



Número: **0807829-07.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **28/04/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42318 465	27/04/2021 10:54	Petição	Petição
42318 469	27/04/2021 10:54	2760306_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos
42318 471	27/04/2021 10:54	2760306_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544099700000040268223>
Número do documento: 21042710544099700000040268223

Num. 42318465 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624325

Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0185501856 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15082089



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627>
Número do documento: 21042710544144600000040268627

Num. 42318469 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200036601 Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15408832



01501/01502 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627>
Número do documento: 21042710544144600000040268627

Núm. 42318169 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200036601 Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Informamos que o pagamento da indenização do S

informações que o pagamento da multa exigida no artigo 21, § 1º, II, do Código de Defesa do Consumidor.

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005770-3

Conta: 0000025609-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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-DRVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
00 304 341 20	733.666.279-15	Maria Alice Marques Pereira Cardoso		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Riceiro	Endereço:	Av. Manoel Tavares	Número: 7301 Complemento: A
Bairro:	Aleto Branco	Cidade:	Lampião Grande	Estado: PB CEP: 58401-000
E-mail:	Tel.(DDD): 73/98108-8728			

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5770

3

CONTA: 25609

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Lampião Grande, 22/01/20
Name:	
CPF:	

(* Assinatura de quem assina A RODO

Maria Alice Marques Pereira Cardoso

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

** OBRIGATÓRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627>
Número do documento: 21042710544144600000040268627

Num. 42318469 - Pág. 5



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. 1161/2019, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 31 de outubro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 13:00 horas, compareceu a Sra. Maria Alice Marques Pereira Cardoso, portadora da cédula de identidade nº 1 399.473 Seds/PB, CPF nº 733.606.274 - 15, brasileira, natural de João Pessoa/PB, casada, com 49 anos de idade, filho de José Marques Pereira e de Josefa de Melo Pereira, do lar, residente à rua Manoel Tavares nº 1301, Campina Grande-PB, a qual notificou que, Na noite do dia 29 de agosto do ano fluente, por volta das 19:00 horas aproximadamente, se conduzia na garupa da motocicleta marca Honda – POP, de placa 0GA 2322/PB, chassi nº 9C2JB0100JR108400, cadastrada em nome de Andreza Karla Marques Cardoso, conduzida por seu marido Isomar Cardoso da Silva, na rua São Luis, bairro do centro, regressando de trabalho e ao trocar de marcha bruscamente na subida de uma ladeira, perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, a Notificante foi socorrida ao Hospital de Traumas Dom Luiz Gonzaga, onde foi submetido a procedimento cirúrgico, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 31 de outubro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Maria Alice Marques Pereira Cardoso





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0030034120	CPF da vítima: 733.666.279-15	Nome completo da vítima: Maria Alice Marques Pereira Cardoso
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Maria Alice Marques Pereira Cardoso	Endereço: Av. Manoel Iavanes	CPF: 733.666.279-15
Profissão: Recreio	Número: 7301	Complemento: A
Bairro: Alto Branco	Cidade: Lampião Grande	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58401-000	
	Tel.(DDD): 84/98708-8725	

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 5770 CONTA: 25609
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5770 CONTA: 25609
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Local e Data: Lampião Grande, 22/01/20
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05770-3

CONTA: 000000025609-9

Nr. Autenticação
BRADESCO04022020050000000002370577000000025609168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627>
Número do documento: 21042710544144600000040268627

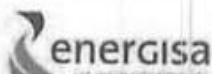
Num. 42318469 - Pág. 8

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é sujeito à de cotação.

Recibo para efetuar pagamento da fatura bimestral da energia elétrica N° 004.373.247



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-720
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 18.003.538-1

DADOS DO CLIENTE

IRENE DA SILVA SOUSA
AV MANOEL TAVARES 1301 A
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/161062-5

REFERÊNCIA
AGO/2019

APRESENTAÇÃO
09/08/2019

CONSUMO
158

VENCIMENTO
01/09/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 101,09

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/09/2019

Pagador: IRENE DA SILVA SOUSA CNPJ/CPF: 000.761.654-69

AV MANOEL TAVARES 1301 A - ALTO BRANCO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000047001	000161062201908	01/09/2019	R\$ 101,09	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃOS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627>
Número do documento: 21042710544144600000040268627

Num. 42318469 - Pág. 9

Dr .Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

*Dr. Anuar
Murad Filho
Médico
CRM-PB 8742*

LAUDO MÉDICO :

A paciente MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO é portador do CID : S 82 proveniente de fratura de tornozelo esquerdo ocasionado por acidente de motocicleta tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

20-01-2020

Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rafeiro Junior N° - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



29/08/2019



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1979206 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: 29/08/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente : acolhimento

PACIENTE: MARIA ALICE MARQUES CEP: 58388000

Nascimento: 01/05/1970

PEREIRA CARDOSO

Endereço: SAO JOSE

Cidade: Alagoa Grande

Sexo: F Telefone: 93757982

Idade: 049 Bairro: CENTRO

RG: 1399473 N°: 130

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA

CPF: Profissão: AUXILIAR

Responsável: ISOMAR

ADIMINISTRATIVO

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atend: 29/08/2019 CNS: 706806188756630

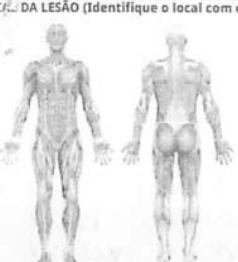
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 20:02:36 CONVÉNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abraçâo
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Creptação
6. Dor
7. Edema
8. Empalamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Engavetamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Corte
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Hurgitamento/Vencimento
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Parafilia
31. Farisaia
32. Parafestesia
33. Quimiotaxia
34. Rinorrágia
35. Síndrome do Isquemias
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Peritorrino.

HTCG-Painel Administrativo

3-1

ENAME PRIMÁRIO - DADOS IICOS

Acidente de moto, perda de consciente, dor intensa, fratura pelo tórax, perda de mobilidade.

Alérgico, tosse nuclear.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocôricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

() 10 Vnu clino unicamente estabilizado, abdução nuclear.

() ECG 15 Corrente, orientada.

() Sinal de batina em tons verdes. ()

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia;

() Gasometria arterial () Radiografias;

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / ás: / Dia: / /

Especialista: / ás: / Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PREScrições e CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Alergico, tosse nuclear.	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
FOTO RADIOPA

29/08/19

José R. de J. Júnior

jetohcgl/impresclassi.php?conter=1979206&dataatend=2019-08-29&horaatend=20:03:49

1/2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627

Número do documento: 21042710544144600000040268627

Num. 42318469 - Pág. 11

019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FRINANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4740 - Mairinque, Campina Grande - PB.
NOME : Wagner Luiz Egito de Araujo

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 05/09/2019

LÍDER DO GOVERNO
DA PARAÍBA



Número do Prontuário: 157008

DATA DA CIRURGIA: 05/09/2019

Número do Atendimento: 1979232 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 1

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data da Internação: 29/08/2019

Atendimento: 1979232

Diagnóstico Pré-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO

Cirurgia: OSTEOSINTSE

Data da Cirurgia: 05/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

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 SSEPSIA E ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO 10 FUROS EM MALEOLO LATERAL + 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS 40 EM MALEOLO MEDIAL

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 05/09/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
CRM PB 14460
SP ORTOPEDISTA



30/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-30&contar=1979232&IDC=41526



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 30/08/2019
Horas: 07:15:19
Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DIH - 1

Clinica:AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 30/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, ANTES DO CAFE	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:30/08/2019 HORA:07:14:14

ORTOPEDIA

1ºDIH
PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-30&contar=1979232&IDC=41526

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627>
Número do documento: 21042710544144600000040268627

Num. 42318469 - Pág. 13



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Maria Alice Marques P. Cardoso		Catálogo I	1	3
Data	Hora			
30/08/19	14:30	Paciente em tobilo direito residual com diagnóstico clínico de fratura de tímpano e encontra-se orientado com diminuição eupnéica apical ao toque. membra nómata empurrado até próximo a articulação do joelho, bem edema, hemicor da operab da qual é no local da fratura com o toque no local, tédio e troquismo. Fisiologia, ADH diminuída em razão do joelho. PAi: 150/90, PAF: 150/90 mmHg. FC: 110 bpm FR: 22 lpm SP02: 98% CD: 126 jato da paciente apresentar uma PAi de 150/90 mmHg, foi realizado exercício diafragmático com uso do punho lobrigal, para tentar melhorar PAi da paciente, após 5 min a PAi estava na mesma faixa 150/90 mmHg, mesmo assim foi realizado exercício de abd/est		de joelho e quadril em modo ativo assistido ($3 \times 10^{\circ}$), no membro residual, no membro central torácico exercícios de flexão e extensão plana ($3 \times 10^{\circ}$) exercícios de tríplice flexão com resistência de elástica ($3 \times 10^{\circ}$). Nenhum o PA da paciente ainda estava com uma pressão arterial de 150/90 mmHg. Ad. 1 minuto! Encerrado juntamente - Monteiro.





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

08740

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TEHUACÁN

中行集团

TELEGRAMS

NOME DO PACIENTE

Maria Alice Menezes Pereira (48205-2)

Nº DO PRONTUÁRIO

HP A1-11

CÓDIGO PROCEDIMENTAL

COMMEND

27/11/12
BROGGERIMENTO REINIZIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
PLACA TUBULAR 3.5 DE 50 F		02	
PARAF. CORTE CAV 3.5 x 12		01	
" " 3.5 x 14		04	
" " 3.5 x 16		01	
" " 3.5 x 18		01	
PARAF. ESTRIJOSO 4.0 x 40		02	
/ / / / / / / / / /			

DATA DA UTILIZAÇÃO

05-09-2019

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

+ DE INFERER ÅRE

ACQUAINTANCE CARD: PRO-RESPONSIVE

Parson

~~Dr. Wagner Luiz Etoff da Araújo
MR. ORTOPEDIA - 11-410200
CRM - 29-2525~~

Einführung Biologie - F. 03199831-083



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Maria Alice Nogueira Pereira Cardoso SN 01 05.70					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital da Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QD	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	
CIRURGIA TTO. cirurgico. 1/4 raízes Fratura de trincado L1-2		CIRURGIÃO Dr. Edimilson De Freitas + Dr. Augusto P.)			
ANESTESIA Rápidas + Sedativas		ANESTESIA Dr. Rômulo			
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
	15/09/154	10h.40'	12h.50'		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
01	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxiq.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dímora amp. 0,2mg	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dobantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina 0,5% ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
01	Prilgimine amp. 0,2ml	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
01	Protóxido l/m Anesthym	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Qualicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifan amp.	H2O. ml	04	Mononylon 2 0/110	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tractrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
04	Água Destilada amp.	Lâmina do Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
03	Dipirona amp.	Luvas 7:0 Prior		Vicryl Sertix	
01	Flexidol amp. 40ml	Luvas 7:5		Vicryl Sertix	
	Fletocortid amp.	Luvas 8:0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8:5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.	Pektix 11% Cálcica			
	Haemacel ml.	PVPI Degamente ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml			
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico	Qtd.	SOROS	
01	Castamp. Faraganc	Saco coletor	03	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotinezol.	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
01	Plaxil amp. Neoadjuvante	Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	05	SG Ringer fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda		SG fr 500 ml 1/2/min.	
	Stupantan amp.	Sonda Foley			
01	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica	01	ORTSESE E PRÓTESE	
09	Tensoxicam 20mg	Sonda Uretral nº	07	Placa c/ 11cm x 15cm 3.5	
		Styndrem ml	06	Fenaculosa - Cervical	
		Tomeirinha		Capacitores	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
03	Aguilha desc. 28 x 29 40x19	Latesa			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	Clotilinfor			
01	Aguilha p/ ráque nº 25	Naq. Inf.			
01	Alcool de Enfermagem	Fixação Sonoplast			
	Alcool fôtoado ml				
04	Ataduras de Crepon 15cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metílico amp.				
	Benzina ml				
				EQUIPAMENTOS	
				<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
				<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocaułerio
				<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxicapiógrafo
				<input checked="" type="checkbox"/> Foco-Frontal	<input type="checkbox"/> Cardiomonitor
				<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
				CIRCULANTE RESPONSÁVEL	
				Umaia B22	
				Tec. Enfermagem	
				CODEP - PB 250741	
				Mod 008	



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

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

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Mrs Alice Marques Pereira Pardoso	Idade:	49a
Convênio:	SBS	Data:	
Procedimento:	Acat. Quim. e fixação frut. de Kornzglo m/E		
Cirurgião:	Dr. Goldmann	Auxiliar:	Anestesista:
Inicio:	10:20	Término:	12:10
Anestesia Raquel + Sedativa			

Observações:

Pele canescens, con suavidad, manivela de los ollares
recubriendo los matorrales - Sobre arena. Altura de setas

Assignment Apostrophe

Circulante

Relatório de Operação

100



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: W^e Alice Marques Pletzoro IDADE: 49 SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

 Assintomática Sintomática Oligosintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Síncope |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| <input type="checkbox"/> Palpações | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Ortopédica |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectoratório |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Tipica | <input type="checkbox"/> Allípica |
| | <input type="checkbox"/> Emoções | <input type="checkbox"/> Frio |
| | | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Clínico: ortopédico

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana | |
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <u>Benzocaine</u> | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Sedentariamo |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Outros |

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAMES FÍSICO

 Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura PesoAp. Cardiovascular - Comentários: RRR 27 82 B14PFC: 90 b.p.m PA: 130x70 mmHgAp. Respiratório - Comentários: fase s1m2Addome - Comentários: já fez no RRSMembros Inferiores - Comentários: necessário5 - E.C.G.: RRI: Rrecessos diáfisis de depolarização ventricular

Ex. Laboratorial: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal) | Dr. José Maria U. Costa
CARDIOLOGIA-CRM 3847-PB |
| <input checked="" type="checkbox"/> Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal) | |
| <input type="checkbox"/> Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca) | |
| <input type="checkbox"/> Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar) | |

Obs.: _____

MOD.00

Ass. do Médico



ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:	

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? SIM NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? SIM NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? SIM NÃO ESTADO MENTAL? AGITADO DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

31/09/19

Suelo Moreira Torres
Assistente Social
Assessoria de Enfermagem
Assessoria de Psicologia
Assessoria de Nutrição
Assessoria de Fisioterapia
Assessoria de Fonoaudiologia
Assessoria de Odontologia
Assessoria de Enfermagem
Assessoria de Psicologia
Assessoria de Nutrição
Assessoria de Fisioterapia
Assessoria de Fonoaudiologia
Assessoria de Odontologia



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Heleno Olavo M. Cardoso Idade: 49 Sexo: F Enf/Leito 3-1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias Motivo: Alergias Qual? Doença HAS DM Tabagista Etílico Neoplasia Drogas Outros: _____ Medicações em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: CONSCIENTE ORIENTADO CONFUSO LETÁRGICO COMATOSOMOBILIDADE FÍSICA: PRESERVADA PLEGIA PARESIA PARESTESIA LOCAL: _____LINGUAGEM: DISPONÍVEL DISARTRIARESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA CATETER NASAL VENTURI TRAQUEOSTOMIA VMI OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: VISÃO AUDIÇÃO TATO OLFAÇÃO PALADAR OBS.: _____SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO AGITADO AGRESSIVO RISCO DE Queda OBS.: _____REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: REGULAR IRREGULAR OUTROS: _____EDEMA: LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: NUTRIDO EMAGRECIDO CAQUÉTICO OBESOALIMENTAÇÃO: VO SNG SNE OUTROS: _____ELIMINAÇÃO INTESTINAL: NORMAL ALTERADO OUTROS: _____ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ESPONTÂNEA SVD INCONTINÊNCIA OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA HIPOCORADAPELE: INTEGRA LESÃO OUTROS: _____LESÃO POR PRESSÃO: SIM NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

Localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: INDEPENDENTE DEPENDENTE PARCIALMENTE DEPENDENTEHIGIENE CORPORAL: SATISFATÓRIA INSATISFATÓRIALIMITAÇÃO FÍSICA: ACAMADO CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

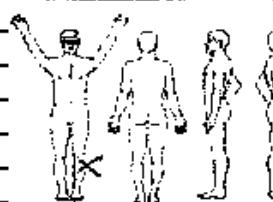
COMUNICAÇÃO: PRESERVADA PREJUDICADASENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO OUTROS: _____

6. NECESSIDADES PSICO-ESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: PRATICANTE NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE ORENO (ml)	DOR (0 a 10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:
8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINidoras
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDAE RESPIRATÓRIA () DISPNÉIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNÉIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUIZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () DUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () RÓMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () GRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	7/11	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUÍDOS		
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	72hs	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		
9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)		
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO		
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBIO NEUROLÓGICO		
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? () RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO		
ASSINATURA E CARIMBO:		

Jeferson Reis
data csp 2268



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:	
<i>Frequentemente com f/x TN 2(B) devido a ele Tela agressiva e insegura.</i>	

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PREScrição DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SP _O 2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	9 x dia	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12.11.20	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PREScrição MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUÍDOS	Diariamente	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBrio DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	Atenção	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	12.11.20	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Gilson S. Raposo

ENFERMEIRA

CRP 04/42318469

31/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-08-31&contar=1979232&IDC=41923



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 31/08/2019
Horas: 09:37:32
Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito De Araujo

PREScrição MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DHU - 2

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 31/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	X2 X8 2406
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	X2 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1 CAPS, ANTES DO CAFE	M 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Evolução

DATA: 31/08/2019 HORA: 09:36:12

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO
NEGA HAS E DIABETES
DIURESE E EVACUAÇÕES +

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO:
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
ORTOPEDIA / CRM / PB 8026



26/9/2019

HTCG-Painel Administrativo



Data: 29/08/2019

Horas: 20:41:30

Médico (a) Diarista : Thiago Pedro De Araujo Alves

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico:

ENF 04

IA 29/08/2019

MÉDICO(A): Thiago Pedro De Araujo Alves /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	ez
2	JELCO SALINIZADO	ez
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	26/08/2019
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	26/08/2019
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, ANTES DO CAFE	26/08/2019
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	26/08/2019
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ez



PRESCRICAO MEDICA		
DADOS DO PACIENTE:		
Nome da MÃe: JOSEFA DE MELO PEREIRA	Data de Nascimento: 01/05/1970	Admissão: 29/08/2019 DNI: 4
Nº do protocolo: 1979232	Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO	Idade: 049 Sexo: F
Clínica: ORTOPEDIA I Endometriose: 3 Letra: I Diagnóstico:		
DIA 02/09/2019 MEDICO(A): Wagner Luis Egleto De Araújo /		
1 DIETA LIVRE	Prescrição	Apresentação
2 CEFTRIAXONA SODICA 1 GINTRAMENOSO/INTRAMUSCULAR AMPL. 12H ID 100	Reservatório 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SR	JEICO SALINIZADO
3 DIPRORON SODICA 500 MG/ML 2 ML	EV. IAMPOLA 6H/6h	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE
4 DIPRORON SODICA 500 MG/ML 2 ML	EV. IAMPOLA 6H/6h	RCGOSULINE 2ML ABD.
5 JEICO SALINIZADO	EV. IFRAMA 12H/12h	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS. ANTES DO CAFE
6 TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	EV. IAMPOLA 6H/6h	ASSISTENTE DE ENFERMAGEM
7 CUDABODS GERIAS + SINAS VITIAS	EV. IFRAMA 12H/12h	CD: VPM
DIURSE E EVACUAGENS + NECA HAS E DIABETES + PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NOROCORABO, HIDRATADO		
DATA: 02/09/2019 HORA: 09:35:45		

02/09/2019 10.1.148/projeto/legis/imprensa.php?data=2019-09-02&contar=1979232&IDC=42466
 Medico (a) Diátesis: Wagner Luis Egleto De Araújo
 CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 02/09/2019
 Horas: 09:35:45
 Endereço: 3 Letra: I Diagnóstico:
 Nome da MÃe: JOSEFA DE MELO PEREIRA



CRM/PB 8926
Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
Ortopedista Traumatologista

Item	Préscrito	Apresentação
1	CEFTIAXONA SODICA 1 GINTAVENOS/INTRAMUSCULAR EV IFLRA AMP. 12H/12H ID/ID Recomendação 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	DIETALIVRE
2	DIPRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML EV. IAMPOLA. 6h/6h Recomendação 2ML ABD.	JEFCOSALINIZADO
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE EV. IFLRA AMP. 12h/12h Recomendação 2ML ABD.	OMEPRAZOL 20 MG VO. ICAPS. ANTES DO CAFÉ
4	CLIDADOS GERIAS + SINAS VITAS	

DATA 01/09/2019
MEDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Chicote: ORTOPEDIA 1 Endometriose: 3 Letra: I Diagnóstico:

Name da Mão: JOSEFA DE AELIO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE ALEGRE PEREIRA CARDOSO Idade: 49

DADOS DO PACIENTE:



Médico (a) Diretora: Wagner Luiz Egito De Araújo
Data: 01/09/2019 Horas: 09:17:38
HTCG-Painel: Administrativo

01/09/2019

GOVERNO DA PARAÍBA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627>
 Número do documento: 21042710544144600000040268627

Num. 42318469 - Pág. 28

48

10.1.1.148/projetohcg/imprimevo.php?datastrm=2019-09-03&cohort=19/923281DG=42/51

PRESCRIGAO MEDICA

оформлять в виде таблицы: таблица (в) содержит

— 20 —



03/09/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104271054414460000040268627>
Número do documento: 2104271054414460000040268627

Num. 42318469 - Pág. 29

04/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-09-04&contar=1979232&IDC=43093



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 04/09/2019
Horas: 10:24:01
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do protocolo: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DHU - 6

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 04/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Aproveitamento
1	DIETA LIVRE <i>Zou A de 00:00</i>	<i>JL</i>
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 12h/12h 3D/10D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	<i>JL</i>
3	JELCO SALINIZADO	<i>JL</i>
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMP/1	<i>JL</i>
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 5 Reconstituir 4ML ABD. IX AO DIA	<i>JL</i>
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 Reconstituir 2ML ABD.	<i>JL</i>
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO	<i>JL</i>
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	<i>JL</i>
	EVOLUÇÃO <i>Ameliorada de hératias</i>	<i>JL</i>

DATA: 04/09/2019 HORA: 10:23:27

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NO
NEGA HAS E DIABETES
DIURESE E EVACUAÇÕES +
MIE: APRESENTA MELHORA DAS CONDIÇÕES DE PEL.

CD: VPM

ASSINATURA:
Wagner Luiz Egito De Araújo CRM



SEGURO DE
ASSISTÊNCIA
O Trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

3-1

Assinatura: *JL*

Setor de Origem: ÁREA AVC NÃO SE APlica
Nome: *Wagner Luiz Egito De Araújo CRM* NÃO SE APlica
Procedimento: TELCO N. *22* COM CLOREXIDINA ADORNOS RESSONÂNCIA
Avp Local: *1* *2* *3* *4* *5* *6* *7* *8* *9* *10* *11* *12* *13* *14* *15* *16* *17* *18* *19* *20* *21* *22* *23* *24* *25* *26* *27* *28* *29* *30* *31* *32* *33* *34* *35* *36* *37* *38* *39* *40* *41* *42* *43* *44* *45* *46* *47* *48* *49* *50* *51* *52* *53* *54* *55* *56* *57* *58* *59* *60* *61* *62* *63* *64* *65* *66* *67* *68* *69* *70* *71* *72* *73* *74* *75* *76* *77* *78* *79* *80* *81* *82* *83* *84* *85* *86* *87* *88* *89* *90* *91* *92* *93* *94* *95* *96* *97* *98* *99* *100* *101* *102* *103* *104* *105* *106* *107* *108* *109* *110* *111* *112* *113* *114* *115* *116* *117* *118* *119* *120* *121* *122* *123* *124* *125* *126* *127* *128* *129* *130* *131* *132* *133* *134* *135* *136* *137* *138* *139* *140* *141* *142* *143* *144* *145* *146* *147* *148* *149* *150* *151* *152* *153* *154* *155* *156* *157* *158* *159* *160* *161* *162* *163* *164* *165* *166* *167* *168* *169* *170* *171* *172* *173* *174* *175* *176* *177* *178* *179* *180* *181* *182* *183* *184* *185* *186* *187* *188* *189* *190* *191* *192* *193* *194* *195* *196* *197* *198* *199* *200* *201* *202* *203* *204* *205* *206* *207* *208* *209* *210* *211* *212* *213* *214* *215* *216* *217* *218* *219* *220* *221* *222* *223* *224* *225* *226* *227* *228* *229* *230* *231* *232* *233* *234* *235* *236* *237* *238* *239* *240* *241* *242* *243* *244* *245* *246* *247* *248* *249* *250* *251* *252* *253* *254* *255* *256* *257* *258* *259* *260* *261* *262* *263* *264* *265* *266* *267* *268* *269* *270* *271* *272* *273* *274* *275* *276* *277* *278* *279* *280* *281* *282* *283* *284* *285* *286* *287* *288* *289* *290* *291* *292* *293* *294* *295* *296* *297* *298* *299* *300* *301* *302* *303* *304* *305* *306* *307* *308* *309* *310* *311* *312* *313* *314* *315* *316* *317* *318* *319* *320* *321* *322* *323* *324* *325* *326* *327* *328* *329* *330* *331* *332* *333* *334* *335* *336* *337* *338* *339* *340* *341* *342* *343* *344* *345* *346* *347* *348* *349* *350* *351* *352* *353* *354* *355* *356* *357* *358* *359* *360* *361* *362* *363* *364* *365* *366* *367* *368* *369* *370* *371* *372* *373* *374* *375* *376* *377* *378* *379* *380* *381* *382* *383* *384* *385* *386* *387* *388* *389* *390* *391* *392* *393* *394* *395* *396* *397* *398* *399* *400* *401* *402* *403* *404* *405* *406* *407* *408* *409* *410* *411* *412* *413* *414* *415* *416* *417* *418* *419* *420* *421* *422* *423* *424* *425* *426* *427* *428* *429* *430* *431* *432* *433* *434* *435* *436* *437* *438* *439* *440* *441* *442* *443* *444* *445* *446* *447* *448* *449* *450* *451* *452* *453* *454* *455* *456* *457* *458* *459* *460* *461* *462* *463* *464* *465* *466* *467* *468* *469* *470* *471* *472* *473* *474* *475* *476* *477* *478* *479* *480* *481* *482* *483* *484* *485* *486* *487* *488* *489* *490* *491* *492* *493* *494* *495* *496* *497* *498* *499* *500* *501* *502* *503* *504* *505* *506* *507* *508* *509* *510* *511* *512* *513* *514* *515* *516* *517* *518* *519* *520* *521* *522* *523* *524* *525* *526* *527* *528* *529* *530* *531* *532* *533* *534* *535* *536* *537* *538* *539* *540* *541* *542* *543* *544* *545* *546* *547* *548* *549* *550* *551* *552* *553* *554* *555* *556* *557* *558* *559* *560* *561* *562* *563* *564* *565* *566* *567* *568* *569* *570* *571* *572* *573* *574* *575* *576* *577* *578* *579* *580* *581* *582* *583* *584* *585* *586* *587* *588* *589* *590* *591* *592* *593* *594* *595* *596* *597* *598* *599* *600* *601* *602* *603* *604* *605* *606* *607* *608* *609* *610* *611* *612* *613* *614* *615* *616* *617* *618* *619* *620* *621* *622* *623* *624*

05/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-09-05&contar=1979232&IDC=43405

GOVERNO
DA PARANÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/09/2019

Horas: 10:57:59

Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

PREScriÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 05/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo / MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	38 02
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	18 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 4D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 24 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	51/N
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	38 02
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	
8	DECUBITO MUDANCA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	embar
10	CURATIVOS IX POR DIA	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/09/2019 HORA: 10:55:57

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRÊNCIAS.
NO MOMENTO EM URPA.

CD: VPM + RX CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO

Ywry de Paiva Camara
Dr. Ywry Paiva
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CRM-PR 16.201

Item	Dados do Paciente:	Prescrição	Apresentação	Evolução
1	DIETA LIVRE APOS RPA	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO. 8/8h	CETRAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRASCO. 12h/12h 1/2D	ONDANESTRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. FAZER SE
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO. 8/8h	DIPRORON SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 6h/6h	TENOXICAM 20 MG SEM DIULINTE E.V. IFRASCO. 12h/12h	DECUBITO MUDANÇA
3	CETRAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRASCO. 12h/12h 1/2D	Rexonistin 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	+ 100ML CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 8/8h	NECA HAS E DIABETES.
4	DIPRORON SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IFRASCO. 6h/6h	TENOXICAM 20 MG SEM DIULINTE E.V. IFRASCO. 6h/6h	TRANSMAL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 8/8h	PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO
5	Rexonistin 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	RCOMON 2ML ABD.	+ 100ML CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 8/8h	NECA HAS E DIABETES.
6	ONDANESTRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. FAZER SE	NECESSARIO	DECUBITO MUDANÇA	DECUBITO MUDANÇA
7	RCOMON 2ML ABD.	+ 100ML CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 8/8h	TRANSMAL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 8/8h	NECA HAS E DIABETES.
8	NECESSARIO	2/2h	DECUBITO MUDANÇA	NECA HAS E DIABETES.
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	2/2h	DECUBITO MUDANÇA	NECA HAS E DIABETES.
10	CURATIVOS EX POR DIA	2/2h	DECUBITO MUDANÇA	NECA HAS E DIABETES.

CD: ALTA PREVISTA PARA 07/09/2019

DATA: 06/09/2019 HORAS: 09:51:24
 PACIENTE EM IDPO SEM INTERCORRÊNCIAS
 DURESE E EVACUAÇÕES +
 NECA HAS E DIABETES.

ASSINTÔMICO + CÁRIO
 Wagner Luis Egito de Araujo
 06/09/2019 10:51:24

MEDICO(A): Wagner Luis Egito De Araujo /
 DATA: 06/09/2019

Clínico: ORTOPEDIA 1 Referência: 3 Letra: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

Nome da Mão: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DH - 8

Nº do protocolo: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

DADOS DO PACIENTE:

Médico (a) Diártisa: Wagner Luis Egito de Araujo

GOVERNO



07/09/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/09/2019

Horas: 08:59:34

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Admissão: 29/08/2019 DIH - 9

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 07/09/2019 HORA: 08:55:32

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, EM 2º DPO, SEM QUEIXAS, NEGA HAS E DIABETES
DIURESE E EVACUAÇÕES +
FO COM BOM ASPECTO.

- ESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + XARELTO.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGESSOS PARA RETORNO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo S. Angelino

Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo S. Angelino
M.R. Ortopedista/traumatologista
CRM-PB 7325



29/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 29/08/2019

Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 N° ATEND: 1979206

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 29/08/2019 HORA : 20:03:49

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITrais

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

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO

DEF. MOTORIA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

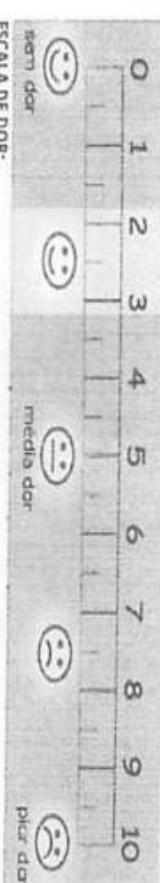
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

- () FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFLAXIA () FILEITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

Essa escala é de intensidade da dor

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRITIVO DE ENFERMAGEM	
<i>Ruthenio elasmaque, sequeira</i>	
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS
PATRÔES RESPIRATÓ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA
NO INFERIZ	() OBESIDADE () OUTRO
DEFEITO NO AUTO-	() PREUZO NEUROMUSCULAR () DCA
BANHO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUIMICOS)
HIPERTERMINA	() OUTROS
() OUTRO	() RELATO VERBAL DE DOR
() OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO-
() OUTRO	() RALACIMA DOS PARAMETROS NORMAIS
() OUTRO	() TAQUÍCARDIA () TAGONIFÉIA
INTEGRIDADE DA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAGÃO PREDUDICADA
PELE PREDUDICADA	() HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO
SECO DE PELE/OLHOS	() ASCITE () QUEDIMADURA () VÔMITO () OUTRO
SECO DE PELVIS/URINA	() DRENOS () OUTROS
SECO DE PELVIS/URINA	() QUEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO
OUTRAS	() MUDANÇA E REVALUAR ANTITERMICOS, AVALAR E REGISTRAR OS RE-
SULTADOS	() MANUTENÇÃO DA TEMPERA-
TURA CORPORAL DENTRO DOS LI-	() INCENTIVAR A INGESTAO DE LÍQUIDOS
MUTES FISIOLÓGICOS	() METABOLIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACCORDO COM A NECESSIDADE
() METABOLIZAR ACESO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAGÃO DO PACIENTE/MUCOSA, EFEA, PUSSO
() METABOLIZAR DESINFECÇÃO LOCAL DA FERIDA E INGERGADO DO DISPOSITIVO VENOSO	() REAVALIAR DESINFECÇÃO COM ATCOOL A 70% NOS DISPOSITOS
() METABOLIZAR EXAMINAR O RISCO DE INFEC-	() TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAGEM
() METABOLIZAR OUTRAS:	() OUTRAS
9. RISCOS DE QUEDA (EXCLUI DE MORTE)	HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAAMENTO OU NOS ULTIMOS 3 MESES? () SIM () NAO
DIAGNÓSTICO SEGUINDAQUIO? () SIM () NAO ALUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NAO	TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NAO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTURIO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NAO	ASSINTOMA E CARIMBO:

Linha de base: 01 de Outubro
Referência: CRBN-PA 300.322

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pie.tjbj.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104271054414460000040268627>
Número do documento: 2104271054414460000040268627

Num. 42318469 - Pág. 37

05/09/19

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA ORTOPEDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Alice Marques P. Costa Idade: 49 Sexo: F Enf/Leito 2-3

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? _____
 Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____
 Atualizações em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: FX TNZ G.

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: paraparesia L1-L2

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TIAUEOSTOMIA () VMI () OUTROS
 PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFAUTO () PAL-PAR OBS.:
 SEQUÊNCIA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:
 REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR OUTROS:
 EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CACUÉTICO () OBESO

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO OUTROS

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

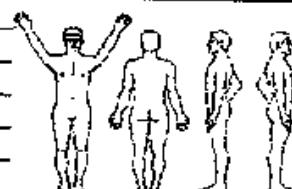
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () INTEGRA () LESÃO OUTROS: AUT/MSD

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): LC 2

Localização anatômica da ferida;



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMPEZA FÍSICA: () LACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

RELIGião: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA [mmHg]	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	E-OE (0a10)	PESO (KG)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVE	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

29/08/2019

HTCG-Painel Administrativo



Data: 29/08/2019
Horas: 20:41:30
Médico (a) Diarista : Thiago Pedro De Araujo Alves

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 29/08/2019

MÉDICO(A): Thiago Pedro De Araujo Alves /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

29/08/2019



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Alice Magno Cognos. /idade: 45 Sexo F Enf/Leito 3.L

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: EX-TV E G

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: (✓) PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: (✓) VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFAUTO () PALadar OBS.:

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (✓) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (✓) INTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

Localização anatômica da ferida:

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (✓) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMPEZA FÍSICA: () ACAMADO (✓) CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (✓) PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



Sr. G. S. Rao

1960

ASSINATURA E CARIMBO:





ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Agonia de banho

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Claudia M. B. Soárez
 ENFERMEIRA
 COREB 443987-PB

1. IDENTIFICAÇÃO											
FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NMBS DE W. HORTA)											
2. HISTÓRIA PРЕРЕССА											
Nome: <u>MARINA GIL</u> Idade: <u>49</u> Sexo: <u>F</u> Enf/Leto: <u>3-1</u>											
3. DENGUE ATUAL:											
() Tabagista () Etilista () Neoplaia () Outros: _____ Drogas () HAS () DM											
Interações preexistentes () Motivo: Alergias () Quais? _____ Drogas () HAS () DM											
4. AVAÍGACO DAS NEUROLOGICAS: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO () CONFUSO () LETARGICO () COMATOZO											
MOVIMENTADAS NEUROLOGICAS: <input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE () PARESIA () PARESTESIA LOCAL <u>MUYU/URADA HIE</u>											
LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA _____											
RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRADUOSTOMIA () VMI () OUTROS											
PERCUPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS:											
ALTERGAÇÃO: () VISO () AUDIÃO () TATO () OLFATO () PALadar () PALadar OBS.											
SEGREANCAS FÍSICAS: TRANSGÜITO <input checked="" type="checkbox"/> AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.											
ALIMENTAÇÃO: () NUTRIDO () ENAGREDIDO () CAUDÉTICO () OBESO:											
ELIMINAGAO INTESTINAL: () NORMAL () SNE () OUTROS: <u>ALIMENTA ÁGUA</u>											
ELIMINAGAO URINÁRIA: <input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA () SVU () INCONTINÊNCIA () OUTROS:											
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEA E MUCOSA:											
COLORAGAO DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCORADA () HIPOCORADA											
PELE: () INTEGRADA () LESADA () OUTROS: <u>AVOID/MG</u>											
LESÃO POR PRESSÃO: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NAO ESTAGIO (BARDAEN): _____ Local: _____											
CUDADDO CORPORAIS: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE <input checked="" type="checkbox"/> PARCIALMENTE DEPENDENTE											
HIGIENE CORPORAL: () SATISFATORIA () INSATISFACTORIA											
5. AVALIAGAO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS											
COMUNICACAO: <input checked="" type="checkbox"/> PRESERVADA () PRUDICADA											
SENTIMENTO/COMPROMETIMENTOS: <input checked="" type="checkbox"/> COOPERATIVO () OUTROS:											
6. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIAS:											
RELIGIAO: () PRATICANTE () NAO PRATICANTE											
7. AVAÍGACO GERAL:											
 HORAS PA T FC/P SPO2 GLICEMIA OURESE DÉBITO DE DOR PESO ASSINATURA DISPOSMVOS DATA DE INSERGÃO											
(mmhg) (9c) (bpm) (%) (mg/dl) (ml) (ml) (l/min) (kg) S06/SNG/SNE											
CIRCUITO DE VM FILTRO DE VM ASPIRADOR Umidificador LATEX EDUFE SIMPES											
eva-AUPE OF/09											

29/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ORTOPEDIA

Dor TNZ APOS TRAUMA
EF: DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO

- CONDUTA: INSTRUMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO.
- SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ hs.

Centro cirúrgico

Internação (setor) _____

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

Wilson Moreira Torres
(Ass. do paciente ou responsável quando necessário)

SERVÍCIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> A revélia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Decisão Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

http://htcg/impreclassi.php?contar=1979206&dataatend=2019-08-29&horatend=20:03:49

2/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627
Número do documento: 21042710544144600000040268627

Num. 42318469 - Pág. 45

07/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.278.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Maitinga, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Número de Emergência (B.E) - Módulo 03 Data: 07/09/2019

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO DA PARAÍBA

GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data da Internação: 29/08/2019

Data da Alta: 07/09/2019

Registro: 1979232

Tempo de Permanência: 18138

Diagnóstico Inicial: 0408050497

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA TORNOZELO

Data: 05/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):- PRESCREVO

CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + XARELTO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. -
ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGESSOS PARA RETORNO. - ORIENTAÇÕES
GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - FORNEÇO ATESTADO
MÉDICO. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

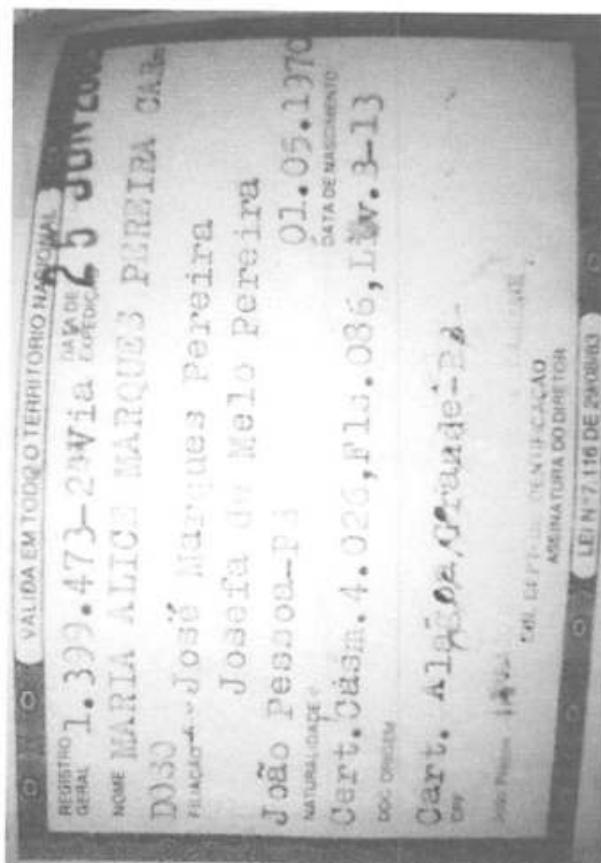
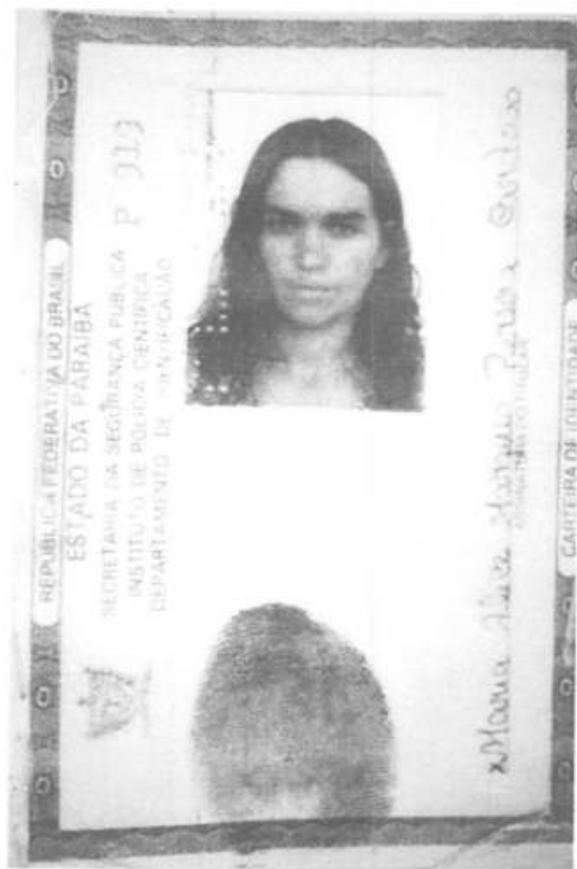
Dra. Ana Maria Da S. Anselmo
MIR. Ortopedista/traumatologista
CRM-PB 7825

Data: 07/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627>
Número do documento: 21042710544144600000040268627

Num. 42318469 - Pág. 48

19721

9999999

15/05/2019

ALAGOA GRANDE LOGA



0

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

RESERVAES

PREMIO TRANSFERIDO (R\$)	10F (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO	PAGO	29/04/2019	

FAXCIA PVVA	PARCELAMENTO / COTAS	0	3*
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	00/00/0000	1*
IPVA	VENC. / COTAS		

CAP / PORT / CRL	CATEGORIA	2 B / 109 / CI	BRANCAS
HONDA / FOB 1101	MARCA / MODELO	AND FAB	2018
PAS / MOTOCICLETA / NAO APPLC	COMBUSTIVEL		
NOVO	PLACA	0681304405	

PLACA ANT / UF	CHASSI	9C2JB01000JR108400	
CPF / ONI	PLACA	OGA2322/PB	
NAME			

NAME			
DETTRAN - PB	Nº 014798965312	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	LACRE 004612002526
VIA	ODI RENAMM	R.NTRC	EXERCICIO
1	0115085078-4	00/0000000	2019

MINISTÉRIO DAS CIDADES	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
------------------------	--------------------------------

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036601 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1.

PAGAMENTO CONFORME LAUDO MÉDICO DR. ANUAR MURAD FILHO - CRM/PB - 8742 DE 20/01/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627
Número do documento: 21042710544144600000040268627

Num. 42318469 - Pág. 50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030934/20

Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

CPF: 733.606.274-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/08/2019

Titular do CPF: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Seguradora: INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO : 733.606.274-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO
CPF: 733.606.274-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544144600000040268627>
Número do documento: 21042710544144600000040268627

Num. 42318469 - Pág. 51



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08078290720208150001

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

DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544220700000040268629>
Número do documento: 21042710544220700000040268629

Num. 42318471 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelênci, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 22 de abril de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:54:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710544220700000040268629>
Número do documento: 21042710544220700000040268629

Num. 42318471 - Pág. 2