
Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323755

Vítima: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

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



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323755

Vítima: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: **PAULO SERGIO DE OLIVEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000737**

Conta: **0000055559-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

1254693/20

3 - CPF da vítima:

015.574.934-05

4 - Nome completo da vítima:

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

6 - CPF:

015.574.934-05

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA CICELA CECILIA FEITOSA

9 - Número:

124 A

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MALVINAS

12 - Cidade:

CAMPINA GRANDE

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58433310

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83 986947653

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0737

013

CONTA:

00055559

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão Digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Paulo Sergio de Oliveira 09.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V0007/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000150/20

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000150/20 registrada em 04/09/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos quatro dias do mês de setembro do ano de 2020, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 08:50 horas, compareceu o Sr. PAULO SÉRGIO DE OLIVEIRA, com 38 anos de idade, filho de NÃO INFORMADO e RITA NUNES DE OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 3.734.482, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 01557493405, residindo à rua RENATA DO NASCIMENTO CRUZ, 299, bairro SERROTÃO, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante que, por volta das 12h50min do dia 01.06.2020, estava trafegando pela Rua Cel. Eufrásio Câmara, Bairro do Monte Santo, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo o CICLOMOTOR/L13154, ano/modelo 2012/2012, cor vermelha, chassi nº LXYXCBL09D0533756, de placa QFL-4713/PB, licenciada em nome de José Fabio Moreira da Silva, quando um veículo de marca, placas e demais características não identificadas, inclusive o condutor, invadiu o cruzamento e avançou a via preferencial por onde o comunicante transitava, sendo inevitável a colisão, sendo o comunicante jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, recebendo os primeiros atendimentos através do SAMU e encaminhado para o hospital de Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo causador do acidente evadiu-se do local; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica, não sendo realizada perícia técnica no local do acidente; Que, manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 4 de Setembro de 2020

Paulo Sérgio de Oliveira

PAULO SÉRGIO DE OLIVEIRA

Declarante

José Alberto do Nascimento

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

Mat. 690.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 1254693/20 3 - CPF da vítima: 015.574.934-05 4 - Nome completo da vítima: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA 6 - CPF: 015.574.934-05
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA CICELA CECILIA FEITOSA 9 - Número: 104 A 10 - Complemento:
11 - Bairro: MALVINAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58433-310
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 986947655

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0937 013 CONTA: 00055559 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data, Paulo Sérgio de Oliveira 09.09.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA: 1/6/2020	HORA: 12:50 HRS	ID Nº: 2006010103
NOME: PAULO SÉRGIO DE OLIVEIRA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA CORONEL EUFRÁSIO CÂMARA - MONTE SANTO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 3 de julho de 2020.

Deoclecio F Nascimento MAR-14393

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000055559-1

Nr. da Autenticação FC75965B6557A02E

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIBO DE RUA DATA DE RECEBIMENTO: 11/06/2007

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA
R RENATA DO NASCIMENTO CRU. 299, II
SERRITAO
55434-140 CAMPINA GRANDE PB



COMPANHIA BRASILEIRA DE CORREIOS



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/06/2020

Horas: 08:54:51

Médico(a) / Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 5

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

DIA 11/06/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 24h/24h (ADM AS 6h)	
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V, 1Frasco/Ampola, 12h/12h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h	
6	Reconstituir 2ML ABD,	
	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
	Diluir em O	

EVOLUÇÃO

DATA: 11/06/2020 HORA: 08:53:42

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO, SEM INTERCORRÊNCIAS

CD:

ALTA HOSPITALAR, VIDE RESUMO DE ALTA

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
Médico
CRM-PB 10753



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 06/06/2020

Data da Alta: 11/06/2020

Registro: 2165482

Tempo de Permanência: -18420

Diagnóstico Inicial: AVULSAO DO OLHO

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, EVITAR PISAR NO CHÃO COM O MEMBRO CIRURGIADO, USAR TALA JOELHEIRA POR 8 DIAS OU ATÉ O RETORNO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO, ENCAMINHADO AO FISIOTERAPEUTA

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO, DIPIRONA E XARELTO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 11/06/2020

Nattan Rozendo
Médico
CRM-PB 10753

Assinatura/Carimbo

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



Seus todos
PARAÍBA
Governador do Estado

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2165281

CLASS. DE RISCO: VERDE

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: 06/06/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

CEP:58400002

Nascimento:06/08/1982

Endereço:R RENATO DO NASCIMENTO

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade:037

Bairro:BODOCONGO III

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA

RG:

Nº:299

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de
Atend:06/06/2020

CNS:060882

Motivo: INTERCORRENCIA

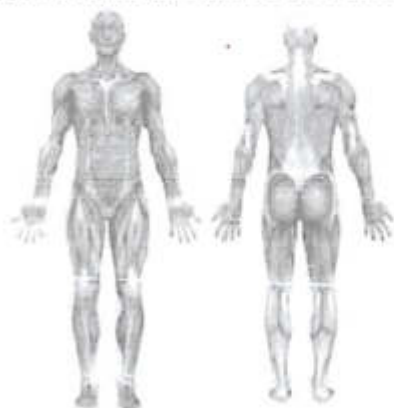
Hora: 11:37:59

CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Fratura distal LCR joelho

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS FÍSICOS

pac. vítima de trauma por
ac. motorício, se feriu
após 06 dias com dor em
joelho D.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____

RAIO X
REALIZADO EM:

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

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

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

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. José Renna Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9217 / CRM-PE 21437
TCC 45262



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Paulo Sérgio de Souza										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:			
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

DADOS CLÍNICOS:

ps - op

RAIO X
REALIZADO EM:
11/06/20

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx do pulso (E) AP/Perfil

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	Dr. Everlan Meira ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8300
DATA: 10/06/20	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
		Carimbo e Assinatura do Médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M
Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 4

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

DIA 10/06/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE / <i>1 copo VRPA</i>	<i>END</i>
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 24h/24h (ADM AS 6h)	<i>22</i>
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h	<i>22</i> <i>24</i>
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	<i>22</i> <i>28</i> <i>24</i> <i>06</i>
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	<i>22</i> <i>24</i>
6	Reconstituir 2ML ABD.	
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 01COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	<i>06</i>
8	continuar em O	

EVOLUÇÃO *7* *controle*

DATA: 10/06/2020 HORA: 10:28:36

Re de controle
Indemite, LRA, cv, 8184 ~~*22*~~ *06*

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO, SEM INTERCORRÊNCIAS

CD:VPM-RX DE CONTROLE

ASSINATURA + CARIMBO

Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Name: _____

2. HISTORIA PREGRESSA

internações prévias () Motivo: Alergias () Qual?

Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicções em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNOSTICO MEDICO:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ORGAOS DOS SENTIDOS:

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

SEGURANÇA FÍSICA: () TRANQUILIZANTE () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS: -

RT LAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:

EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMATICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUETICO () OBESO

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTANO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: ☒ INTEGRA () LESAO () OUTROS:

Local: _____

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

☒ CIUDADO CORPORAL () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATORIA () INSATISFATORIA

LIT. TACAO FISICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: (X) PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMIENTO/COMPORTAMIENTOS: () COOPERATIV

5. NECESSIDADE DE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIAO: _____ () PRATICANTE () NAO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dl)	(ml)	DRENO(ml)	(kg)			
09:15	130x8	34,0	87	99					João Lúcio	50G/5NG/5NE	
									SVF		
									CIRCUITO DE VM		
									FILTRO DE VM		
									UMIDIFICADOR		
									ASPIRADOR		
									LATEX		
									EQUIPO SIMPLES		

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Paciente estável apresentando vômito após cirurgia medicado conforme prescrição médica segue os cuidados da enfermagem.

Paciente estável
sem queixas
segue os cuidados da enfermagem.

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 () ORTOPNEIA () OUTRO	
DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (x) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
(x) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% (x) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		SN	() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO			() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR (x) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		cont	() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO			() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
(x) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (x) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		cont	(x) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

FONTE:

ASSINATURA E CARIMBO:

368265
con B. L. T. B.



Número do Prontuário: 192914

DATA DA CIRURGIA: 10/06/2020

Número do Atendimento: 2165482 Clín: ALA AMARELA / Enf: 8 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 06/06/2020

Atendimento: 2165482

Diagnostico Pré-Operatório: AVULSÃO LCP

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 10/06/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Atendente: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DV, SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO POSTERIOR + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4. REDUÇÃO CRUENTA DE FX + PASSAGEM DE FIO GUIA + OSTEOSINTESE COM
PARAFUSO DE HERBERT NÚMERO 30
5. REINSERÇÃO DO LCP COM ETHIBOND 5.0
6. LAVADO DE FO COM SF
7. FECHADURA POR PLANOS
8. CURATIVO

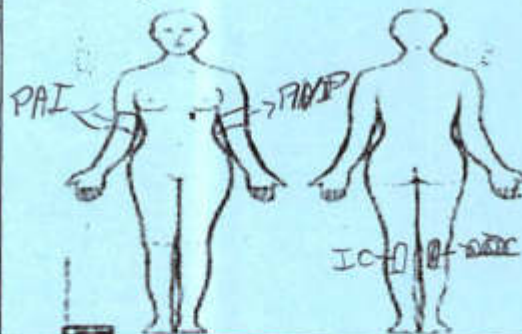
Data 10/06/2020

Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
CRM-PB 9506

LEGENDA PARA SINALIZAÇÃO DE ACESSOS/DRENOS/LOCALIZAÇÃO DA CIRURGIA

AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO ✓ DT - DRENO TORÁCICO
 AVC - ACESSO VENOSO CENTRAL DP - DRENO PENROSE
 IC - INCISÃO CIRÚRGICA ✓
 C - COLOSTOMIA
 N - NEFROSTOMIA
 PB - LOCALIZAÇÃO DA PLACA DE BISTURI
 PAI - PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA ✓
 DVE - DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA
 DB - DRENO DE BLAKE



RESPONSÁVEIS DE SALA/REGISTRO NO CONSELHO: *Maria José B. Claudino* Paciente Encaminhado: () SRPA () UTI () ENFERMARIA () OUTRO:

Equipe de Transporte: *Manafosse* Téc. Enfermagem COREN-PB 250741

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO- SRPA

HORA DE ADMISSÃO: *09:10*

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () ACORDADO (X) SONOLENTO () ACORDA QUANDO CHAMA () DORMINDO

ESCALA DE DOR (CIRCULE O NÚMERO) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 LEVE MODERADA INTENSA

TROCADO CURATIVO () SIM /VEZES /NÃO MOTIVO:

DESPREZADO VOLUME TOTAL:

DRENAGEM DE Sonda ASPECTO/COR:

E/OU DRENO

DESPREZADO DIURESE () SIM /VEZES /NÃO VOLUME TOTAL: ASPECTO/COR:

SINAIS VITAIS

HORA/SSVV RF P.A. TEMPERATURA FR SpO2 HGT

09:10 65 113 x 71 36.5 97%

10:10 66 124 x 76 36.5 96%

11:10 67 128 x 81 36.5 94%

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

HORA CONSCIÊNCIA RESPIRAÇÃO SATURAÇÃO CIRCULAÇÃO ATIVIDADE I.A.K. / TOTAL

ENTRADA:

SAÍDA:

INTERCORRÊNCIAS NA SRPA

() NÁUSEAS () VÔMITOS () SANGRAMENTOS () DOR () ALTERAÇÃO P.A. () ALTERAÇÃO F.C. () TREMORES

() EDEMAS () BEXIGOMA () DESSATURAÇÃO () HIPERTERMIA () ANAFILAXIA () PCR REVERTIDA () ÓBITO

AValiação de Enfermagem: relato de intercorrências e condutas na SRPA

sem intercorrências.

TRANSFERIDO PARA: (X) ENFERMARIA /LEITO: () UTI/LEITO: ALTA DO SRPA: (X) SIM () NÃO ALTA HOSPITALAR: () SIM (X) NÃO

OUTRO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA: (X) SIM () NÃO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: (X) SIM () NÃO

REQUISIÇÃO EXAMES: (X) SIM () NÃO *Rau-x*

REQUISIÇÃO ANATOMO-PATOLÓGICO: () SIM () NÃO

REQUISIÇÃO CULTURA: () SIM () NÃO

RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO: *Aranka* DATA/HORA: *10/06/20*

AValiação de Anestesia: relato de intercorrências e condutas na SRPA

RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:

ALTA DA SRPA
 DATA/HORA:



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

PACIENTE: <u>Paulo Sérgio da Oliveira</u>	DATA DE CHEGADA NO CC: <u>11/06/20</u>	HORA: <u>07:00</u>	IDADE: <u>37</u>
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>LCP</u>		CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: <u>Dr. Bruno Brilhante</u>	

ACOLHIMENTO			
ESTADO GERAL:	() GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR (X) BOM		
PREPARO:	(X) JEJUM TEMPO DE JEJUM: _____ () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADORNOS		
ACESSO VENOSO:	(X) SIM () NÃO () AVP () AVC LOCAL: <u>KS</u>		
VENTILAÇÃO:	() AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT		
ANTECEDENTES:	() HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO () TABAGISTA () ISOLAMENTO DE: _____	DEVIDO À: _____	
MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO:	() SIM (X) NÃO	NOMES: _____	
RESERVAS SANGÜÍNEAS:	() SIM (X) NÃO	() CONC. HEMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS () CRIOPRECIPITADO	
CIRURGIAS ANTERIORES:	QUANDO: _____		
EXAMES PRE-OPERATÓRIOS:	(X) RISCO CIRÚRGICO () EX. LAB. (X) RAIOS-X () USG () TOMOGRAFIA	TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS: _____	
NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE:	() SIM () NÃO	LOCAL: _____	
PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA			
O PACIENTE CONFIRMA: () IDENTIDADE () LOCAL DO PROCEDIMENTO () PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	ALERGIAS CONHECIDAS: (X) NÃO () SIM, DEVIDO A _____		
() CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA () EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: (X) NÃO () SIM MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: () NÃO () SIM		
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA: () SIM (X) NÃO	(X) MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO		
OBSERVAÇÕES:	ACOLHIDO POR: <u>Ana Carolina R. J. J.</u>		

TRANSOPERATÓRIO				SALA:
POSICIONAMENTO:	() DECÚBITO DORSAL (X) DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITOTÔMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS:			
PLACA DE BISTURI:	(X) SIM () NÃO	LOCAL: <u>Tórax</u>		
EQUIPAMENTOS:	(X) BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS:			
USO DE COXINS:	(X) SIM () NÃO	LOCAL: <u>Tórax</u>		
SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA				
(X) TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM (X) PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: <u>1h, 50'</u> (X) PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA	(X) NOME DO PACIENTE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO (X) CIRURGIA PROGRAMADA (X) PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM (X) EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O			
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA				
HORA: <u>07h, 30'</u>	<u>Diazepam + Neprazina</u>	HORA:		
HORA: <u>07h, 35'</u>	<u>Colazepam</u>	HORA:		
HORA: <u>07h, 35'</u>	<u>Midazolam + Diprivena + Droperidol + Fentanyl</u>	HORA:		
HORA:		HORA:		
HORÁRIO	PA	F.C	SPO2	
ADMISSÃO NA S.O.: <u>07h, 30'</u>	<u>123 X 84</u>	<u>68 bpm</u>	<u>98 %</u>	
FIM DA CIRURGIA: <u>09h, 00'</u>	<u>130 X 77</u>	<u>73</u>	<u>99 %</u>	

PROCEDIMENTOS	REALIZADO POR:	DRENOS E CANULAS
() TOT n.º _____ () SNG n.º _____ () SNE n.º _____		() PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
() ACESSO CENTRAL TIPO: _____ LOCAL: _____		() WATERMAN () BLAKE
() AVP: _____ CATETER N.º _____		() GUEDEL () SUCCÃO
() PAM CATETER N.º _____ LOCAL: _____		() DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
() SVD n.º _____ BALÃO COM _____ ml ABD () SVA		() IRRIGAÇÃO VESICAL
TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA		
(X) NOME DO PROCEDIMENTO (X) ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.	() CONTAGEM DE COMPRESSAS (X) MATERIAIS PARA EXAMES (X) NÃO () SIM	
QUAL: _____		PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: (X) NÃO () SIM
OBSERVAÇÕES DE SALA: INTEGRADORES DOS MATERIAIS		QUAL: _____

Integron

TEAM

Trazanto

Chemical Integrator

Type 3 050 11140-11

2004-11

Integron

TEAM

Trazanto

Chemical Integrator

Type 3 050 11140-11

2004-11

HUECG						HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES						ENFERMARIA		LEITO		Nº PRONTUÁRIO			
FOLHA DE ANESTESIA						NOME <i>Paulo Sérgio do Vale</i>								IDADE		SEXO		COR	
DATA <i>10/06/15</i>		PRESSÃO ARTERIAL		PULSO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA							
TIPO SANGÜÍNEO		HEMACIAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS							
		URINA																	
AP. RESPIRATÓRIO										ASMA		BRONQUITE							
AP. CIRCULATORIO										ELETROCARDIOGRAMA									
AP. DIGESTIVO						DENTES		PESCOÇO		AP. URINÁRIO									
ESTADO MENTAL						ATARÁXICOS		CORTICOIDES		ALERGIA		HIPOTENSORES							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO										ESTADO FÍSICO		RISCO							
ANESTESIAS ANTERIORES																			
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA										APLICADA ÀS		EFEITO							
AGENTES ANESTÉSICOS		Q'																	
LÍQUIDOS																			
CÓDIGOS																			
VP. ARTERIAL - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - A - ESIA; O - OPERAÇÃO																			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<i>7:30 Guard</i>																	
POSICÃO																			
AGENTES		<i>neocaina + dexa + suco de limão</i>																	
TÉCNICA		<i>Biquete e punção</i>																	
OPERAÇÃO		<i>+ 16 curativos de borda presos post-fato</i>																	
CIRURGIÕES		<i>Dr. Bruno Bulhões + Dr. Carlos</i>																	
ANESTESISTAS		<i>Sérvio</i>																	
OBSERVAÇÕES		<i>[Signature]</i>																	
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.																			
PERDA SANGÜÍNEA																			

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUIMAS

CIDADE

GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

Paulo SERGIO DE OLIVEIRA

Nº DO PRONTUÁRIO

2165482

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Tras. Pm. de Trauma Ligamento Posterior

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Prof. André Tito HERBERT

Nº 30 mm - 1

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

10/6/20

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. Carlos André da Silva Lima

OBSERVAÇÕES

Dr. Herbert n. 33

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
COREN-PB 1.115.838-TE

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9900

08890

TM
Chirurgia

HOSPITAL

CHIRURGIA

CHIRURGIA

ST. JOSEPH

CHIRURGIA

CHIRURGIA

CT



70/6/80

CHIRURGIA

CHIRURGIA

PA 123x84 - 130x77
FC 68 - 73bpm
02 99% - 99%

Q. 07h.30'

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Paulo Sergio de Oliveira D.U. 06.08.1982

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO
Sur 37anos 2163482

CIRURGIA TPO Cirurgico c/fixação
Ligamento Cruzado posterior
ANESTESIA Raque + Sedação MIE
CIRURGIÃO Dr. Bruno Brilhante + Dr. Everlam
ANESTESIA Dr. Socorro Alcantara

INSTRUMENTADORA DATA INÍCIO FIM
Andre 10.06.2020 07h.20' 09h.00



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ O ₂ g.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	30	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimore amp. 0.2mg,		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°	05	Ethibond 5 III	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina 0,50% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml	01	Fio de Algodrão Sutupak	0
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon 2.0 "	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon 2.0 "	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi n° 23 "		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	01	Vicryl Sertix	0
02	Flaxidol amp. Nauseidom	06	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
02	Fluocortid amp. Temoxicam	04	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	02	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	3.0	Oxigênio l/m P/min			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	05	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	05	Sabão Antisséptico	03	SE Normotérmico fr 500 ml "	
	Lasix amp.	04	Saco coletor Lixo/roupa		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	03	SE fr 500 ml P/limpeza	
	Revivan amp.	01	Sonda Seringa 3ml			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
01	Cefazolina 1g		Sonda Nasogática		T.M. - Implantes	
			Sonda Uretral n°	01	Parafuso de Herbert N°30	
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
03	Agulha desc. 28x28 - 40x12	01	Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Eletródios			
01	Agulha p/ raque n° 25	05	Algodão Ort.			
03	Álcool de Enfermagem	03	Folixa Smarch			
	Álcool Iodado ml					
02	Ataduras de Crepon 30cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

035: Retirado o ganote

Maria Jose - Maria Jose B. Claudino
Téc. Enfermagem
COREN-PB 250741

MOD 066



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/06/2020

Horas: 09:26:57

Médico(a) / Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 3

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

DIA 09/06/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

8.2

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 24h/24h (ADM AS 6h)	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	
4	ENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD,	
	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 01 COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
	Diluir em O	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/06/2020 HORA: 09:26:18

03 DIH

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO

CD: AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM 2210753

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Paciente consciente e orientado, medicação correta, sem queixas no momento do atendimento da enfermagem.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR	() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR
OUTRO		() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS

RESULTADOS ESPERADOS	APAZAMENTO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR		() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS
() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ		() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO
() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE		() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR
() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS		() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS
() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA		() ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS
() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO		() APOÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS
		() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS
		() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO
		() AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO
		() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FISIOLÓGICOS
		() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS
		OUTRO

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM (X) NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM (X) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? () SIM () NÃO RISCO DE QUEDA? (X) SIM () NÃO

FONTE:
 ASSINATURA E CARIMBO:

Barbara Albuquerque Y. Araújo
 COREN-PB 538.571-ENF

DATA: 09/06/2020



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/06/2020

Horas: 10:34:44

Médico(a) Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 2

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

8.2

DIA 08/06/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 24h/24h (ADM AS 6h)	12
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01 AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1 FRA AMP, 12h/12h	12 24
5	Reconstituir 2ML ABD, OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01 COMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em O	06

EVOLUÇÃO

DATA: 08/06/2020 HORA: 10:33:50

ok
Joel

ok

03 DIH

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO

CD: AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: 37 Sexo M Enf/Leito 8.2 data: __/__/__

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: ____ Medicções em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: F. Pulso de LCP joelho E

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: ☒ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ OUTROS:

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

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

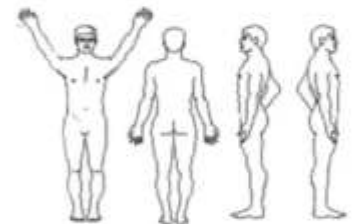
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anaTômica da ferida; Curativo em: ____/____/____.



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

TACÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS **SONO / REPOUSO:** (x) PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA ☐ PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
10:00											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO		RESULTADOS ESPERADOS	
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAÇÃO SE FOR MENOR QUE 95%	() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA			() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR	() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
	() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO			() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE	() AUMENTO DA HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR	SIM		() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)	
	() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR				
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO	SIM			
	() REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO				
() AVALIAR ANÁLISES ANTITÉRMICAS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS	() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	SIM		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LÍMITES FISIOLÓGICOS	
	() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE			() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE	
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)	() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO	SIM		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO	
	() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS				
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOL 70% NOS DISPOSITIVOS FLOSTÓTICOS	() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	SIM			
	() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS				
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 () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO

ENFERMEIRA

DATA



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/06/2020

Horas: 08:17:58

Médico(a) / Diarista: Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M

8-2

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 1

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 9 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

DIA 07/06/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 12h/12h	12 20
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h	12 24
5	Reconstituir 2ML ABD.	
	OMEPRAZOL INJ 40MG 01 FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06

EVOLUÇÃO

DATA: 07/06/2020 HORA: 08:17:14

02 DIH

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO

AO EXAME

DOR E EDEMA DO JOELHO ESQUERDO

CD: AGUARDA RESULTADO DE TOMOGRAFIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.409



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DÔM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	Paula Sergio de Oliveira												PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	M ☐	F ☐	B ☐	P ☐	A ☐								

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:
01/06/2020

929

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raio-x joelho @ - AP
- PF

Dr. Valth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 6326 / TEOT 15.090

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

ВНИМАНИЕ! ВНИМАНИЕ!
ВНИМАНИЕ! ВНИМАНИЕ!
ВНИМАНИЕ! ВНИМАНИЕ!

Sr(a): PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Protocolo: 0000531195 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): JOSE RENNÁ GOMES Data: 07-06-2020 17:09 Origem: AREA AMARELA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 37 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 07/06/2020 17:07]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3,90 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11,6 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	34,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	87 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	3.700 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)

Neutrófilos

Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	1,0	37	
Segmentados.....	64,0	2.368	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³

Linfócitos

Típicos.....	35,0	1.295	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	0	0	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	258.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM - 5010

Emissão : 07/06/2020 20:17 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 935F-F91E-F4D0-8BFC-2966-5828-A6E8-6A24

Sr(a):	PAULO SERGIO DE OLIVEIRA	Protocolo:	0000531195	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JOSE RENNÁ GOMES	Data:	07-06-2020 17:09	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	37 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE COAGULACAO..... 8' 00"

[DATA DA COLETA: 07/06/2020 17:08]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

[DATA DA COLETA: 07/06/2020 17:08]

TEMPO DE PROTROMBINA.....11.0 segundos

ATIVIDADE DE PROTROMBINA 110 %

INR..... 0.90

10 a 15 Segundos

70% a 100% de atividade de protrombina.

VALOR DE REFERÊNCIA:

Em pessoas

sdia:.....1

1.0 a 1.30

Em pacientes que fazem uso de
anticoagulantes orais: 2.0 a 3.5

Resultados anteriores:

Plasma Controle..... 12.5

Material: PLASMA CITRATADO

Método: COAGULOMÉTRICO


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Emissão : 07/06/2020 20:17 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D07B-E66C-D1CE-0E7E-C370-B624-5778-B7E6

Sr(a):	PAULO SERGIO DE OLIVEIRA	Protocolo:	0000531195	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	07-06-2020 17:09	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	37 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2' 00"

[DATA DA COLETA: 07/06/2020 18:10]

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

Material: sangue

Método: Duke



Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 808D-5AAB-3CDD-6303-5815-DF09-A70B-58FD



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/06/2020

Horas: 20:04:46

Médico (a) Diarista : Jose Renna Gomes Da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 0

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

DIA 06/06/2020

MÉDICO(A): Jose Renna Gomes Da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 12h/12h	1
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	00 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h	00
5	Reconstituir 2ML ABD, OMEPRAZOL INJ 40MG 01 FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06

EVOLUÇÃO

DATA: 06/06/2020 HORA: 20:01:09

PA = 120 x 80 mmHg.

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO

AO EXAME

DOR E EDEMA DO JOELHO ESQUERDO

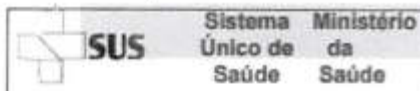
CD: AGUARDA RESULTADO DE TOMOGRAFIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Jose Renna Gomes Da Silva

Dr. José Renna Gomes
Ortopedista Traumatologista
CRM-PA 15262

Data da internação: 06/06/2020 Hora: 19:57:00


**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2165482

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/08/1982

9 - SEXO

Masc ☒ FFem ☐ F

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

RITA NUNES DE OLIVEIRA

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DE TELEFONE

DDD 83

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

R RENATO DO NASCIMENTO, 299, BODOCONGO III

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO

MUNICÍPIO 250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TOMOGRAFIA PARA DEFINIR TRATAMENTO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA

INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296973832

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE RENNA GOMES DA SILVA

31 - DATA DA

SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA

AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data da internação: 06/06/2020 Hora: 19:57:00



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
2165482

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
06/08/1982

9 - SEXO
Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
RITA NUNES DE OLIVEIRA

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD **83** Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
R RENATO DO NASCIMENTO, 299, BODOCONGO III

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO
250400

15 - UF
PB

16 - CEP
58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE TOMOGRAFIA PARA DIFINIR TRATAMENTO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
02

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016296973832

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
JOSE RENNA GOMES DA SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
06/06/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



PARAÍBA
Estado do

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

CRM : 10753

AV MARECHAL FLORIANO
PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

CAMPINA GRANDE - PB, CEP:
58400002

TEL: 33105850

1ª Via Retenção da Farmácia ou
Drogaria

2ª Orientação Ao Paciente

Nattan Rozendo

MÉDICO
CRM-PB 10753

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Endereço: R RENATO DO NASCIMENTO, 299 Bairro: BODOCONGO
III Cidade: Campina Grande

PRESCRIÇÃO:

CIPROFLOXACINO 500MG 14CP

TOMAR 01CP 12/12HORAS POR 07 DIAS

Data: 11/06/2020

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOUTORA LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Paulo Sérgio de Oliveira

DATA DO ATENDIMENTO:

10 / 06 / 2020

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

Arritmia CCP

PROCEDIMENTO:

MÉDICO (CARIMBO):

D. Bruno Luiz Gonzaga Fernandes

DADOS DO PACIENTE:

Paciente: **PAULO SERGIO DE OLIVEIRA**

RECEITUÁRIO

1) DIPYRINA 1G 01CX
TOMAR 01CP DE 6/6 HORAS 9H DOB
2) XARELTO 100MG 01CX
TOMAR 01CP AO DIA POR 28 DIAS

CAMPINA GRANDE - PB 10/06/2020


NATIAN SANTOS
CAMPINA GRANDE

Médico: Natian Santos - Rótulo De Obtenção

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 06/06/2020

Data da Alta: 11/06/2020

Registro: 2165482

Tempo de Permanência: 18420

Diagnóstico Inicial: AVULSAO DO OLHO

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiata:

Medicamentos:

Infecção F.O: NÃO

Coleta de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

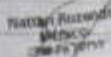
Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM REG. SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATORIA, EVITAR PISAR NO CHÃO COM O MEMBRO CIRURGIADO, USAR TALA JOELHO POR 8 DIAS OU ATÉ O RETORNO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO, ENCAMINHADO AO FISIOTERAPEUTA

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINA, DIFENIDRAMINA E XARELTO

Condições da Alta: Melhorado

Data: 11/06/2020

Assinatura: 

Assinatura: Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

ENCAMINHAMENTO

AS FUNTERIA PONTA,

ENCAMINHO O PACIENTE PAULO SÉRGIO
37 ANOS SUBMETIDO A PROCEDIMENTO UROL-
GICO DEVIDO A LESÃO DO UTERO APÓS
QUEBRA DE UTERO. SOMENTE AVALIAÇÃO
GRATO

11,06,2020
Data

Hélio Roberto
Médico
CRM-PB 10233
Médico

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

NOME 3.734.982

DATA DE
EXPIRAÇÃO

PAULO SÉRGIO DE OLIVEIRA

03/02/2009

FILIAÇÃO

RITA NUNES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

CAMPINA GRANDE-PB
DOC ORIGEM

06/08/1982

NASC.N.7895 FLS.174 LIV.A/07

CAMPINA GRANDE-PB
CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB

CPF
015.574.934-05

JOÃO Pessoa - PB

SINATUBA DO DIRETOR

LEI Nº 7.146 DE 29/03/63

LEI Nº 2.073 de 1954

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

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

P-234



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 015456071170
 2019
 0113587252-7 00/00000000 2019
 JOSE FABIO MOREIRA DA SILVA
 05061974417
 0FL4713/PB
 LXYYCBL09D0533756
 GASOLINA
 25/11/2019

CONTRAN

CONTRAN
 2 P/4 /CV
 LPVA ISENTA 00/00/0000
 0
 25/11/2019
 SEM RESERVA DE DOMÍNIO
 CAMPINA GRANDE - PB
 9999999

SEGURO OBRIGATORIO DE ANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A RESPOSTA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015456071170 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.seguradaxlider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

05061974417
 0FL4713/PB
 LXYYCBL09D0533756
 2012 8
 25/11/2019
 90465-1530078-20191125
 SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 08.560.600/0001-04

ALICATOS DE TR 12 1110 181 10 012

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200323755 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/06/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO COM AVULSÃO LIGAMENTAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/3/4/10/30

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254693/20

Vítima: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

CPF: 015.574.934-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/06/2020

Titular do CPF: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA : 015.574.934-05

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: 10/09/2020
Nome: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA
CPF: 015.574.934-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA