outros:	
Integridade física e cutâneo-mucosa	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	
Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas	
Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	
Úlcera de pressão: () Estágio:	
Local: Débito: Retirado em: Curativo em:	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
Sono e repouso	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
Intervenções nas situações psicológicas	
Comunicação, gregária e segurança emocional	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada	
Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5. INTERVENÇÕES PSICOPEDAGÓGICAS	
RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
DATA: 16/08/15 HORA: 14	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	

GOVERNO
DA PARAÍBASECRETARIA 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 : acolhimentoPACIENTE: MARIANA KEDLEN
SOUSA SANTOS

CEP:58400002

Nascimento:22/03/2003

Endereço:DEPUTADO JOSE GAUDENCIO

Sexo:F

Telefone: 986092485

Cidade: Campina Grande

Idade:016

Bairro:MONTE CASTELO

Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E
SOUSA

RG: 4543109

Nº:161

Responsável:

CPF: 14464700403

Profissão:ESTUDANTE

Estado Civil:

Data de

CNS:52145201458

Atend:07/08/2019

CONVÊNIO:SUS

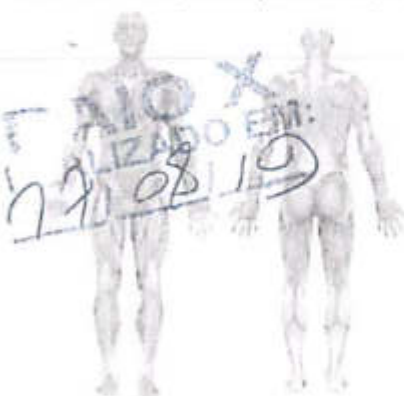
Hora: 19:07:41

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

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. Injúria de Vencido |
| 5. Crepitação | 22. Laceração |
| 6. Dor | 23. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 24. Luxação |
| 8. Empalme | 25. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 26. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Examegamento | 27. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 28. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 29. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 30. Paralisia |
| 14. F. Cortado | 31. Paralisia |
| 15. F. Cortante | 32. Paralisia |
| 16. F. Corto-contuso | 33. Queimadura |
| 17. F. Perfuro-contuso | 34. Rinite |
| 18. F. Perfuro-cortante | 35. Sinais de isquemia |
| | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS GERAIS

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:

RESULTADOS ESPERADOS:

[illegible]

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234




Mariana Kedlen Sousa Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/07/2016

4.543.109

MANIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

RELACÃO

JOSE EMERSON PEREIRA DOS SANTOS

MERCIA BETÂNIA BRITO E SOUSA

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO 22/03/2003

CEGO ORDEM

CERT. NASC. Nº5692 - LIV.06 - FLS.250 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE PB

CNPJ 144.947.004-03

Mariana Kedlen Sousa Santos

LEI Nº 6.719 DE 29/08/83

A+

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME MÉRICA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA DE SOUSA
LUCIENE BRITO DE SOUSA

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

DOC. GRISES CASAM N.042189 PLS.000033 LIV.B86B

CARTORIO 1 CAMPINA GRANDE-PB

CPF 091.700.504-06

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 P-917

ASSINATURA DO TITULAR

MÉRICA Betânia de Sousa Macedo

Imagem do Conjugado

Imagem do Titular

RES. MÃE DE NATALIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cartão de Identificação Fiscal

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/08/2019

Titular do CPF: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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