

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200258258 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.55_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200258258 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.55_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203174/20

Vítima: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

CPF: 719.419.304-33

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 02/04/2019

Titular do CPF: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS : 719.419.304-33

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: 21/07/2020
Nome: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS
CPF: 719.419.304-33

WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200258258

Vítima: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200258258

Vítima: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS**

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

Banco: **237**

Agência: **000003452-5**

Conta: **000007187-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 719 419 30433 4 - Nome completo da vítima: Wellington Henrique dos Santos

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

5 - Nome completo: Wellington Henrique dos Santos 6 - CPF: 719 419 30433
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua Paraimundo Alves Bezerra 9 - Número: 514 10 - Complemento:
11 - Bairro: zona rural 12 - Cidade: Juazeira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58397-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8333341239

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3452 CONTA: 7187 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 21/07/2020
Wellington Henrique dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 000060/20

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 000060/20 registrada em 10/04/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos dez dias do mês de abril 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, ai, por volta das 16:30 horas, compareceu o Sr. WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS, com 20 anos de idade, filho de JOSÉ ADRIANO FAUSTINO DOS SANTOS e MARIA JOSÉ HENRIQUE DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 4480603, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 71941930433, residindo, à rua ABEL BARBOSA, S/N, bairro CEPILHO, na cidade de AREIA - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta de 00h10min do dia 02.04.2019, estava trafegando por uma estrada vicinal que liga o Distrito de Massabela a cidade de Esperança/PB, conduzindo a motocicleta DAFRA SUPER 100, ano/modelo 2008/2008, de cor preta, chassi nº 95VAC1G288M011255, de placa NPS-7306/PB, em nome de Marcelo Ferreira Félix, quando em uma curva colidiu frontalmente com outra motocicleta de marca, placa e demais características que ignora, inclusive o condutor, sendo que em decorrência do impacto o comunicante e o outro motociclista foram jogados ao solo, causando-lhes ferimentos graves, sendo ambos socorridos pelo SAMU e encaminhados para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foram submetidos a tratamentos médicos, conforme prontuários médico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, entretanto, não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, não foi realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran, pois os mesmos não foram solicitados; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o outro motociclista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. 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, 10 de Abril de 2020

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

Wellington Henrique dos Santos
WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 719 419 30433 4 - Nome completo da vítima: Wellington Henrique dos Santos

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

5 - Nome completo: Wellington Henrique dos Santos 6 - CPF: 719 419 30433
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua Imundo Alves Bezerra 9 - Número: 514 10 - Complemento:
11 - Bairro: zona rural 12 - Cidade: Juazeiro 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58397-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8333341239

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: 3452 CONTA: 7187 0
(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 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 Líder 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

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 (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 21/07/2020

Wellington Henrique dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362, 50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03452-5

CONTA: 000000007187-0

Nr. Autenticação

BRDESCO0308202005000000000023703452000000007187236250 PAGO

BOLETO PARA PAGAMENTO

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

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 046.964.042



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARINES BEZERRA DO NASCIMENTO
RUA RAIMUNDO ALVES BEZERRA S/N
AREIA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/659822-1

REFERÊNCIA

JUL/2020

APRESENTAÇÃO

07/07/2020

CONSUMO

0

VENCIMENTO

14/07/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,67

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/07/2020

Pagador: MARINES BEZERRA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 457.532.454-04

RUA RAIMUNDO ALVES BEZERRA S/N - AREA RURAL - AREIA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120017593044	000659822202007	14/07/2020	R\$ 23,67	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

A13

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

IDADE

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1626851

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Data: 02/04/2018
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Vanessa Patrícia Sales Do Nascimento

CEP: 58135000 Nascimento: 08/12/1999

PACIENTE: WELLINGTON

HENRIQUE DOS SANTOS

Endereço: SÍTIO SABIELE

Cidade: Esperança

Sexo: M

Telefone:

Idade: 018

Bairro: SÍTIO

Nome da Mãe: MARIA JOSE HENRIQUE DOS

SANTOS

RG: 4480603

Nº: 0

CPF:

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: JOAO PAULO

CNS: 6598

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 02/04/2018

Hora: 00:45:23

CONVÊNIO: SUS

Motivo: Queda de moto

Especialidade:

CRM:

Médico: 4

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão 2. Contusão 3. Laceração 4. Hematoma 5. Fratura 6. Luxação 7. Edema 8. Empalhamento 9. Enfisema subcutâneo 10. Emagamento 11. Equimose 12. F. Arma branca 13. F. Arma de fogo 14. F. Cortado 15. F. Cortante 16. F. Corto-contuso 17. F. Perfuro-contuso 18. F. Perfuro-cortante 19. Fratura óssea fechada 20. Fratura óssea aberta 21. Hematoma 22. Injurgimento Venoso 23. Laceração 24. Lesão tendinária 25. Luxação 26. Mordedura 27. Movimento torácico paradoxal 28. Objeto Encastrado 29. Otorrágia 30. Paralisia 31. Paresia 32. Parestesia 33. Queimadura 34. Rinorrágia 35. Sinais de Isquemia 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Acidente com queda de moto + trauma m.i.d.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente sem queixa de dor, desconforto
 eca-16, cervical e ventral vivos, abom e
 tórax normal, nenhuma anormalidade
 trauma no m.i.d.

ALERGIA:

Nada v/ carne crua

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS

Anisocóricas ()

Glasgow

15 PA

HGT:

SatO2

RAIO X
REALIZADO EM
02/04/18

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
 () Gasometria arterial
 () Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
02/04/18

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia

às

Dia

Especialista: /

às

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2	Dipnóico 2º grau	
3		
4	Vo vom 2º grau	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Gadelha
 CRM: 14320



Ficha de Acolhimento

Nome:	Wellington Henrique dos Santos		
End:	Bairro: Esperança		
Data de Nascimento:	08/12/99	Documento de Identificação:	
Queixa:	Queda	Data do Atend.	00:40
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	02/04/18
Documento:			

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida		
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Wellington
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

MOD. 110

Isabelle Lopes da Costa
COREN-PA 471.116

Assinatura e carimbo do profissional

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			☒ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			
☒ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		6/6/20	
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.			
☒ Avaliar alterações de sinais vitais.			
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			☐ Melhora da integridade da pele.
☒ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		6/6/20	☒ Diminuição do risco de lesão.
☐ Analisar condições do curativo.			
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			☒ Padrão respiratório eficaz.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
☐ Realizar balanço hídrico.			
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			☒ Diminuir o risco de infecção.
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		6/6/20	
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☒ Manter ambiente calmo e tranquilo.		6/6/20	☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Orientar repouso no leito.			
☒ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			☐ Outros
☐ Outros			☐ Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):
 Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):
 Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Wellington Henrique	Enfermaria:	Ex	Leito:	2	Data:	03/06/18	
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro (✓)	Outro ()	
		Ansiedade ()		Incapacidade de lavar o corpo (✓)				
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()		
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()		Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()		
		Prejuízos músculo esquelético ()		Desuso ()	Outro ()	Dispnéia ao esforço (✓)		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade (✓)	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Movimentos descontrolados ()		
		Alterações na profundidade respiratória ()				Dispnéia (✓)		
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()		Queimaduras ()	Vômito ()	Batimento de asa de nariz ()		
		Drenos ()		Outros ()		Ortopnéia ()		
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()				Defesas primárias inadequadas ()		
		Procedimentos invasivos (✓)		Outro ()				
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()		Medicações ()				
		Extremos da idade ()		Agitação/Desorientação ()				
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono ()				Outro (✓)		
		Ruído (✓)		Imobilização física ()		Mudança do padrão normal do sono ()		
13	Outro					Relatos de dificuldade para dormir ()		
14	Outro							

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellington Henrique Registro: 84 Leito: 2 Setor Atual: UTI 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: 1 irpm; PA: 130¹⁴⁰ mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 83 %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal (☒) Venturi 80% l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.			
☐ Avaliar alterações de sinais vitais.			
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			
☒ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			☒ Melhora da integridade da pele.
☒ Analisar condições do curativo.			☒ Diminuição do risco de lesão.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
☒ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			☒ Melhora da perfusão tissular.
☒ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			☒ Padrão respiratório eficaz.
☒ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Realizar balanço hídrico.			
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			☒ Diminuir o risco de infecção.
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
☒ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.			
☐ Orientar repouso no leito.			☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			☐ Outros
☐ Outros			☐ Outros



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	<i>Wellington Henrique</i>	Enfermária:	<i>Patricia</i>	Leito:	<i>II</i>	Data:	<i>04/04/28</i>		
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()		
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()			
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()		
		Outros ()				Relato verbal de dor ()			
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele (X)	Invasão de estruturas do corpo ()		
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro (X) <i>Relaxamento</i>		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro	
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória (X)	Dispnéia (X)		
		<i>Dispneia</i>				Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()				
		Drenos ()	Outros ()						
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()						
		Procedimentos invasivos (X) <i>AVP</i>	Outro ()						
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()						
		Extremos de idade ()	Agitação/Desorientação ()						
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()		
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()			
13	Outro								
14	Outro								

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellington Henrique Registro: _____ Leito: Ext II Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: 100x90 mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: 98 %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

18:25 h

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: (X) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O maxima Resumetoro

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia (X) Dispnéia () Outros: _____

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

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

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

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			☒ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.			
☐ Avaliar alterações de sinais vitais.			
☒ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
☒ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			☐ Melhora da integridade da pele.
☒ Analisar condições do curativo.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☒ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			☒ Melhora da perfusão tissular.
☒ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			☒ Padrão respiratório eficaz.
☒ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
☐ Realizar balanço hídrico.			☒ Diminuir o risco de infecção.
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
☒ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.			☒ Melhora do padrão do sono.
☐ Orientar repouso no leito.			
☒ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			☐ Outros
☐ Outros			☐ Outros

Elinice Afonso de Sousa
COREN-PA 18656-ENF

Paciente:	Wellington Henrique		Enfermaria:	Extra	Leito:	2	Data:	05/04/18
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()	
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()			
		Drenos ()	Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos ()	Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()					
		Extremos de idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Fx persona D
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Wellington Henrique* Registro: *Extra* Leito: *2* Setor Atual: *SV 2*
2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: *120/70* mmHg; FC: *98* bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal (☒) Venturi *80* % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia (☒) Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

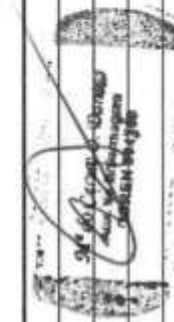
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Avaliar alterações de sinais vitais.			☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Analisar condições do curativo.			☒ Diminuir o risco de infecção.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			☐ Outros
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			☐ Outros
☐ Realizar balanço hídrico.			
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
☒ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.			
☐ Orientar repouso no leito.			
☐ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			
☐ Outros			


 Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):
 Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:		Enfermária:		Leito:		Data:		/ /	
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
		Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarreia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()		Outro ()		Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()		
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()			
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()		Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()			
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()		Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()		Outro ()	Rompimento da superfície da pele ()		Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()		Dispneia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()		Desuso ()	Outro ()	Movimentos descontrolados ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()		Dispneia ()	
						Batimento de asa de nariz ()		Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarreia ()				
		Drenos ()		Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()			Defesas primárias inadequadas ()				
		Procedimentos invasivos ()		Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()			Medicações ()				
		Extremos da idade ()		Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()			Outro ()	Mudança do padrão normal do sono ()		Outro ()	
		Ruído ()		Imobilização física ()		Relatos de dificuldade para dormir ()			
13	Outro								
14	Outro								

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellington Henrique Registro: Ext Leito: 02 Setor Atual: 024 #

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 100 X 80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora:

PERCEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

[illegible]

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Wellington Henrique dos Santos HD: _____ SETOR: Dna LEITO: 12 DATA: 02/04/18

[illegible]

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA • CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

[illegible]

GOVERNO DA PARAIBA	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS			
NOME	Wellington Henrique dos Santos		
IDADE	ENFERMARIA	LEITO:	
H. D.	ADMISSÃO	HORA	

PROCEDÊNCIA:	DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito		
MOTIVO INTERNAÇÃO:	Perfusão: ☒ Normal ☐ Deficiente		
ANTECEDENTES:	☐ Hemorragia ☐ Outros:		
HDA:	Edema. Regiões:		
CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
CD:	☐ THB	☒ TEP passiva	☒ TEP ativa
☐ Aspiração	☐ TMV	☐ Decanulação	☐ O2
☐ Treino de Marcha	☒ Orientações	☐ Treino equilíbrio	☐ Cinesioterapia
☐ Ortoestatismo	☐ Marcha	☐ Estimulação sensorial	☐ Transferências
☐ Posicionamento:	☐ Treino Musc. Pré decanulação		
Outros:			

SV:	FC	bpm	FR	irpm	PA:	SpO2	% T	% c
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo								
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow								
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal								
Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☒ Normal								
Bloqueios Articulares (Regiões)								
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR								
☐ Eupneico ☐ Sem alterações								
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI ☐ VMI								
O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Masc. Simples ☐ Masc. / Sistema de Venturi %								
☐ Masc. Reinalação parc. ☐ Masc. não Reinalação ☒ Masc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min								
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais								
☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ____ /4+								
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Não ☐ Sim								
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial								
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☒ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica								
Ausculta Pulmonar: ☒ Murmurem ☐ SIFA								
Raio X Tórax:								
TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz								
SECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.								
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta								
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha								

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: JADM MID	Campina Grande, 03/04/18	Andreza Jaua Felipe Barbosa FISIOTERAPÊUTA CREFITO - 77298-F
--	--------------------------	--



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

Sr(a): WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS Protocolo: 0000396233 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): VIVIAN KELLY REZENDE COSTA Data: 06-04-2018 14:52 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 18 anos Destino: GERAL

SÓDIO 146 mmol/l

[DATA DA COLETA: 06/04/2018 15:30]

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:

Adulto.....: 132 a 148 mmol/l

Crianças.....: 134 a 148 mmol/l

Valor Critico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

POTASSIO 4.0 mmol/l

[DATA DA COLETA: 06/04/2018 15:30]

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:

Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l

Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l

Valor critico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou maior que 6.5 mmol/l

Valor critico (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/l


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Sr(a):	WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS	Protocolo:	0000396233	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	VIVIAN KELLY REZENDE COSTA	Data:	06-04-2018 14:52	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	18 anos	Destino:	GERAL

URÉIA

[DATA DA COLETA: 06/04/2018 15:30]

Resultado..... 37 mg/dl

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 06/04/2018 15:30]

Resultado..... 0,9 mg/dl

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Uréia, Depuração da Creatinina

e Sumário de

urina.

NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 06/04/2018 15:57 - página 1 de 3

Sr(a): WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS Protocolo: 0000396233 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): VIVIAN KELLY REZENDE COSTA Data: 06-04-2018 14:52 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 18 anos Destino: GERAL **Ex. 02**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 06/04/2018 15:29]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.32 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	10,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	32 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	98 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	33 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.700 /mm ³ (%)	(/mm ³)	4.500 à 12.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	1,0	67	
Segmentados.....	62,0	4.154	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	3,0	201	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	32,0	2.144	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	134	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	197.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.


Ana Cláudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Sr(a):	WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS	Protocolo:	0000395247	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	HALLISSON BARROS DE ALMEIDA	Data:	02-04-2018 08:00	Origem:	BLOCO CIRURGICO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	18 anos	Destino:	BLOCO CIRURGICO

TEMPO DE SANGRAMENTO 2"00"

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 08:37]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO 7"00" min

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 08:37]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos



Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM 5409

Sr(a): WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS Protocolo: 0000395247 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA Data: 02-04-2018 08:00 Origem: BLOCO CIRURGICO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 18 anos Destino: BLOCO CIRURGICO

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 08:36]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.3 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,5 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	93 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	16.100 /mm ³ (%)	(/mm ³)	4.500 à 12.000 /mm ³
Neutrofilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	644	
Segmentados.....	82,0	13.202	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0	161	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	10,0	1.610	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	483	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	254.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

CFB

Carlos Felipe Souza da Miranda Beltrão
Biomédico
CRM 5409

Paciente:Wellington Henrique

Data do Exame: 04/04/2018

Exame: Tomografia Computadorizada de Tórax com Contraste

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos antes e após a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel, com protocolo para pesquisa de tromboembolismo pulmonar.

Análise:

Técnica inadequada para pesquisa de TEP, reduzindo a acurácia do estudo.

- Não foram visualizadas falhas de enchimento no tronco pulmonar, nem nas artérias pulmonares principais, que indiquem tromboembolismo pulmonar agudo (TEP agudo). Ressalta-se que as artérias pulmonares segmentares não foram bem avaliadas em decorrência do protocolo de injeção de contraste inadequado para sua avaliação, não sendo possível descartar TEP nestes segmentos, apesar de pouco provável.
- Demais estruturas vasculares mediastinais apresentam disposição e calibre anatômicos.
- Opacidades consolidativas e em vidro fosco, com aspecto algodonoso, bilateral e de predomínio central (peri-hilar). Este achado pode estar associado a edema alveolar, hemorragia alveolar difusa ou processos infecciosos disseminados. A correlação clínica e laboratorial é fundamental para o diagnóstico.
- Espessamento da cissura oblíqua direita.
- Traquéia centrada com calibre preservado.
- Carina e brônquios principais sem alterações
- Linfonodo calcificado residual em nível subcarinal.
- Ausência de linfonodomegalias ou outras estruturas ocupando o compartimento mediastinal.
- Ausência de derrame pleural.



Diogo Araújo de Freitas CRM/PB 7195
Médico Radiologista - Membro Titular CBR

Paciente:Wellington Henrique

Data do Exame: 04/04/2018

Exame: Tomografia Computadorizada de Tórax com Contraste

Técnica:Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos antes e após a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel, com protocolo para pesquisa de tromboembolismo pulmonar.

Análise:

Técnica inadequada para pesquisa de TEP, reduzindo a acurácia do estudo.

- Não foram visualizadas falhas de enchimento no tronco pulmonar, nem nas artérias pulmonares principais, que indiquem tromboembolismo pulmonar agudo (TEP agudo). Ressalta-se que as artérias pulmonares segmentares não foram bem avaliadas em decorrência do protocolo de injeção de contraste inadequado para sua avaliação, não sendo possível descartar TEP nestes segmentos, apesar de pouco provável.
- Demais estruturas vasculares mediastinais apresentam disposição e calibre anatômicos.
- Opacidades consolidativas e em vidro fosco, com aspecto algodinoso, bilateral e de predomínio central (peri-hilar). Este achado pode estar associado a edema alveolar, hemorragia alveolar difusa ou processos infecciosos disseminados. A correlação clínica e laboratorial é fundamental para o diagnóstico.
- Espessamento da cissura oblíqua direita.
- Traquéia centrada com calibre preservado.
- Carina e brônquios principais sem alterações
- Linfonodo calcificado residual em nível subcarinal.
- Ausência de linfonodomegalias ou outras estruturas ocupando o compartimento mediastinal.
- Ausência de derrame pleural.

REIMPRESSÃO

Diogo Araújo de Freitas CRM/PB 7195
Médico Radiologista - Membro Titular CBR

Sr(a): WELINGTON HENRIQUE DOS SANTOS Protocolo: 0000395453 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): FERDINANDO FELIX FERNANDO Data: 02-04-2018 20:39 Origem: SALA VERMELHA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 18 anos Destino: SALA VERMELHA

CLORO 110 mmol/l

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:17]
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:
IDEAL : 97 a 108 mmol/L
ALERTA: Menor que 80 mmol/L
Maior que 115 mmol/L
EXAME RELACIONADO: Ionograma, Gasometria, Na, K.

SÓDIO 150 mmol/l

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:17]
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:
Adulto.....: 132 a 148 mmol/l
Crianças.....: 134 a 148 mmol/l
Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

POTASSIO 4.1 mmol/l

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:17]
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:
Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l
Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l
Valor crítico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou
maior que 6.5 mmol/l
Valor crítico (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/l
maior que 8.0 mmol/l



Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM 5405

Sr(a): WELINGTON HENRIQUE DOS SANTOS
Dr(a): FERDINANDO FELIX FERNANDO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000395453
Data: 02-04-2018 20:39
Idade: 18 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: SALA VERMELHA
Destino: SALA VERMELHA

URÉIA

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:17]

Resultado..... 47 mg/dl

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:17]

Resultado..... 0,9 mg/dl

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração
da Creatinina e Sumário de
urina.

NOTA: O uso de medicamentos contendo
dipirona e
vitamina C podem alterar o
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 NIENES



Carlos Felipe Souza de Miranda Botelho
Biomédico
CRM 5409

Sr(a): WELINGTON HENRIQUE DOS SANTOS Protocolo: 0000395453 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): FERDINANDO FELIX FERNANDO Data: 02-04-2018 20:39 Origem: SALA VERMELHA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 18 anos Destino: SALA VERMELHA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:16]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.49 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,9 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	94 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	22.800 /mm ³	4.500 à 12.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	6,0	1.368
Segmentados.....	84,0	19.152
Eosinófilos.....	1,0	228
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	6,0	1.368
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	684
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.


Carlos Felipe Souza de Miranda Botelho
Biomédico
CRM 5409

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Willington Henriquez

Prescrição Médica

Paciente Data	Prescrição Médica	Horário		Enfermaria	Leito
07	Dieta livre				
07	SE 0,9% 1500ml + AD EV 6/6hs				
	Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs	12	18 00 06		
	Omeprazol 40 mg EV / dia	18	06		
	Tilatil 20mg EV 12/12hs				
	Tramal 100mg + SF EV 8/8hs (SN)				
	Plasil 2ml + AD EV 8/8hs (SN)				
	Clexane 40mg SC/ dia		20		
	SSV + CCGG				
	Oximetazolina CV 3h/min 150%.				
	Unida 600mg + Aq (C) 6/6h.	12	18 00 06		
	Symbiot 04 perfis 12/12h.	12	00		
	Acamp. Clínica Médica.				
	Hidrocortisona 500mg + AD (C) 12/12h.				

Atenc

2

Dr. Edmarcio
CRM-PB 05542

Atenc

Dr. Edmarcio
CRM-PB 05542

Ex. exp. para (C)

Atenc

Ex. 02

- Boicote estadual

Agenda contendo pela

(1) reunião

VLM

- Primeiro trimestre 1980

- não possui M.T. (C)

- uma file diário.

- Acamp. Anb. Outubro. H.T.C.

Diagnóstico

ORTOPEDIA 2

EXTRA 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX EXP PERNA D

FX EXP PERNA D

Paciente	0	Alojamento	Leito	Convênio	EXTRA 2
Ocellation Henrique das Infog. 18					

[illegible]

1915

23

21

22

24/10/2020

2010 (S) 7672 New + public about 14

21

13. The number of the

35

1000

2006 country study

1000

2025-2026

10

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Prescrição Médica	Alojamento:	Leito	Convênio
Wellington Lima			ex2	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
05	1. Dieta livre	ET	L. JAC	
	2. SRL 1500ml EV/24h	18h		
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	18h		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	18h		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	ET		
06	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	ET	Dd, T.C. não sintomatizada	
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN	ET		
	8. Clexane 40mg SC/dia	ET		
	9. SSW + CCGG	ET		
	10. 6ftmoxonil 100mg EV 12/12h	18h		
	11. Urtida 600mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	18h	V. JAC	
	12. Warfarin	ET		
	13. Dd / Marmelada	ET		
	Guarnil 100g	ET		
	Symvant 4 perf.	ET		
	Hidrocortisona 500-5 EV	ET	Dd, T.C. não sintomatizada	
	Clexane 40mg EV 12/12h	ET		
		ET		
		ET		
		ET		

Dr. Jacy N. Lima
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 5588
CPF: 262.135.558-34

Dr. Eduardo Braga Wc.
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 5588
CPF: 262.135.558-34

[illegible]



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

TCO
FX 71510

Paciente					
	6811-626-4904	Alojamento	9	Leito	09
					Convênio

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

LEITO 12

WELLINGTON HENRIQUE DA COSTA

FRATURA EXPOSTA TÍBIA DIREITA-OPERADA ONTEM

TEP ?

03/04/2018	1	DIETA VO LIQUIDA-PASTOSA ASSISTIDA	
	2	SF 0,9% 500ML IV 12\12H	
	3	CEFTRIAXONA 1G + AD, EV, 12/12H	
D0:2\4\18	4	CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML IV 6\6H	
D0:2\4\18	5	OMEPRAZOL 40MG EV + AD ÀS 6H	
	6	NAUSEDRON 01FA + AD EV 8/8H, S/N	
	7	DIPIRONA 01FA + AD EV 6/6H	
	8	CLEXANE 60MG SC 24\24H	
	9	HGT DE 6/6H E INSULINA REGULAR SC CONFORME PROTOCOLO	
	10	GH 50% 60ML EV SE HGT<70	
	11	HIGIENE ORAL 2 X AO DIA	
	12	O2 3L/MIN SN, SE SATO < 92%	
	13	DECÚBITO ELEVADO	
	14	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	
	15	MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	
	16		
	17		
	18		
	19		
	20		

03/04/18 - Ave Vermelha 04:54h

paciente consciente, orientado e retornando 98%,
retorna para Ala Ortopédica aos cuidados da
Ortopedia

Dr. LEONARDO LEITÃO BASTOS
CLÍNICA MÉDICA
CRM 5165 - DEFE

Dr. WYRY PAIVA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-06 11.507

#0134212

Deixei o Sr. Wm. Paiva
em fixador externo, com
evolução satisfatória.
Ed: Aguardo continuação da parte.

Dr. LEONARDO LEITÃO BASTOS
CLÍNICA MÉDICA
CRM 5165 - DEFE

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
							medicamento recebido diurese normal pressão arterial normal temperatura normal respiração normal batimento cardíaco normal estado geral satisfatório	

f_x aperta l'idea D)

7102

webcam,

10

10

of the area to

2.2 mole fraction — 10

05 0.5 00

10

05

10

40

502

20

miral JA

05 F

• •

50 10

050

505

• • 05 F 7 19

14

10 minutes — 10
on 10 minutes 10
10 minutes 10

10 — 15x51

10

102 101

2000
 2000
 2000
 2000

partne α

22

✕

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Wellington Henrique dos Santos DN. 08/12/99

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

CIRURGIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	03	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimofe amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Morfinina amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	4.5	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
01	Guaficil ml	9.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23			
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11			
	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 15			
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	02	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	9.5	Oxigênio l/m 4L/min			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliifix			
	Haemacel ml.	9.5	PVP Degemante ml			
	Heparema ml.		PVP Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor	02	SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Morfina medren	02	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml p/ Rouquim	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
01	Cefalotina 1g	01	Sonda Nasogástrica			
01	Ranitidina		Sonda Uretral nº			
02	Filadil		Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
01	Aguilha desc. 28 x 28	40x12	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5				EQUIPAMENTOS	
01	Aguilha p/ raque nº	26	05 Coletor de		(X) Oxímetro de Pulso	(X) Foco Acústico
9.5	Álcool de Enfermagem		03 Escovas		() Serra	() Eletrocautério
	Álcool Iodado ml		03 Sacos p/ lixo		() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo
	Ataduras de Crepon		01 Capote de cordão		(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
	Ataduras de Gessada				() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

ORTOSINTERE IND. E COM. LTDA
Rm. 374/12 - Lote 5318/17
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300
FIXADOR EXTERNO LAYFIX
Registro ANVISA: 10233710006

Vál. 21/01/2022

ENTERIL R
21/01/2017

Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0601828973

Maria Milena L. da Nóbrega

CIRCUANTE RESPONSÁVEL
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PA 001.237.002

9. Gravimetric

795827

10

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. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

05/04/78

Q. 7 x 1000 = 7000

Centre André de Silva Lima
TECHNICAL DEPARTMENT

20/11

Q F x 1206 Ertan

Imagem invertida e espelhada
para facilitar a leitura
do documento original.

Imagem invertida e espelhada
para facilitar a leitura
do documento original.

1026111 DE TIV UNW

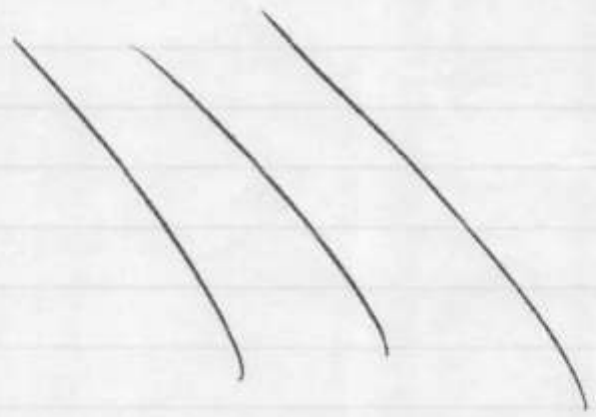
Grande

Melhor
Fotografia de 2010

1026111

1026111 DE TIV UNW

1026111 DE TIV UNW



Mr. Wagner + Mr. Neri

05/04/18

Q F x 1001

Carlos André de Silva Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PA 118.038

Assinatura

Carlos André da Silva Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PB 115.838

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

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

CRM 7828
S. D. D. H. A.

Assinatura do anestesista

Ortopedia II

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

| | |
|--|-----------------------|
| Paciente: <i>Wellington Henrique do Santos</i> | Idade: <i>18 a</i> |
| Convênio: | Data: <i>02/04/18</i> |
| Procedimento: <i>T.T.O. cirúrgico de fratura exposta de osso do pé</i> (D) | |
| Cirurgião: <i>Dr. Wagner</i> | Auxiliar: <i>—</i> |
| Anestesista: <i>Dr. Rafael</i> | |
| Início: <i>03:30</i> | Término: <i>04:20</i> |
| Anestesia: <i>Raque + Sedação</i> | |

| Hora | PA | Pulso | SAT 02 | Responsável | A. Motora | Consciência |
|-------|----------|---------|--------|--|-----------|-------------|
| 04:30 | 86 x 32 | 92 bpm | 88% | <i>Alex + Olimiana</i> | - MM II | consciente |
| 04:50 | 102 x 45 | 100 bpm | 100% | <i>Alex + Olimiana</i> | - MM II | + |
| 06:00 | 99 x 55 | 104 | 100% | <i>Alex + Olimiana</i> | - MM II | consciente |
| 06:30 | 126 x 47 | 85 bpm | 99% | <i>Alex + Olimiana</i> | + | + |
| 07:30 | 118 x 41 | 104 bpm | 90% | <i>Anne Karine de A. Almeida</i>
Enfermeira | + | + |
| 09:50 | 115 x 80 | 114 bpm | 90% | <i>0867/98 303.727</i> | + | + |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Medicamentos/Materiais | Quantidade |
|------------------------|------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| |
|--|
| Observações:
<i>07:30- Paciente em P.O.I. de ortopedia, encontra-se consciente, orientado, eufórico, acm perfeito em M.S.E. péis, fixador externo em M.I.D. com curativo limpo, segue em monitorização contínua, sem queixas de dor e sem desconfortos, aguarda alta na enfermagem.</i>
<i>Anne Karine de A. Almeida</i>
<i>Enfermeira</i>
<i>0867/98 303.727</i> |
| <i>[Assinatura]</i>
Assinatura Anestesista |
| <i>[Assinatura]</i>
Circulante |



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

| | | | |
|--|-------------|---------------------------------|----------------|
| Nome do Paciente
<i>Wellington Henrique dos Santos</i> | | Nº Prontuário | |
| Data da Operação
<i>02/04/19</i> | Enf. | | Leito |
| Operador
<i>Dr Wagner</i> | | 1º Auxiliar
<i>Dr Evelyn</i> | |
| 2º Auxiliar | 3º Auxiliar | | Instrumentador |
| Anestesia | | Tipo de Anestesia | |
| Diagnóstico Pré-Operatório
<i>fx exposta de osso de</i> | | | |
| Tipo de Operação
<i>fixação externa</i> | | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório
<i>O melano</i> | | | |
| Relatório Imediato da Patologia | | | |
| Exame Radiológico no Ato
<i>Sim</i> | | | |
| Acidente Durante a Operação
<i>Não</i> | | | |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em DDM sob anestesia
- 2) Anestesia + Antisséptico + Aplicação de Campos Eletrois
- 3) Desbridamento de Tecidos desvitalizados
- 4) Lavagem extensiva c/ S.F. 2191
- 5) Incisões mínimas em região D + Apoio de fixação externo monoplanar linear.
- 6) Sutura de aproximação + curativo

Dr. Wagner Falcão
CRM-SP 8843



the following are + several +
 good contacts from ① also
 because .

reference to circle .

R-X connection .

for export ① 2858

0108020200

Treatment Clinical de Fractura de Tibia

7

SUS

Sistema Ministério
Único de da
Saúde SaúdeLAUDO 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

WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1626865

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/12/1999

9 - SEXO

Masc ☒ HFem ☐ F

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA JOSE HENRIQUE DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 83

N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

SÍTIO SABIELE, 0, SÍTIO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Esperança

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

250600

15 - UF

PB

16 - CEP

58135000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Deformidade + edema +
lesão contante por trauma.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessita de cirurgia.

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

R-X anamiose.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fx exposta tíbia (D).

21 - CID 10 PRINCIPAL

S828

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico de Fratura da Tibia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS

() CPF

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

706500355121696

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

HALLISSON BARROS DE ALMEI

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/04/2018

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

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente | 116820808 Mariana do Santos | Alojamento | Leito | Convênio |
|----------|-----------------------------|------------|-------|----------|
| | | | 12 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

[illegible]

 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
719.419.304-33

Nome
WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

Nascimento
08/12/1999



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA-CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO L-234

Wellington Henrique dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.480.603 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/08/2016

NOME
WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

FILIAÇÃO
JOSÉ ADRIANO FAUSTINO DOS SANTOS
MARIA JOSÉ HENRIQUE DOS SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
CAMPINA GRANDE-PB 08/12/1999

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº26752 - LIV.026 - FLS.067 - CARTORIO AREIA-PB

CPF

João Pessoa - PB

Handwritten signature
MARCIA A. B. LACERDA
Chefe de Núcleo de Matrícula e Registro DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9670467832
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA 1 COD. RENAVAM 20120000144789-0 EXERCÍCIO
 14839916-9 00/00000000 2012

NOME
MARCELO FERREIRA FELIX

CPF / CNPJ
 01174378409

PLACA
 NPS7306/PB

PLACA ANT / UF
 NOVO PB 95VAC1G288M011255

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC CO-ALISTIVO GASOLINA
 MARCA / MODELO DAFRA/SUPER 100 ANO FAB 2008 ANO REC 2008

CAP / POT / CIL 2 P/100 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 30/04/2012 1º VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS

FAIXA LIVRA PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 ***** SEGURO P A G O 30/04/2012

OBSERVAÇÕES
 A.F. BV FINANCEIRA S.A.

JOAO PESSOA-PB

DATA
 30/04/2012
 40533



Rodrigo Augusto de Carvalho Costa
 Diretor Superintendente - DETRAN/PB

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAÓ - SEGURO DPVAT

PB Nº 9670467832 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 EXERCÍCIO 2012

CPF / CNPJ
 01174378409

PLACA
 NPS7306/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9670467832 EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 30/04/2012

VIA 1 CPF / CNPJ 01174378409 PLACA NPS7306/PB

RENAVAM 48399169 GAS DAFRA/SUPER 100 MARCA / MODELO

ANO FAB 2008 CATEG. 9 Nº CHASSI 95VAC1G288M011255

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A PAGAR PELA SEGURADORA (R\$)
 ***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 30/04/2012

**Seguradora Líder dos Consórcios
 do Seguro DPVAT S/A**

CNPJ: 09.248.608/0001-04
 40533-1144520-20120430

JUL 2011