

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
**Nº Sinistro:** 3180211964  
**Vitima:** MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
**Data do Acidente:** 26/08/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FERNANDO FERNANDES ARAUJO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180211964**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

**Nº Sinistro:** 3180211964

**Vitima:** MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

**Data do Acidente:** 26/08/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** FERNANDO FERNANDES ARAUJO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180211964**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Carta nº 13071697

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180211964 ASL-0166034/18  
**Vitima:** MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
**Data Acidente:** 26/08/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FERNANDO FERNANDES ARAUJO

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta nº 13118107

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180211964 ASL-0166034/18  
**Vitima:** MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
**Data Acidente:** 26/08/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FERNANDO FERNANDES ARAUJO

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

Prezado(a) Senhor(a),

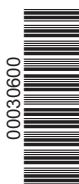
Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Carta nº 13216532

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180211964 ASL-0166034/18  
**Vitima:** MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
**Data Acidente:** 26/08/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FERNANDO FERNANDES ARAUJO

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Carta n°: 13462692

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

**Nº Sinistro:** 3180211964  
**Vitima:** MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
**Data do Acidente:** 26/08/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FERNANDO FERNANDES ARAUJO

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000002221**

**Conta: 00000039283-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**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**

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

701-271-124-80

Nome completo da vítima

MANOEL ANAÚJO BANDEIRA

VITIM

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Manoel Anaujo Bandeira Vitor	701-271-124-80	Necessário
Endereço	Número	Complemento
Sítio Anaujo	514	
Bairro	Cidade	Estado
ANÁIA RURAL	LABOR SÉCA	PIR
Email	CEP	58.447-000
	Telefone (DDD)	65-798558526

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima, Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  D/V  CONTA NRO.  D/V  
(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO Nome   
Agência Nro.  D/V Conta Nro.  D/V  
Banco Do Brasil  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

LABOR SÉCA, 24 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Manoel Anaujo Bandeira Vitor

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2º DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS -  
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9319



OCORRÊNCIA N° 000411/18

### 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 N° 000411/18 registrada em 11/04/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos onze dias do mês de abril do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - CG, 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 14:25 horas, compareceu o Sr. FERNANDO FERNANDES ARAÚJO, com 0 ano de idade, filho de MARIA FERNANDES ARAÚJO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, portador da Cédula de Identidade N° 2.813.619, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 09677527444, residindo à rua SÍTIO AMARAGI, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de LAGOA SECA - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 02h46min do dia 26.08.2017, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Itamaragi, área rural de Lagoa Seca/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150, TITAN KS, ano/modelo 2008/2008, de cor preta, chassi nº 9C2KC08108R314806, de placa MOJ-9064/PB, licenciada em seu nome (Fernando Fernandes Araújo), levando como "carona" MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR, portador da Cédula de Identidade/RG nº 4.003.066-SSP/PB, CPF nº 701.271.124-80, solteiro, estudante, residente no Sítio Amaragi, área rural de Lagoa Seca/PB, quando em um momento de distração perdeu o controle de direção e cairam ao solo, após o pneu dianteiro derrapar na terra solta existente na estrada, ocasionando ferimentos graves em MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR, que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme declaração e prontuário médico hospitalar em anexo, enquanto que o declarante sofreu apenas lesões leves pelo corpo; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local para realizar os levantamentos técnicos. 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, Quarta-feira, 11 de Abril de 2018

*Fernando Fernandes Araújo*

FERNANDO FERNANDES ARAÚJO

Declarante

*José Alberto do Nascimento*

JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	Vitor	CPF da Vítima	701-271-124-80	Data do Acidente
Márcelo Henrique Dandosa				26-08-2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Márcelo Henrique Dandosa Vitor	701-271-124-80
Email	Telefone (DDD)
	32-998 558526

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREENDIDA  
09 MAIO 2018  
EVIDÉNCIA SIA  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Lápis a Séc. 24 de maio de 2018  
Local e Data

Márcelo Henrique Dandosa Vitor

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVÉL DE URGÊNCIA – SAMU**

**São Sebastião de Lagoa de Roça/PB**

**01 de Fevereiro de 2018**

**SOLICITAÇÃO Nº 033/2017**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para todos os fins de direito que se fizerem necessário que, **MARCELO ARAÚJO BARBOSA VICTOR** foi atendido pelo SAMU 192 Regional – S.S. de Lagoa de Roça/PB, ID sob o número 1612223 em 26 de Agosto de 2017 por volta das 02h46min, Sítio Itamaragí, na cidade de Lagoa Seca/PB. **Vítima de Acidente de Trânsito.**

**Estado geral:** Consciente, orientado, usava capacete, apresentando fratura de em MMII (tibia). SSVV normais. Imobilização conforme protocolo, feito acesso feito AVP. Após regulação, QRD ao HTCG.

Lucimara Alves Bento

*Lucimara Alves Bento*

**COORDENAÇÃO DO SAMU MUNICIPAL**

COREN/PB 187017



# 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: 04/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 00000039283-8

---

Nr. da Autenticação CC6B81FA7029F00C

JOÃO DE ARAUJO FILHO  
SET AMARAL, S/N° LADEIRA SECA - ALDEIA RURAL  
LADEIRA SECA/PB CEP: 58117030 (AG: 401)

Emissao: 16/02/2016 - Referencia: Fev/2016 - BR236 - FM102 - AC  
C. assessor/func. RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL / MOBIFASICO D  
Relyco ID: 402-266-3550 Número: E1073984819

energisa

ENERGIA ENE-PRIMA (DISTRIBUIDORA DE ENERGIA) S.A.  
Sócio-Dir. - Presidente - Celso Gómez P.H. - CEP 56042-710  
CEP 56000-000 - Tel. (41) 16036-8881

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	16/02/2018	19/03/2018	49756982420 <small>ver RPT</small>

UC (Unidade Consumidora): 4/91918-3

### Canal de contacto

Lendo o que o Dr. Chaves deu, é só uma constatação: não é só a dengue que causa febre, é só a febre que causa dengue. Não é só a dengue que causa febre, é só a febre que causa dengue.

RESERVADO AO FISCO  
47417aac68cf6309c55ff7a1acb9589

## ATENÇÃO

Balance in Strength

www.vegan.com

Redacted stamp of Comprev Previdência S/A, dated 09 MAIO 2013, with a large 'PROTÓCOLO' and 'AG. JOÃO PESSOA' below it.

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcos Ananias Bonfim Júnior

RG nº 4.603-066, data de expedição 26/10/2011 Órgão SSP-PI

CPF nº 701-221-124-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Ana Paula</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sítio Amâncio</u>
Cidade	<u>Lagoa Seca</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.117-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 998558526</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Lugar e Data Lagoa Seca-PI 24/09/2018

Assinatura do Declarante

Marcos Ananias Bonfim Júnior

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernando Fernandes <sup>ANALDO</sup> inscrito (a) no CPF 096-275-274-144, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcelo Augusto Bahiosa <sup>ESTRADA</sup> inscrito (a) no CPF sob o Nº 701-271-124-180, do sinistro de DPVAT cobertura ANUAL LIDER da Vítima Marcelo Augusto Bahiosa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 701-271-124-180, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Nicu e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número		Complemento
<u>5110 - AMANHÃ</u>	<u>5110</u>	<u>S/N</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>ANITA NEUMAL</u>	<u>LACON SÉCA</u>	<u>PR</u>	<u>58.117-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>83-99855-8526</u>

P.J  
LACON SÉCA, 5110 de maio de 2018  
Local e Data

Fernando Fernandes

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fernando Fernandes Araújo,  
RG nº 28.13.619, data de expedição 12/09/2000  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 096-775-244-44 com  
domicílio na cidade de Lagoa Seca, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ESTRADA MAMANGA - LAGOA SECA, nº 516,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima MANOEL ARAÚJO DA SILVA cujo o condutor era  
Fernando Fernandes Araújo

Veículo: Pes/1 Motocicletas não aplic

Modelo: HONDA CG 150 TITAN HS

Ano: 2008

Placa: MOJ 9064/PB

Chassi: 9C2KCG08108N314806

Data do Acidente: 26-08-2017

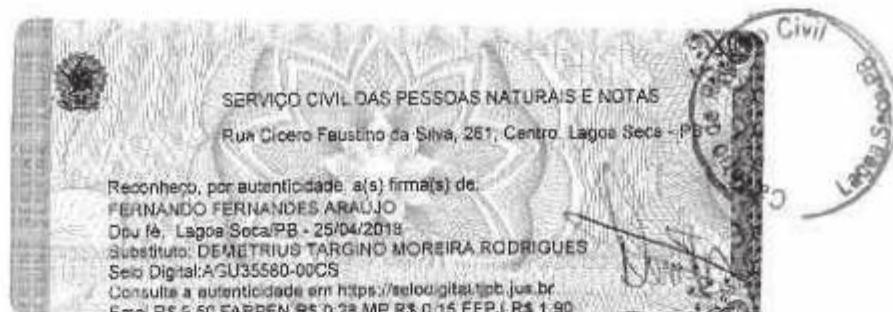
Local e Data: Lagoa Seca PB 25/04/2018

Fernando Fernandes Araújo

Assinatura do Declarante

Fernando Fernandes Araújo

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



26/08/2017



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1493412 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/08/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Merca De Sousa Melo

PACIENTE: MARCELO ARAUJO CEP:58117000 Nascimento:31/12/1999

BARBOSA VITOR

Endereço:STTO AMARAGI

Cidade: Laguna Seca

Nome da Mãe: MIRIAN ARAUJO

Responsável: MIRIAN ARAUJO

Estado Civil:Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrebre	18. Fratura ossos fechados
2. Amputação	19. Fratura ossos abertos
3. Avulsaão	20. Hematoma
4. Contusão	21. Hiperplamia Víenosa
5. Crepitação	22. Laceração
6. Dor	23. Laxidez
7. Edema	24. Lesão tendínea
8. Engasgamento	25. Luxação
9. Enfisema subcutâneo	26. Mordedura
10. Enmagalamento	27. Movimento torácico parado-al
11. Equimose	28. Objeto Encravado
12. F. Arma branca	29. Otorragia
13. F. Arma de fogo	30. Paralisia
14. F. Coração	31. Paroxismo
15. F. Corrente	32. Parecetamol
16. F. Conto-contuso	33. Queimadura
17. F. Perfuro-contuso	34. Sinergia
18. F. Perfuro-contuso	35. Sinal de Ictoemis
19. F. Perfuro-contuso	36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 10% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO / CIO:

tolto liso x mto

HTCG-Painel Administrativo

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

<p><i>Paciente vitimado idoso com x mto, desper mto, desorientado, pálido, Afastado plana, pálido, inadap.</i></p>	
ALERGIA:	<i>TOE</i>
MEDICAMENTOS:	<i>REAL 26/08/17</i>
PATOLOGIAS:	<i>COMPRESSA</i>
EXAME FÍSICO	<i>26/08/17</i>
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocôricas ( )	<i>PA</i>
Glasgow _____	<i>HGT:</i>
Especialidade:	<i>Sat 92</i>

## EXAMES SOLICITADOS:

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

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Dr. Lopes* / \_\_\_\_\_ hs \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Especialista: *Não* / \_\_\_\_\_ hs \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## MÉDICO SOLICITANTE

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>SPR 4% 1000 ml - C</i>	<i>05/08/17</i>
2	<i>0101 10ml x 3g ev AGOMA</i>	<i>05/08/17</i>
3		
4		
5		
6		

## ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





Nome do Paciente <i>Marcelo Araújo Barbosa Vitor.</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>26/08/17</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Penna Gomes</i>	1º Auxiliar <i>Dra. Jylla.</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <i>Wagner Lask</i>
Anestesia		Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta da Tibia e Fíbula proximal com extensa lesão de partes moles da perna (E).</i>		
Tipo de Operação <i>Limpeza cirúrgica + Tenorrafia do Patelau + Fixação da Fratura com Fio Kirschner.</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		


  
 COMPREV PREVIDÊNCIA SIA  
 09 MAI 2018  
 PROTOCOLO  
 JOÃO PESSOA

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

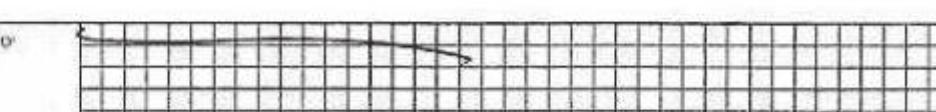
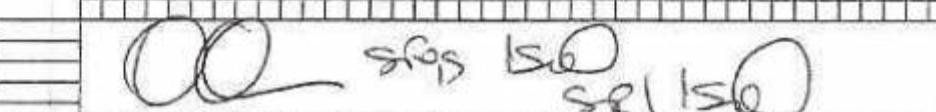
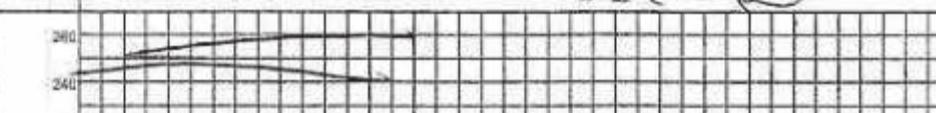
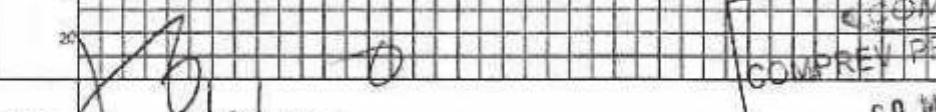
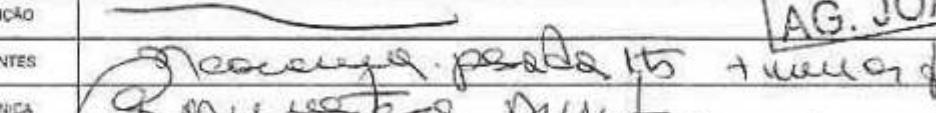
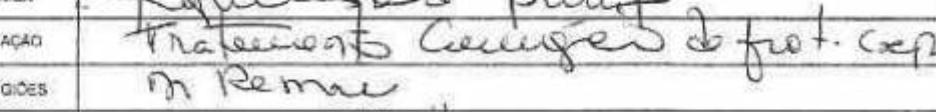
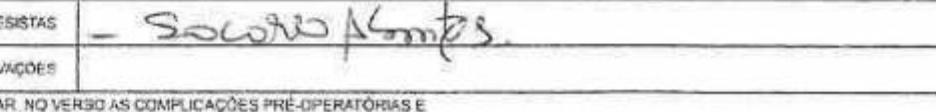
- Paciente em SDH sob anestesia *laxa*.
- Assepsia + Antissepsia
- Paciente apresentando lesão extensa da coxa esquerda e descolhamento em toda extensão da perna esquerda com fratura da Tibia proximal e Fíbula proximal com alto grau de contaminação grosseira
- Realiza-se limpeza cirúrgica agressiva e abundante com desbridamento de tecidos desvitalizados.
- Redução da fratura da Fíbula e fixação proposta com fio de Kirschner 2,0mm intramedular.
- Não foi possível identificar integridade do nervo fibular comum e seu ramo distal com grave lesão em sua topografia.
- Realiza-se redução e fixação do fraturamento ISSCO de Tibia proximal (E) e fixação com 02 fios K 2,0mm.

- Realizada a tenotomia do tendão patelar após identificação ~~correta~~ lesão parcial da borda lateral do tendão patelar, com fio NYLON 2.0mm.
- Realizada a redução da cabeça do fíbula para sua articulação com a tibia proximal e fixada provisoriamente com fio Wirschner 2.0mm.
- Realizada a limpeza do ferimento de coxa esquerda e desbridamento com posterior sutura com fio NYLON 2.0mm.
- Realizada a sutura da pele do ferimento de perna com adesivada cobertura muscular e óssea.
- Cirurgião estéril

Dr. José Renha Gomes  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PE 21431  
CRF-PE 12571622

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA SÓLIDAS  
09 MAI 2013  
AG. PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	IP/PROSTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Marcos Araújo</i>			IDADE		SEXO	GOR
DATA 26/8/17		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA		OUTROS
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PEROCOCO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO		
LIQUIDOS						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo: espamto: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
VP. ARTERIAL: CÓDIGOS AX - ANESTÉSIA O - OPERAÇÃO						MANUTENÇÃO		
								
					ANESTESIA SATISF.: Sim: _____ Não: _____ Não, por quê? _____			
					DESPERTAR			
					Reflexos na SO:			
					Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____			
					COMPREV. PREVIDÊNCIA SP/AL			
					69 MAB 2018 Paro o Leito: Sim: _____ Não: _____			
					PROTÓCOLO CONDIÇÕES AG. JOÃO PESSOA			
					CÁNULAS			
POSição								
AGENTES								
TECNICA								
OPERAÇÃO								
CIRURGIOS								
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGUÍNEA		

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 MAIO 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL



PACIENTE: <i>Marcelo Araújo Barbosa Vitor D.N. 31-012-1999.</i>					
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAÍBA
		<i>Sus</i>	<i>17 anos</i>	<i>1493412</i>	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CIRURGIA TTO. Cirurgico 01/11/2010 <i>Fratura de Tíbia MFE</i>			CIRURGÃO <i>Dr. Renata</i>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
ANESTESIA EXPONTÂNEA <i>Raque</i>			ANESTESIA <i>Dr. Sávio Alcantara</i>		
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM		
<i>Costão</i>	<i>26/08/17</i>	<i>07h.50'</i>	<i>09h.10'</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<i>01</i>	Bolsa Colostoma	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	<i>01</i>	Calef. p/ Oxi.	Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<i>10</i>	Compressa Grande	Catgut cromado Sertix	
<i>01</i>	Dimore amp. <i>0,2 mg</i>		Compressa Pequena	Catgut Simples	
	Oclanilina amp.		Coloncide	Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno	Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº	Catgut Simples Sertix	
<i>01</i>	Fentanil ml		Dreno Penrose nº	Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº	Ethibond	
	Ketalar ml	<i>01</i>	Equipo de Macrogolas	Ethibond	
<i>01</i>	Mercaina <i>0,5 % ml</i>		Equipo de Macrogolas	Ethibond	
	Nubatin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	<i>05</i>	Espadrapo Larco cm	Fio de Algodão Sulupak	
	Protóxido de m		Furacim ml	Fio de Algodão Sulupak	
	Quelicin ml	<i>63</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H2O, ml	Mononylon <i>2-0</i> <i>14</i>	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>02</i>	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix	
<i>03</i>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix	
<i>01</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix	
<i>02</i>	Dipirona amp.		Luvas 7.0	Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	<i>06</i>	Luvas 7.5	Vicryl Sertix	
	Flebocoatid amp.		Luvas 8.0	Vicryl Sertix	
	Gerammina amp.	<i>04</i>	Luvas 8.5	<i>03</i> Fio de Kirschner nº 3.0	
	Glicose amp.	<i>3.0</i>	Oxigênio l/m <i>71 MMHg</i>		
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml	<i>0.5</i>	PVPI Degemante ml		
	Heparema ml	<i>0.5</i>	Porta Instrumentos	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.	<i>0.5</i>	Sabão Antiséptico	<i>02</i>	SE Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp	<i>0.4</i>	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	<i>0.3</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
<i>02</i>	Plastil amp <i>endometrioma</i>	<i>01</i>	Seringa desc. 20 ml	<i>05</i>	SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	<i>09</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>21</i>	SE fr 500 ml P/ Limpagem
	Revivan amp.		Sonda		
	Stupanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
<i>02</i>	Cefakotina 1g		Sonda Nasogástrica		
			Sonda Uretral nº		
			Steridrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		COMPREV
	Ağulha desc. 25 x 7	<i>01</i>	Gelcon 18		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
<i>01</i>	Ağulha desc. 28 x 28 <i>40x12</i>	<i>01</i>	Látex		<i>09-MAI-2013</i>
	Ağulha desc. 3 x 4.5	<i>05</i>	Electrodo		EQUIPAMENTOS
<i>01</i>	Ağulha p/ raque nº <i>13</i>				<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso
<i>02</i>	Alcool de Enfermagem				<input type="checkbox"/> Serra
	Alcool Iodado ml				<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<i>06</i>	Ataduras de Crepon <i>15cm</i>				<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal
	Ataduras de Gessada				<input type="checkbox"/> Fonte de Luz
	Azul metileno amp.				<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
	Benzina ml				<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

*09-MAI-2013*

EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso

Serra

Desfibrilador

Foco Frontal

Cardiomonitor

Fonte de Luz

Perfurador Elétrico

PROTÓCOLO  
G. JOÃO PESSOA

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

*Maria José G. Gaudêncio*  
*tel. 3300-0000*  
COREN-PB 250741





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Moreira Anônimo Barbosa Vitor. Idade: 17.  
Convênio: SUS. Data: 26/08/17  
Procedimento: Fio cirúrgico e/ou fivelas de sutura de fibra NYK

#### Observações:

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
C 9 MAIO 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

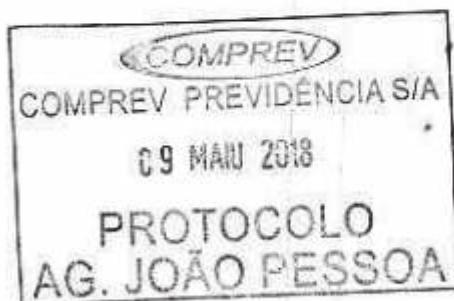


**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
*(Critérios para altas da SRPA)*

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

*Assinatura do Anestesista*  
*Humídio de Almeida L. Faria*  
*ANESTESIOLOGISTA*  
*CRM-PB 7986 - NRE 4583*

Assinatura do anestesista



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Manoel Araújo	Alojamento:	6	COMARCA/CONVENIO	DIAGNÓSTICO
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
27/08	1. Dieta leve.		02		
	2. SRL 1500ml EV/24h		11 06		
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		12 06		
	4. Titatil 20mg + AD EV 12/12h		13 06		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		14 06		
	6. Tramal 100mg + 300ml SF 0,9% EV 8/8h SN		15 06		
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN		16 06		
	8. Clexane 40mg SC/dia		17 06		
	9. SSVV + CCGG		18 06		
	Mdpn midol 500mg ev 8/8h		19 06		
	Ceftriaxone 1g ev 12/12h		20 06		
	Cefalito		21 06		
			22 06		
			23 06		
			24 06		
			25 06		
			26 06		
			27 06		
			28 06		
			29 06		
			30 06		
			31 06		
			01 07		
			02 07		
			03 07		
			04 07		
			05 07		
			06 07		
			07 07		
			08 07		
			09 07		
			10 07		
			11 07		
			12 07		
			13 07		
			14 07		
			15 07		
			16 07		
			17 07		
			18 07		
			19 07		
			20 07		
			21 07		
			22 07		
			23 07		
			24 07		
			25 07		
			26 07		
			27 07		
			28 07		
			29 07		
			30 07		
			31 07		
			01 08		
			02 08		
			03 08		
			04 08		
			05 08		
			06 08		
			07 08		
			08 08		
			09 08		
			10 08		
			11 08		
			12 08		
			13 08		
			14 08		
			15 08		
			16 08		
			17 08		
			18 08		
			19 08		
			20 08		
			21 08		
			22 08		
			23 08		
			24 08		
			25 08		
			26 08		
			27 08		
			28 08		
			29 08		
			30 08		
			31 08		
			01 09		
			02 09		
			03 09		
			04 09		
			05 09		
			06 09		
			07 09		
			08 09		
			09 09		
			10 09		
			11 09		
			12 09		
			13 09		
			14 09		
			15 09		
			16 09		
			17 09		
			18 09		
			19 09		
			20 09		
			21 09		
			22 09		
			23 09		
			24 09		
			25 09		
			26 09		
			27 09		
			28 09		
			29 09		
			30 09		
			31 09		
			01 10		
			02 10		
			03 10		
			04 10		
			05 10		
			06 10		
			07 10		
			08 10		
			09 10		
			10 10		
			11 10		
			12 10		
			13 10		
			14 10		
			15 10		
			16 10		
			17 10		
			18 10		
			19 10		
			20 10		
			21 10		
			22 10		
			23 10		
			24 10		
			25 10		
			26 10		
			27 10		
			28 10		
			29 10		
			30 10		
			31 10		
			01 11		
			02 11		
			03 11		
			04 11		
			05 11		
			06 11		
			07 11		
			08 11		
			09 11		
			10 11		
			11 11		
			12 11		
			13 11		
			14 11		
			15 11		
			16 11		
			17 11		
			18 11		
			19 11		
			20 11		
			21 11		
			22 11		
			23 11		
			24 11		
			25 11		
			26 11		
			27 11		
			28 11		
			29 11		
			30 11		
			31 11		
			01 12		
			02 12		
			03 12		
			04 12		
			05 12		
			06 12		
			07 12		
			08 12		
			09 12		
			10 12		
			11 12		
			12 12		
			13 12		
			14 12		
			15 12		
			16 12		
			17 12		
			18 12		
			19 12		
			20 12		
			21 12		
			22 12		
			23 12		
			24 12		
			25 12		
			26 12		
			27 12		
			28 12		
			29 12		
			30 12		
			31 12		
			01 01		
			02 01		
			03 01		
			04 01		
			05 01		
			06 01		
			07 01		
			08 01		
			09 01		
			10 01		
			11 01		
			12 01		
			13 01		
			14 01		
			15 01		
			16 01		
			17 01		
			18 01		
			19 01		
			20 01		
			21 01		
			22 01		
			23 01		
			24 01		
			25 01		
			26 01		
			27 01		
			28 01		
			29 01		
			30 01		
			31 01		
			01 02		
			02 02		
			03 02		
			04 02		
			05 02		
			06 02		
			07 02		
			08 02		
			09 02		
			10 02		
			11 02		
			12 02		
			13 02		
			14 02		
			15 02		
			16 02		
			17 02		
			18 02		
			19 02		
			20 02		
			21 02		
			22 02		
			23 02		
			24 02		
			25 02		
			26 02		
			27 02		
			28 02		
			29 02		
			30 02		
			31 02		
			01 03		
			02 03		
			03 03		
			04 03		
			05 03		
			06 03		
			07 03		
			08 03		
			09 03		
			10 03		
			11 03		
			12 03		
			13 03		
			14 03		
			15 03		
			16 03		
			17 03		
			18 03		
			19 03		
			20 03		
			21 03		
			22 03		
			23 03		
			24 03		
			25 03		
			26 03		
			27 03		
			28 03		
			29 03		
			30 03		
			31 03		
			01 04		
			02 04		
			03 04		
			04 04		
			05 04		
			06 04		
</					

Data 27.08.2017 Hora 08:00 P.A.  
130x 80 M.C. P.D. Realizado exame no M.S. E. 2.  
naqueles exames evidentes da endometriose.

ana Rita Ricardo da Silva  
Tec. Enfermagem  
GOREK-PB 432-184

ana Rita

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA  
19 MAIO 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

May 21, 1910

Fix tip. para (b)  
by me m.

## DIAGNÓSTICO

#### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

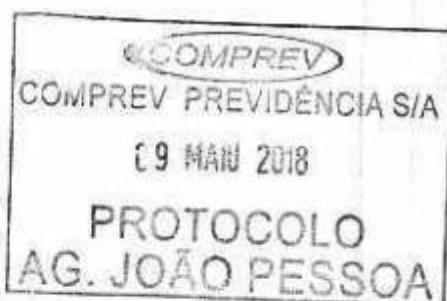
28/08 — PMA = 120x70 - paciente evolue estavel  
Realizou exames, mui. medicado conforme prescrição  
medica.

Manoel Góes de Souza  
Tel. 3222-1100  
0300-1100

28/08/17

36.00

Paciente segue seu alteração  
feito outro acesso venoso. Q



Moholo

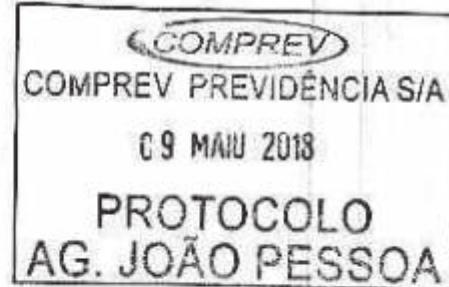
G-4

OK

## DIAGNÓSTICO

20/05/2018  
17h 120/80

20 80 → paciente foi realigado  
O 2º assistente, medicado  
conforme prescrição  
medica. Segue  
aos cuidados da  
equipe. *Edson*  
UBS: evolutivas novas  
9/05.



Fr. Pma. (1) (G.I)

Miguel

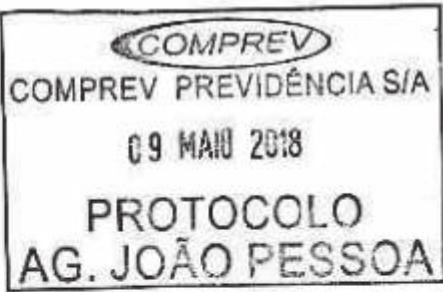
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Prescrição Médica	Alojamento:	Leito	Convênio	Evolução Médica
Data					
13	1. Dieta				4: DPO
	2. SRL 1500ml EV/24h				
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h				
	4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h				
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum				
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN				
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN				
	8. Clexane 40mg SC/dia				
	9. SSVV + CCGG				
	Oriflame 2.100				
	Sistol Mafra				
	Sorvete 100ml MA, M, M, 1/2 h				
	Int. Hidro				
	Cefamandol 1g IV 12/12h				
	Fluconazol 150 mg IV 08/08h				
	AG. JOÃO PESSOA				
	PROTÓCOLO				
	9 MAI 2013				
	COMPREV PREVIDÊNCIASA				

30/08/17

Partiu, causando a vítima prejuízo da  
fogna em MIE em danos patrimônio.  
P. A: J. 902 20 P. J. A R: 18 36.8.





64 06

Jan 11

DIAGNÓSTICO

~~Monob~~

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

~~7x tip pma (1)~~

Paciente	Prescrição Médica	Alojamento:	Leito	Convênio
Data		Horário		Evolução Médica
31	1. Dieta livre	12		
	2. SRL 1500ml EV/24h	12		
1	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	12		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	12		
	7. Naxsedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	12		
	8. Clexane 40mg SC/dia	12		
	9. SSVV + CGGG	12		
	(10.000) 2/dia	12		
	(11.000) 1x 10 12/12h	12		
	(12.000) 1x 10 12/12h	12		
	(13.000) 1x 10 12/12h	12		
	(14.000) 1x 10 12/12h	12		
	(15.000) 1x 10 12/12h	12		
	(16.000) 1x 10 12/12h	12		
	(17.000) 1x 10 12/12h	12		
	(18.000) 1x 10 12/12h	12		
	(19.000) 1x 10 12/12h	12		
	(20.000) 1x 10 12/12h	12		
	(21.000) 1x 10 12/12h	12		
	(22.000) 1x 10 12/12h	12		
	(23.000) 1x 10 12/12h	12		
	(24.000) 1x 10 12/12h	12		
	(25.000) 1x 10 12/12h	12		
	(26.000) 1x 10 12/12h	12		
	(27.000) 1x 10 12/12h	12		
	(28.000) 1x 10 12/12h	12		
	(29.000) 1x 10 12/12h	12		
	(30.000) 1x 10 12/12h	12		
	(31.000) 1x 10 12/12h	12		
	(32.000) 1x 10 12/12h	12		
	(33.000) 1x 10 12/12h	12		
	(34.000) 1x 10 12/12h	12		
	(35.000) 1x 10 12/12h	12		
	(36.000) 1x 10 12/12h	12		
	(37.000) 1x 10 12/12h	12		
	(38.000) 1x 10 12/12h	12		
	(39.000) 1x 10 12/12h	12		
	(40.000) 1x 10 12/12h	12		
	(41.000) 1x 10 12/12h	12		
	(42.000) 1x 10 12/12h	12		
	(43.000) 1x 10 12/12h	12		
	(44.000) 1x 10 12/12h	12		
	(45.000) 1x 10 12/12h	12		
	(46.000) 1x 10 12/12h	12		
	(47.000) 1x 10 12/12h	12		
	(48.000) 1x 10 12/12h	12		
	(49.000) 1x 10 12/12h	12		
	(50.000) 1x 10 12/12h	12		
	(51.000) 1x 10 12/12h	12		
	(52.000) 1x 10 12/12h	12		
	(53.000) 1x 10 12/12h	12		
	(54.000) 1x 10 12/12h	12		
	(55.000) 1x 10 12/12h	12		
	(56.000) 1x 10 12/12h	12		
	(57.000) 1x 10 12/12h	12		
	(58.000) 1x 10 12/12h	12		
	(59.000) 1x 10 12/12h	12		
	(60.000) 1x 10 12/12h	12		
	(61.000) 1x 10 12/12h	12		
	(62.000) 1x 10 12/12h	12		
	(63.000) 1x 10 12/12h	12		
	(64.000) 1x 10 12/12h	12		
	(65.000) 1x 10 12/12h	12		
	(66.000) 1x 10 12/12h	12		
	(67.000) 1x 10 12/12h	12		
	(68.000) 1x 10 12/12h	12		
	(69.000) 1x 10 12/12h	12		
	(70.000) 1x 10 12/12h	12		
	(71.000) 1x 10 12/12h	12		
	(72.000) 1x 10 12/12h	12		
	(73.000) 1x 10 12/12h	12		
	(74.000) 1x 10 12/12h	12		
	(75.000) 1x 10 12/12h	12		
	(76.000) 1x 10 12/12h	12		
	(77.000) 1x 10 12/12h	12		
	(78.000) 1x 10 12/12h	12		
	(79.000) 1x 10 12/12h	12		
	(80.000) 1x 10 12/12h	12		
	(81.000) 1x 10 12/12h	12		
	(82.000) 1x 10 12/12h	12		
	(83.000) 1x 10 12/12h	12		
	(84.000) 1x 10 12/12h	12		
	(85.000) 1x 10 12/12h	12		
	(86.000) 1x 10 12/12h	12		
	(87.000) 1x 10 12/12h	12		
	(88.000) 1x 10 12/12h	12		
	(89.000) 1x 10 12/12h	12		
	(90.000) 1x 10 12/12h	12		
	(91.000) 1x 10 12/12h	12		
	(92.000) 1x 10 12/12h	12		
	(93.000) 1x 10 12/12h	12		
	(94.000) 1x 10 12/12h	12		
	(95.000) 1x 10 12/12h	12		
	(96.000) 1x 10 12/12h	12		
	(97.000) 1x 10 12/12h	12		
	(98.000) 1x 10 12/12h	12		
	(99.000) 1x 10 12/12h	12		
	(100.000) 1x 10 12/12h	12		
	(101.000) 1x 10 12/12h	12		
	(102.000) 1x 10 12/12h	12		
	(103.000) 1x 10 12/12h	12		
	(104.000) 1x 10 12/12h	12		
	(105.000) 1x 10 12/12h	12		
	(106.000) 1x 10 12/12h	12		
	(107.000) 1x 10 12/12h	12		
	(108.000) 1x 10 12/12h	12		
	(109.000) 1x 10 12/12h	12		
	(110.000) 1x 10 12/12h	12		
	(111.000) 1x 10 12/12h	12		
	(112.000) 1x 10 12/12h	12		
	(113.000) 1x 10 12/12h	12		
	(114.000) 1x 10 12/12h	12		
	(115.000) 1x 10 12/12h	12		
	(116.000) 1x 10 12/12h	12		
	(117.000) 1x 10 12/12h	12		
	(118.000) 1x 10 12/12h	12		
	(119.000) 1x 10 12/12h	12		
	(120.000) 1x 10 12/12h	12		
	(121.000) 1x 10 12/12h	12		
	(122.000) 1x 10 12/12h	12		
	(123.000) 1x 10 12/12h	12		
	(124.000) 1x 10 12/12h	12		
	(125.000) 1x 10 12/12h	12		
	(126.000) 1x 10 12/12h	12		
	(127.000) 1x 10 12/12h	12		
	(128.000) 1x 10 12/12h	12		
	(129.000) 1x 10 12/12h	12		
	(130.000) 1x 10 12/12h	12		
	(131.000) 1x 10 12/12h	12		
	(132.000) 1x 10 12/12h	12		
	(133.000) 1x 10 12/12h	12		
	(134.000) 1x 10 12/12h	12		
	(135.000) 1x 10 12/12h	12		
	(136.000) 1x 10 12/12h	12		
	(137.000) 1x 10 12/12h	12		
	(138.000) 1x 10 12/12h	12		
	(139.000) 1x 10 12/12h	12		
	(140.000) 1x 10 12/12h	12		
	(141.000) 1x 10 12/12h	12		
	(142.000) 1x 10 12/12h	12		
	(143.000) 1x 10 12/12h	12		
	(144.000) 1x 10 12/12h	12		
	(145.000) 1x 10 12/12h	12		
	(146.000) 1x 10 12/12h	12		
	(147.000) 1x 10 12/12h	12		
	(148.000) 1x 10 12/12h	12		
	(149.000) 1x 10 12/12h	12		
	(150.000) 1x 10 12/12h	12		
	(151.000) 1x 10 12/12h	12		
	(152.000) 1x 10 12/12h	12		
	(153.000) 1x 10 12/12h	12		
	(154.000) 1x 10 12/12h	12		
	(155.000) 1x 10 12/12h	12		
	(156.000) 1x 10 12/12h	12		
	(157.000) 1x 10 12/12h	12		
	(158.000) 1x 10 12/12h	12		
	(159.000) 1x 10 12/12h	12		
	(160.000) 1x 10 12/12h	12		
	(161.000) 1x 10 12/12h	12		
	(162.000) 1x 10 12/12h	12		
	(163.000) 1x 10 12/12h	12		
	(164.000) 1x 10 12/12h	12		
	(165.000) 1x 10 12/12h	12		
	(166.000) 1x 10 12/12h	12		
	(167.000) 1x 10 12/12h	12		
	(168.000) 1x 10 12/12h	12		
	(169.000) 1x 10 12/12h	12		
	(170.000) 1x 10 12/12h	12		
	(171.000) 1x 10 12/12h	12		
	(172.000) 1x 10 12/12h	12		
	(173.000) 1x 10 12/12h	12		
	(174.000) 1x 10 12/12h	12		
	(175.000) 1x 10 12/12h	12		
	(176.000) 1x 10 12/12h	12		
	(177.000) 1x 10 12/12h	12		
	(178.000) 1x 10 12/12h	12		
	(179.000) 1x 10 12/12h	12		
	(180.000) 1x 10 12/12h	12		
	(181.000) 1x 10 12/12h	12		
	(182.000) 1x 10 12/12h	12		
	(183.000) 1x 10 12/12h	12		
	(184.000) 1x 10 12/12h	12		
	(185.000) 1x 10 12/12h	12		
	(186.000) 1x 10 12/12h	12		
	(187.000) 1x 10 12/12h	12		
	(188.000) 1x 10 12/12h	12		
	(189.000) 1x 10 12/12h	12		
	(190.000) 1x 10 12/12h	12		
	(191.000) 1x 10 12/12h	12		
	(192.000) 1x 10 12/12h	12		
	(193.000) 1x 10 12/12h	12		
	(194.000) 1x 10 12/12h	12		
	(195.000) 1x 10 12/12h	12		
	(196.000) 1x 10 12/12h	12		
	(197.000) 1x 10 12/12h	12		
	(198.000) 1x 10 12/12h	12		
	(199.000) 1x 10 12/12h	12		
	(200.000) 1x 10 12/12h	12		
	(201.000) 1x 10 12/12h	12		
	(202.000) 1x 10 12/12h	12		
	(203.000) 1x 10 12/12h	12		
	(204.000) 1x 10 12/12h	12		
	(205.000) 1x 10 12/12h	12		
	(206.000) 1x 10 12/12h	12		
	(207.000) 1x 10 12/12h	12		
	(208.000) 1x 10 12/12h	12		
	(209.000) 1x 10 12/12h	12		
	(210.000) 1x 10 12/12h	12		
	(211.000) 1x 10 12/12h	12		
	(212.000) 1x 10 12/12h	12		
	(213.000) 1x 10 12/12h	12		
	(214.000) 1x 10 12/12h	12		
	(215.000) 1x 10 12/12h	12		
	(216.000) 1x 10 12/12h	12		
	(217.000) 1x 10 12/12h	12</		

31/08/17 — horas — 108:00 - PMS = 120x80. Reabilitação  
curativo. medicado conforme prescrição médica. *Mariene C.*

33108157 36.00 sigue sin alteración  
fijo en el techo.

Madeline C. *Easter*  
Tec 1918  
1918

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA  
19 MAIO 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

PACIENTE:	Marcelo Araujo Barbosa Vitor
DATA DO EXAME:	26/08/2017

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

#### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

#### ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não identificamos sinais de lesão relacionadas ao trauma no parênquima hepático, esplênico e renal.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocultas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar buscando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.



Dr. Tiago Nepomuceno  
Médico Radiologista  
CRM-PB: 6723





NOME	Marcelo Cirne da Cunha Bambu Lector			GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE	17a	ENFERMARIA	6	LEITO:	4	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes	
H. D.	Px MIE	ADMISSÃO		HORA		<b>FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS</b>	
PROCEDÊNCIA:						Dreno: <input type="checkbox"/> Pleural D <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito _____	
						Peristole: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente _____	
						<input type="checkbox"/> Edema. Regiões: _____	
						<input type="checkbox"/> Cachos _____	
MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRpA <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> DL Renal <input type="checkbox"/> Cema Neur. <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM						CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outras: _____						CD: <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> D2	
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia						<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Decanulação <input type="checkbox"/> Cinesiterapia <input type="checkbox"/> MRP	
HDA: <i>Obstruente em EGR em V &amp; oq, obstruente fixa</i> <i>dores extensora em Tálus esquerda referindo</i> <i>da a descolar de tarsalgia E tend. da AYM</i>						<input type="checkbox"/> Treno de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treno equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Seducação	
						<input type="checkbox"/> Ortonatismo <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial	
						<input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Trabalho M. Pré descolarização	
						Quêros:	
SV: FC _____ FR _____ SpO2 _____ % T _____						Observações:	
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grav. <input type="checkbox"/> Gravíssimo.							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso. Glasgow							
Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input checked="" type="checkbox"/> Normal						Tremor: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input checked="" type="checkbox"/> Normal	
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Diminuídos <input checked="" type="checkbox"/> Normal						Força Muscular (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Blocos Articulares (Regional)							
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR							
<input checked="" type="checkbox"/> Eufônico <input type="checkbox"/> Sem alterações							
SUPORTE VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TQT <input type="checkbox"/> Sem TQT D VNI <input type="checkbox"/> VMI							
D2 SUPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc. Síndrome de Venturi _____ %							
<input type="checkbox"/> Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo _____ l/min							
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Irrigens supraccostais <input type="checkbox"/> Irrigens infracostais <input type="checkbox"/> Irrigens subcostais							
<input type="checkbox"/> Uso de musc. acessórios Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipneus <input type="checkbox"/> Bradipneus <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor _____							
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial							
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica							
Ausculta Pulmonar: <i>W/2 2m 4/4</i> Rale X Tórax: _____							
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expiratória <input type="checkbox"/> Inélica							
SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande							
COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta							
COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha							
DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO:							
Px MIE							
Campina Grande, _____							
31/08/2017							
						<i>Yuri Costa e Silva</i> FISIOTERAPISTA CRM: 11.001 - P. Pernambuco	
						<i>Yuri Costa e Silva</i> FACULDADE DE SAÚDE	





COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 MAIO 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Nome: Marcely Araújo | Registro: 6 | Leito: A | Setor Atual: ORI II

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

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

Pupilas:  Isocôricas  Anisocôricas  D>E  E>D  Fotorreagentes  Mióticas  Midriáticas

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

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        PCO<sub>2</sub>        PO<sub>2</sub>        HCO<sub>3</sub>        EB        SpO<sub>2</sub>        Data:        /        /        Hora:

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

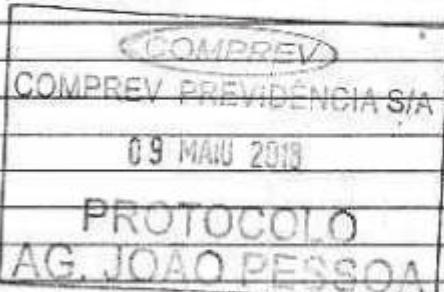
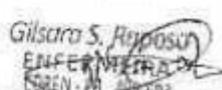
Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

**SEGURANÇA FÍSICA**

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

Pulso:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <input type="checkbox"/> S E Data da punção <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrotronia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Distagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
 <b>COMPREV</b> <b>COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A</b> <b>09 MAI 2013</b> <b>PROTÓCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> HORA: <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>	
	
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).	



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

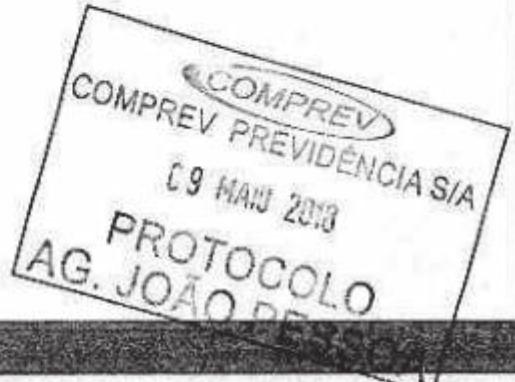
#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Morulo | Registro: | Leito: 6-9 | Setor Atual: UTI |

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: 110 bpm; FR: 18 lpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 98%  
HGT: 65 mg/dl; Peso: 65 Kg; Altura: 170 cm | Dor: ( ) Local: | Obs.: |

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: (X) Isocôricas ( ) Anisocôricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

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

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

Obs: |

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnêia; ( ) Taquipnêia ( ) Bradipnêia ( ) 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 / / Aspecio da drenagem torácica: |

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora: |

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### RÉGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>MASC</i> Data da punção <i>1/1</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input checked="" type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: <i>M+ E (M)</i>	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: <i>1/1/1</i>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoalitivos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <i>5</i> dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros:	Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: <i>1/1/1</i>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <i>1/1/1</i>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <i>1/1/1</i>	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
Preservado <input checked="" type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">   <b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b>  <i>09 MAI 2018</i>  <b>PROTOCOLO</b>  <b>AG. JOÃO PESSOA</b> </div>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
DATA: <i>30/08/17</i> HORA: <i>h</i>	

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Marcilio Bezerra | Registro: 6 | Leito: 4 | Setor Atual:

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: 36°C; P: 80 bpm; FR: 16 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 98%  
 HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: ( ) Local:  Obs.:

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**
**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS**
**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro

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

Pupilas:  Isocônicas  Anisocônicas  D>E  E>D  Fotorreagentes  Mióticas  Midriáticas

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

( ) Eupnêia;  Taquipnêia  Bradipnêia  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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.									
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input checked="" type="checkbox"/> >3 segundos. Turgência jugular: <input type="checkbox"/>									
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>									
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo									
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>MSC</u> Data da punção: <u>29/03/12</u>									
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input checked="" type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:									
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>									
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.									
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.									
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> W/O <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: <u>29/03/12</u>									
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:									
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normoleno <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:									
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuidos <input type="checkbox"/> Aumentados									
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <u>5</u> dias <input type="checkbox"/> Outros:									
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito <u>ml/h</u>									
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros:	Observações:								
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>									
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:									
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado									
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>									
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>HSE</u>	Curativo em: <u>29/03/12</u>								
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: <u>29/03/12</u>								
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local: <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="checkbox"/> Curativo: <u>29/03/12</u>								
<b>CUIDADO CORPORAL</b>									
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:									
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.									
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acelerado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:									
<b>SONO E REPOUSO</b>									
Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input checked="" type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:									
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>									
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>									
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:									
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:									
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>									
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>									
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:									
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>									
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</td> </tr> <tr> <td colspan="2">29 MAI 2013</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PROTOCOLO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">AG. JOÃO PESSOA</td> </tr> </table>			COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	29 MAI 2013		PROTOCOLO		AG. JOÃO PESSOA	
	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A								
29 MAI 2013									
PROTOCOLO									
AG. JOÃO PESSOA									
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Bruna Telles dos Santos Motta</u> DATA: <u>29/03/12</u> HORA: <u>09:00 h</u>									
Enfermeira COREN-PB 506401									



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



### Ficha de Acolhimento

Nome:	Stauele Braga Barros Júnior		
End:	Bairro: Bessa		
Data de Nascimento:	31-17-99	Documento de Identificação:	
Queixa:	Afast.	Data do Atend.	26-08-01
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		

de moto

### Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Cinangia

### Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

Enf. Ademirson Lima  
COREN-PB 1834

Assinatura e carimbo do profissional

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 MAIO 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Brusque - SC

22/08/2018 - 6:10

PE PRO-71

Ponto machado, na nuca da  
paciente pelo corpo, pior no momentodo. Mto de massa prof. no  
audídio do ombro da paciente

er em - nra

ed: Autarquia

Paulo C. M. Quinino  
 CRM-PB 8771  
 Neuromedina  
 000-126-2004-40



DESTINO DO PACIENTE / / / : hs.

( Centro cirúrgico

( Internação (setor) \_\_\_\_\_  
 ( Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

( Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:

## CÓDIGO/PROCEDIMENTO

## CBO

## IDADE

( Alta hospitalar / ( A revista  
 ( Decisão Médica  
 ( Ímbito

( )

Manoel Araújo B. Vitr

Laudo Médico

Pt vítima de traume por muito há +  
16 meses c/ fratura exposta seu reg. S  
início de fibula associado à exten-  
sas lesões de partes moles; evolução c/  
perda de função, neurológica as  
funções de nervos fibular comu-  
c/ déficit de caráter definitivo na  
extensão de pé (E) c/ consequente  
alteração na marcha e diminuição de  
força no rebordo pé.

CID: T93.4  
S 82.0

Hallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

L8c CG 210618

Fones: + (83) (83) 99863.1167 / 99147.7132 - Rua João Otaviano Pequeno, 331, Centro - Lagoa Seca/PB

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 JUN. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180211964      **Cidade:** Lagoa Seca      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR      **Data do acidente:** 26/08/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA PROXIMAL COM EXTENSA LESÃO DE PARTES MOLES

**Resultados terapêuticos:** LIMPEZA CIRÚRGICA, TENORRAFIA DO PATELAR E FIXAÇÃO DA FRATURA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA MODERADA DA MOBILIDADE DO JOELHO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM do médico:** 52.90233-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180 3119 64

CPF da Vítima

701.241.124-80

Nome completo da vítima

MARCELO ANAÚJO BANBOSA

Vítima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	MARCELO ANAÚJO BANBOSA	Vítima	CPF titular da conta	80	Profissão	NECESSARIO
Endereço	5115 mirante		Número	211	Complemento	
Bairro	ZONA NUNAL	Cidade	Estado	PD	CEP	58.117-000
Email					Telefone (DDD)	83 998558526

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

CONTA POUPANÇA

Nº

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

BANCO DO BRASIL

Nº

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE

Nº

(Informar dígito se existir)

CONTA POUPANÇA

Nº

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

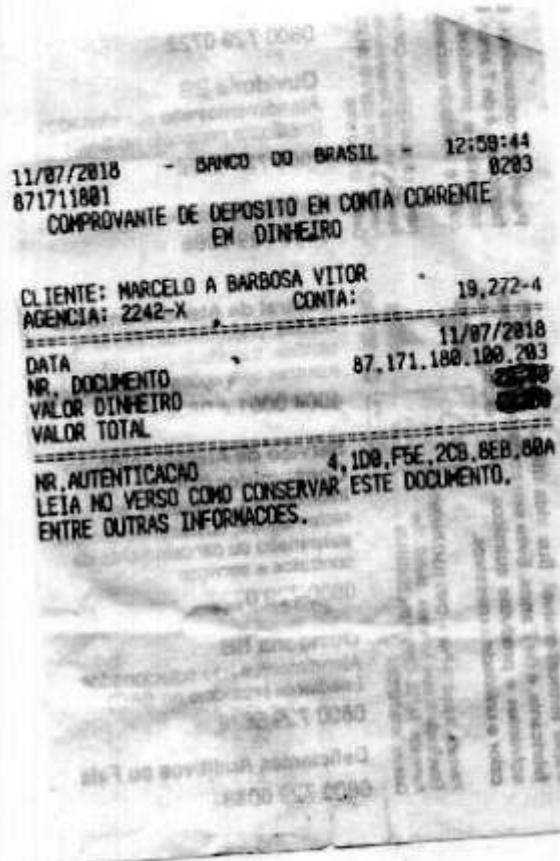
Lagoa das 12, 7 de agosto de 2018

Local e Data

Marcelo Anaujo Banbosa Vitor

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Marcelo Araújo Barbosa Vitor, brasileiro(a), estado civil: sócio  
Profissão: meu, portador(a) do RG 4-003-060, órgão expedidor 221-81  
e do CPF: 701-271-124-80, residente no(a) sítio amanabi  
nº s/n, bairro: area rural, município: Lagoa Seca 145.

### OUTORGADO:

Nome: Fernando Fernandes, brasileiro(a), estado civil: sócio  
Profissão: meu, portador(a) do RG 28-12-619, órgão expedidor 228-81  
e do CPF: 096-775-274-44, residente no(a) sítio amanabi  
nº 311, bairro: area rural, município: Lagoa Seca 145.

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mando, da vítima Marcelo Araújo Barbosa Vitor.

Local e Data: Lagoa Seca 25-04-2018

Marcelo Araújo Barbosa Vitor  
Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2 "Assinatura do Representante Legal".

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

Vitor

701.271.124-80

MARCELO ANAÚDO BANDEIRA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Vitor MARCELO ANAÚDO BANDEIRA		CPF titular da conta	701.271.124-80	Profissão	Recreio
Endereço	Sítio Anauá		Número	518	Complemento	
Bairro	ÁREA RURAL	Cidade	Estado	23	CEP	58.117-000
Email						Telefone (DDD) 57-99555-8526

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2271		039253-8	

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE (todos os bancos)**

BANCO Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Lagoa Sêca, p/ 19 de setembro de 2015

Local e Data

Vitor Marceo Anaudo Bandeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

卷之三

114: sorteios de segunda-feira a sábado, após

2017AG01420128

1488 OF 193583

101, 13.010/61-1  
LOCALIDADE: LAGOA SECA  
DATA: VENDEM 1961: 22/1

TERM WORKSHEET

CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES

NAME: MARCELO AGUIAR BARBOSA VITOR

NUM: MARILU PEREIRA  
AGENCIA: 221  
OPERAÇÃO: 813  
CONTA UV: 0000.000.000.000-8  
DATA DA ABERTURA: 29/05/2018

DIFERIJS CÁIXA

241-577243273-3

1a VIA

Lotterias CAI, SA

