
Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151997

Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

Data do Acidente: 23/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151997

Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

Data do Acidente: 23/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000493-6**

Conta: **000001014964-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0118332-20

3 - CPF da vítima: 008.594.794-63

4 - Nome completo da vítima: TALEITA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA

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

5 - Nome completo: Laurya Luany Gonçalves de Lima

7 - Profissão: Piloto

8 - Endereço: Rua Vinícius Bomdado 1074

11 - Bairro: Alto Rhinco

12 - Cidade: Campina Grande

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58401-718

15 - Tel.(DDD): (83) 99826-8537

16 - Tel.(DDD): (83) 99826-8537

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar nascituro(s) e nome(s): ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

39 - 2ª Nome: CPF:

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

DECLARO QUE ESTA AUTORIZAÇÃO NÃO SIGNIFICA CONCORDÂNCIA COM A FUTURA AVALIAÇÃO MÉDICA OU RENÚNCIA AO DIREITO DE CONTESTAR A AVALIAÇÃO MÉDICA, CASO DISCORDE DO SEU CONTEÚDO.

SOLICITO O PROSSEGUIMENTO DA ANÁLISE DO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT, POR INVALIDEZ PERMANENTE, COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA SEM A APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, CONCORDANDO, DESDE JÁ, EM ME SUBMETTER A ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL, CASO NECESSÁRIO, ÀS CUSTAS AUTOMOTOR, CONFORME O DISPOSTO NA LEI Nº 6.194/74.

• NÃO HÁ IML QUE ATENDE A REGIÃO DO ACIDENTE OU DA MINHA RESIDÊNCIA; OU

• O IML QUE ATENDE A REGIÃO DO ACIDENTE OU DA MINHA RESIDÊNCIA NÃO REALIZA PERÍCIAS PARA FINS DO SEGURO DPVAT; OU

• O IML QUE ATENDE A REGIÃO DO ACIDENTE OU DA MINHA RESIDÊNCIA NÃO REALIZA PERÍCIAS PARA FINS DO SEGURO DPVAT; OU



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00178.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00178.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:28 horas do dia 16 de março de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Talyta Vieira Gonçalves de Lima**, conhecido(a) por Talita, CPF nº 008.594.794-63, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Lucia de Fátima Vieira e Gilvan Gonçalves de Lima Filho, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 15/12/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Benedito Mota, Nº 695, complemento APARTAMENTO, bairro Nações, tendo como ponto de referência Por Trás do Antigo Supermercado Boa Esperança, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Vigário Calisto, nº s/n, Via Pública, Em Frente a Sede da O.a.b., Campina Grande/PB, bairro Catolê; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/01/20 17:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo BIZ 125 KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2011/2012, UF: PB, placa OFF-5259, chassi 9C2JC4810CR001244, renavam 0041307479-0, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 015456525856; nº. Lacre: 0040169650; nº. P.r.t.: 20190100103686-0; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: Campina Grande/pb; alienação Fiduciária: A. F. Banco Bradesco Financeira S.a.; em Nome de Talyta Vieira.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NO LOCAL DO ACIDENTE JÁ DESCRITO AMBOS ANTERIORMENTE ACIMA, FOI ABALROADA POR UM TRANSEUNTE QUE VINHA CORRENDO PARA PEGAR UM COLETIVO PÚBLICO E ACONTECEU UMA PEQUENA COLISÃO LATERAL ENTRE AMBOS, E QUE POR CAUSA DESTA MANOBRA, VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA RECEBER OS PRIMEIROS SOCORROS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00178.01.2020.1.05.101

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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 16 de março de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação
Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

TALYTA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA

Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0118332-20

3 - CPF da vítima: 008.594.794-63

4 - Nome completo da vítima: TALEITA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA

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

5 - Nome completo: Laegia Luany Gonçalves de Lima

7 - Profissão: Piloto

8 - Endereço: Rua Vinícius Bonafide 1074

11 - Bairro: Alto Rhinco

12 - Cidade: Campina Grande

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58401-718

15 - Tel.(DDD): (83) 99826-8537

16 - Tel.(DDD): (83) 99826-8537

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

22 - DATA DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar nascituro(s) e nome(s): ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

39 - 2ª Nome: CPF:

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura da testemunha:

45 - Assinatura da testemunha:

46 - Assinatura da testemunha:

47 - Assinatura da testemunha:

48 - Assinatura da testemunha:

49 - Assinatura da testemunha:

50 - Assinatura da testemunha:

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000001014964-9

Nr. Autenticação

BRADESCO0505202005000000000023700493000001014964168750 PAGO

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para o cliente pagar a conta de energia elétrica. Nº 005.541.599



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-95 - Insc. Est. 16.022.829-1

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA LUSINETE DA SILVA FARIAS
RUA VEREADOR BENEDITO MOTA S/N AP 304
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/267972-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	09/01/2020	86	16/01/2020	R\$ 73,77

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/01/2020				
Pagador: JOSEFA LUSINETE DA SILVA FARIAS CNPJ/CPF: 602.308.161-19				
RUA VEREADOR BENEDITO MOTA S/N AP 304 - ALTO BRANCO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001073853	000267972202001	16/01/2020	R\$ 73,77	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



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

5.2



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2090646 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: 56332-809 Data: 23/01/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: alcoolismo

PACIENTE: TALITA VIEIRA

CEP: 56400002 Nascimento: 15/12/1980

Endereço: DR VASCONCELOS

Sexo: F Telefone: 987343034

Cidade: Campina Grande

Idade: 039 Bairro: ALTO BRANCO

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA

RG: Nº: 1052

Responsável: WAGNER

CPF: Profissão: PROMOTOR DE VENDAS

Estado Civil: Solteira

Data de

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

Atend: 23/01/2020

Hora: 18:18:35

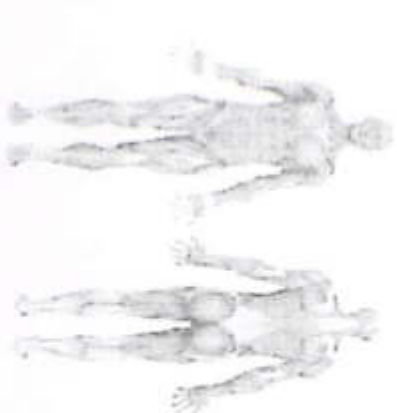
CNS: 00859479463

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-----------------------|----------------------------------|
| 1. Acrobacia | 28. Fratura cebra fechada |
| 2. Acrobacia | 29. Fratura cebra aberta |
| 3. Acrobacia | 30. Hematoma |
| 4. Contusão | 31. Hematoma |
| 5. Contusão | 32. Irradiamento Venoso |
| 6. Cor | 33. Laceração |
| 7. Edema | 34. Lesão tendão |
| 8. Empolamento | 35. Luxação |
| 9. Eritema subcutâneo | 36. Microclima |
| 10. Escorregamento | 37. Movimento torácico paradoxal |
| 11. Escorregamento | 38. Objeto Estravado |
| 12. Escorregamento | 39. Otite |
| 13. Escorregamento | 40. Paralisia |
| 14. Escorregamento | 41. Paralisia |
| 15. Escorregamento | 42. Paralisia |
| 16. Escorregamento | 43. Queimadura |
| 17. Escorregamento | 44. Rinite |
| 18. Escorregamento | 45. Síncope de isquemia |
| 19. Escorregamento | 46. Síncope de isquemia |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Queda de moto / Fratura Tibial

EXAME PRIMÁRIO - DQ CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto, com fratura de tibia e fêmur. Paciente com nível de consciência, reações pupilares, reflexos de patela e aquilão presentes. Paciente com lesões em ombros, mãos e pés.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATÓLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

- () Ultrassonografia:
() Radiografias:
()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às 18:31 Dia _____

Especialista: _____ às _____ Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Exame físico e exames de imagem	18:30
2	Exame físico e exames de imagem	18:30
3	Exame físico e exames de imagem	18:30
4	Exame físico e exames de imagem	18:30
5	Exame físico e exames de imagem	18:30
6	Exame físico e exames de imagem	18:30

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura do Médico
C.R.M. 10.113

RAIO X
REALIZADO
23/01/2020

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039
Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Sexo: F
Clínica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 23/01/2020

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

Valth Menezes Guimaraes
Ortopedia / Traumatologia
CREMPE 16.551 / CRM-PB 6326
TEOT 15.090
CIRURGIA DO JOELHO

chexone 400mg, sc, 1x/d
tala tipo gesso 22

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

2. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO () APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

HISTÓRIA DE QÜEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NÔ ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO
 ASSINATURA E CARIMBO:

• **Activity:** •
• **Physical:** •



GOVERNO
DA PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/01/2020

Horas: 07:52:03

Médico (a) Dentista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 1

Clinica: AMARELA Enfermarias: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

Data 24/01/2020

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	1x 18 3x 30
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	1x 18 3x 30
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h	1x 18 3x 30
5	OMEPRAZOL 100 MG 24h/24h (ADM AS 8h)	1x 18 3x 30
6	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	1x 18 3x 30

SOLUÇÃO

DATA: 24/01/2020 HORA: 07:50:10

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR
COM TALIA CESSADA
AGUARDAR EXAMES

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

21/27



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/01/2020

Horas: 06:20:57

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 2

Clínica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 25/01/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	14. 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12. 06
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h	12. 06
	Reconstituir 2ML ABD.	
	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h)	
	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	

CONCLUSÃO

DATA: 25/01/2020 HORA: 06:20:19

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTÁVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 8862

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão

NOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

3. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QÜEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
 POSTURA NÔ ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

: 268265 Eliete de S. Ho
 enfermeira

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 3

Clínica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 26/01/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

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

CONCLUSÃO

Data: 26/01/2020 HORA: 06:20:47

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTÁVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

nv: ok

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RB 8643ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OBESIDADE () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPOTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUIPNEIA () TAQUICARDIA ()
MOBILIDADE FÍSICA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZO MUSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA () ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO () EDUCAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOA () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO () APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS () ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AJUDAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO () OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS () MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA () DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSSE)

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

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

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

POSTURA NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIAS? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 27/01/2020
Hora: 02:24:05
Médico (a) Diana: Vary de Paiva Canara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DII - 4

Clinica: AMARELA	Enfermaria: 4	Leito: 3	Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO
------------------	---------------	----------	---

DIA 27/01/2020

MEDICO(A): Vtor de Paiva (Camara /

Item	Prescrição	Aparato
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	500 (1.0) 1.8 3
3	DIFIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOL A, 6h/6h	1.2 1.8
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRAMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1.2 1.8
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOL A, 8h/8h SE NÁUSEA OU VÔMITOS	500 1.2 1.8
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADMI AS 22h)	500 1.2 1.8
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOL A, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	500 1.2 1.8
8	DECURITO MEDIANCA 2ML	500 1.2 1.8
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	500 1.2 1.8

4. DIII

DATA:27/01/2020 HOR:A:02:22:49

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

PRE-OP OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Navy de l'air (1914)



Paraíba
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/01/2020

Horas: 12:04:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 **Paciente: TALITA VIEIRA** Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DHT - 6

Clínica: ORTOPEDIA 1 **Enfermaria: 5** **Lento: 2** Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 29/01/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12 24 36
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 24 36 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	SN
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 28h)	24
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	SN
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 29/01/2020 HORA: 12:04:20

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÉRMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

C.D: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/01/2020

Horas: 10:14:30

Médico (a) Diarista: Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 5

Clinica: AMARELA Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 28/01/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	CT 22 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	SV
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	SV
8	DECUBITO MUDANÇA 22H	CT
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 28/01/2020 HORA: 10:14:08

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
CRM-PA 9900

08:00hs 28/01/20

Pa: 130
80

28-01-90

Paciente espíavel, sem queixas
mutilada, segue aos cuidados
da Enfermeira.

PA - 100 x 70 @



PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/01/2020

Hora: 11:27:24

Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito de Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: **TALITA VIEIRA** Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 30/01/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araújo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	Soro 5x10 5x5
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1x 1x 1x 1x
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1x 1x
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	2x
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/01/2020 HORA: 11:27:17

BEG. ESTÁVEL, SEM DISTÉRMIAS

DIURESE; + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CL. VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araújo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
OR. ORTOPEDIA - RUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

MÉDICO
HOSPITAL

INSTRUMENTADOR

ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
20			
21			
22			
23			
24			
25			



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



HOSPITAL	PACIENTE	MÉDICO	PROCEDIMENTO
COD	DATA	CRM	CONVÊNIO
0221			

06190600 - 06E

ஏழுநாள் தனி - உணவு 10

attn: C. M. D. & C.

$$O_2 : H_2$$

04:40

४७

02050

0101 20

000000

• • • • •

5. myofibrils 7.50

comp. 10 + 100	10
comp. 20 + 100	20
comp. 30 + 100	30
comp. 40 + 100	40

Sept 1942
S. G. 22002 22

S. Ost. E. I. another

of the 1st	10
of the 2nd	10
of the 3rd	10

5104-1 20

200

60

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

C = 4limpa


PACIENTE: Roberta Vieira DN: 15/12/1980						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI: —	LEITE: Sala 03	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 38a	REGISTRO: 2090704		
CIRURGIA: Fuor. Anar. p/ frut. de plasto tibial @			CIRURGIÃO: Dr. André - Int. Higiene			
ANESTESIA: Rogui + Sedação			ANESTESIA: Dr. Edelha Donato			
INSTRUMENTADORA: Keriane		DATA: 01/02/20	INÍCIO: 07:40	FIM: 09:00		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	0	Catet. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	04	Compressa Grande 8		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorfo amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
01	Inova ml Midazolam		Dreno Pozzer n°		Ethibond	
	Kotalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercamina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	45	Espandrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	03	Mononylon 2.0 00	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23			
	Água Destilada amp.	02	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0 00	02	Vicryl Sertix 1.0 00	
	Flaxidol amp.	05	Luvas 7.5 00000		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
12	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	40	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliifix			
	Haemacel ml	0.5	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	0.5	PVPI Tópico ml			
	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antisséptico	02	SE Normotérmico fr 500 ml 00	
	Lasix amp.		Saco coletor	01	SG Gelado fr 500 ml 0	
	Medrotilazol.	01	Seringa desc. 10 ml 0		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Plast amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml 0	03	SG fr 500 ml, pilha 00	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuption amp.		Sonda Foley			
02	Cefalotina 1g cefotina		Sonda Nasogátrica			
01	Clamoxilina		Sonda Uretral n°	01	Alaca com 7.04 fios	
01	Cetuxolac		Steridrem ml	01	Alaca com 2.05 fios	
			Torneirinha	02	Alpacas 1.04 fios	
			Vaselina ml	06	Alpacas 1.04 fios	
			Gelcon 18			
			Látex			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				SOROS	
02	Agulha desc. 25 x 7 40x12					
	Agulha desc. 28 x 28					
	Agulha desc. 3 x 4,5	05				
01	Agulha p/ raque n° 25	05				
0.5	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
0.4	Ataduras de Crepon 00					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
0.2	Betadine ml					
				ORTESE E PRÓTESE		
				EQUIPAMENTOS		
				(x) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar	
				() Serra	() Eletrocautério	
				() Desfibrilador	() Oxícapnógrafo	
				(x) Foco Frontal	(x) Cardiomonitor	
				() Fonte de Luz	(x) Perfurador Elétrico	
CIRCULANTE RESPONSÁVEL:						
Mikera 123.700-2						

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		9

Isabela Donato
ANESTESISTA
CRESS 11.4130



Assinatura do anestesista

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Talita Lima		Idade:	39a	
Convênio:	SUS		Data:	01/02/2022	
Procedimento:	Trat. Cirurgico part. de platô tibial (D)				
Cirurgião:	Dr. Andrei	Auxiliar:	-	Anestesista:	Dr.º Jucelino
Início:	07:40	Término:	09:00	Anestesia	Raqui + Sedação

[illegible][illegible][illegible]



PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/01/2020

Horas: 12:14:41

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 8

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 31/01/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araújo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>200 kcal 27 00:00</i>	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	<i>12/18 24/30</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>12 24</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>12 24</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	<i>SN</i>
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>(500) (20)</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	<i>SN</i>
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 31/01/2020 HORA: 12:14:32

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araújo

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: TALITA VIEIRA

ENDEREÇO: BENEDITO MOTA

BAIRRO: ALTO BRANCO

Identidade:
2503893

Idade: 039

FRONTUÁRIO:

Nº 2090707

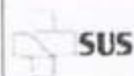
DADOS CLÍNICOS: POS OP.

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL),

Campina Grande - PB 01/02/2020 Hora:
07:44:40

Médico: Andre Ribeiro Araujo De Menezes



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: TALITA VIEIRA

ENDEREÇO: BENEDITO MOTA

BAIRRO: ALTO BRANCO

Identidade:
2503893

Idade: 039

FRONTUÁRIO:

Nº 2090707

DADOS CLÍNICOS: POS OP.

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL),

Campina Grande - PB 01/02/2020 Hora:
07:44:40

Médico: Andre Ribeiro Araujo De Menezes



Seus dados
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/02/2020

Horas: 07:44:19

Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 9

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 01/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	51w
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. I SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	51w
9	DECUBITO MUDANCA 2/2H	M + N
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	M

EVOLUÇÃO

DATA: 01/02/2020 HORA: 07:42:39

PACIENTE SUBMETIDA A TTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: RX CONTROLE
A SRPA

ASSINATURA + CARIMBO
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Data da Alta: 02/02/2020

Registro: 2090707

Tempo de Permanência: -18285

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: SINTOMATICOS

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: - PRESCREVO AINE + ANALGESICO + ANTIBIOTICO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Data: 02/02/2020

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

Ana Maria Da S. Anselmo
Médica - Traumatologia
2020

RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo



PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/02/2020

Horas: 08:40:53

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23-01/2020 DIH - 10

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 02/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Arango De Menezes / MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
9	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 02/02/2020 HORA: 08:37:52

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, EM BEG, EM 1º DPO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CLINICAMENTE ESTÁVEL.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

DOR: +/4+.

EDEMA: +/4+.

FO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- PRESCREVO AINE + ANALGESICO + ANTIBIOTICO.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

DR. ANA MARIA DA SILVA ANSELMO
CRM: 15.021/2019
R. 15.021/2019

Número do Prontuário: 179021

DATA DA CIRURGIA: 01/02/2020

Número do Atendimento: 2090707 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 5 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Atendimento: 2090707

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: ISABELA FERNANDA DO PIMENTEL DONATO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: sim

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO MEDIAL EM JOELHO D + DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

6- FIXAÇÃO COM UMA PLACA T 3 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS SOB ESCOPIA

7- INCISÃO LATERAL EM PLANALTO TIBIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS

8- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

9- FIXAÇÃO COM UMA PLACA L 5 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS SOB ESCOPIA +

-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

Data 01/02/2020

Assinatura/Carimbo
Andre Ribeiro Araujo De Menezes

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO 2090104	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Telma Vieira			IDADE 33a	SEXO F	COR	
DATA 01/02/20	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
AP. RESPIRATÓRIO					ASSA		BRONquite	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO					AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL					ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA AS		EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf: <input checked="" type="checkbox"/> Excit: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/> Laringo espasmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/> Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>			
LÍQUIDOS	Sufi 500 r 500 Suf 500 Suf 500				MANUTENÇÃO Bagaço / L ₁ 10g 0.2% Suf 500			
GRÁFICO					ANESTESIA SATISF: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, por quê? <input type="text"/>			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	neg. 0.5! 1.2g diamant 0.1g decalchon 10g cefazolin 2g neuromexon 4g latamibolam 1.				DESPERTAR Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/> Obst: <input type="checkbox"/> Co: <input type="checkbox"/> Excit: <input type="checkbox"/> Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>			
POSICÃO					Com cânula: <input type="checkbox"/> Paro o Leito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			
AGENTES	diamant 3g				CONDIÇÕES			
TECNICA	Baculumskne				CÂNULAS			
OPERAÇÃO	Tr. endoscópico de Fx do platô tibial							
QUIRURGÕES	Dr. Joubert e equipe							
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			



Número do Prontuário: 179021

DATA DA CIRURGIA: 01/02/2020

Número do Atendimento: 2090707 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 5 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Atendimento: 2090707

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050551 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL.

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: ISABELA FERNANDA DO PIMENTEL DONATO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: sim

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO MEDIAL EM JOELHO D + DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

6- FIXAÇÃO COM UMA PLACA T 3 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS SOB ESCOPIA

7- INCISÃO LATERAL EM PLANALTO TIBIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS

8- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

9- FIXAÇÃO COM UMA PLACA L 5 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS SOB ESCOPIA +

-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

Data 01/02/2020

Assinatura/Carimbo
Andre Ribeiro Araujo De Menezes

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	Diário	() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12hs	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Sempre	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	72 hs	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	Sempre	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Dr. Valuska *de Carvalho*
ENFERMEIRA
COREN - PE 350.090

29/10/2020

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Talita Vieira Idade: 39 anos Sexo: F Enf/Leito: 05102

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: fratura do fêmur (D)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

SÍNDROME FÍSICA: () TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:

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

EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (x) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LOCOMOÇÃO FÍSICA: (x) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (x) PRESERVADA () PREJUDICADA

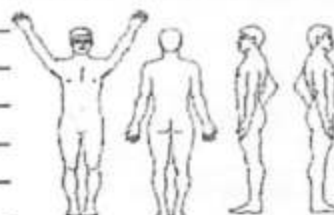
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



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

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: *Apresentando sintomas*

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%			() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA			() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO			() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO			() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS			
() AVALIAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIÇÃO			
() REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO			
() APÓS ADMINISTRAÇÃO ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS			
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE			
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)			
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS			
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS			
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			
OUTRO:			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

31/01/2020

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Taite Viana

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Interações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Qual?

Doença () HAS () DM

Medicações em uso: Doença

3. DOENÇA ATUAL

Motivo da internação hospitalar: Ex. gtao

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ☒ NORMAL ☐ ALTERADO () OUTROS:

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMAL () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

Local: Local:

localização anatômica da ferida:

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

INSATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA PA T

(mmHg) (°C) (bpm) (%) (mg/dL) (ml)

DIURESE DRENO(mL) (a10) (kg)

PESO ASSINATURA DISPOSITIVOS DATA DE INSERÇÃO

SOG/SNG/SNE SVF CIRCUITO DE VM FILTRO DE VM UMIDIFICADOR ASPIRADOR LATEX EQUIPO SIMPLES

AVP MSE 29/03

ASSINATURA E CARIMBO:

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

OUTRO:		
TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS	70%	
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	72h	
PARA SINAIS FLOSTICOS		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO		
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
SULTADOS		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
(X) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO	CPM	
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	1x/dia	
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		
() MANter OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E		
APRAZAMENTO		
RESULTADOS ESPERADOS		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

OUTRO		
RISCO DE INFECÇÃO	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	(X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO
RISCO DE DESQUILIBRIO ELETROLÍTICO	() ASCTE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA	() DRENOS () OUTROS
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() OUTRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	(X) OUTROS
BANHO		
DEÍCIT NO AUTO-CUIDADO PARA	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() OUTRO
DEÍCIT NO INFERIAZ	() OBESIDADE () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
PADÃO RESPIRATÓRIO	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DIAGNÓSTICOS		
FATORES RELACIONADOS		
CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS		

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Tatiana Vieira Idade: _____ Sexo: _____ Enf/Leito 5-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Ex. Plat. fibrop. A

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () RIGIDEZ () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

AMPLITUDE: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS: _____

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida: _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

CONECÇÃO CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12h	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	sempre	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	72h	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	sempre	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Handwritten signature and date:
 01/02/2013
 29.26.13



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Data: 23/01/2020

Data: 23/01/2020

Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 N° ATEND: 2090646

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO

DATA: 23/01/2020 HORA: 18:19:14

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS

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

DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO

DEF. MOTORA () SIM () NÃO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO

() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO

() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA

() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS

() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS

() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

ESCALA DE DOR: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO

OBS:

ENFERMEIRO/CORRETO
acolhimento

José Evelyn Marinho
CORRETO 764.336 - ENF

HTCG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA PA TEMP FC FR DIURESE ASSINATURA DO ENFERMEIRO/COREN

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () Já revela
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CEO

IDADE

SUS
Sistema
Ministério
Unico de
da
Saúde
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2362856

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2362856

Identificação do Paciente

TALITA VIEIRA

6 - Nº DO PROXIM. ANO

2090707

7 - CARTÃO DO SUS

15/12/1980

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - ESTADO

11 - TELEFONE DE CONTATO

98/343034

10 - NOME DA Mãe DE RESPONSÁVEL

LUCIA DE FATIMA VIEIRA

17 - ENDEREÇO DO(A) PAZIENTE

DR VASCONCELOS, 1052, ALTO BRANCO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMIA JOELHO DIREITO QUELIDA DA PRÓPRIA ALTEIRA DOR E EDEMA CD INTERNAÇÃO HOSPITALAR

19 - CONDIÇÕES QUE LEVAM À INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TTO CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS SINTOMAS DE PRÓXIMOS ESTÁDIOS DE EXAMES DE AVALIAÇÃO

ANAMNESE E EX FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESENCARDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTERÍSTICA

28 - N.º DO EXAME

29 - N.º DO EXAME

30 - N.º DO EXAME

VALTH MENEZES GUIMARÃES

25/01/2020

32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

33 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

34 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

35 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

36 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

37 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

38 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

39 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

40 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

41 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

42 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

43 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

44 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

45 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

46 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

47 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

48 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

49 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

50 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

51 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

52 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

53 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

54 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

55 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

56 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

57 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

58 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

59 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

60 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

61 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

62 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

63 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

64 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

65 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

66 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

67 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

68 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

69 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

70 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

71 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

72 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

73 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

74 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

75 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

76 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

77 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

78 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

79 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

80 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

81 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

82 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

83 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

84 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

85 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

86 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

87 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

88 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

89 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

90 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

91 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

92 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

93 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

94 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

95 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

96 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

97 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

98 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

99 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

100 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

101 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

102 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

103 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

104 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

105 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

106 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

107 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

108 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

109 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

110 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

111 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

112 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

113 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

114 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

115 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

116 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

117 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

118 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

119 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

120 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

121 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

122 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

123 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

124 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

125 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

126 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

127 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

128 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

129 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

130 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

131 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

132 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

133 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

134 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

135 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

136 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

137 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

138 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

139 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

140 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

141 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

142 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

143 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

144 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

145 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

146 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

147 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

148 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

149 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

150 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

151 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

152 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

153 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

154 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

155 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

156 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

157 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

158 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

159 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

160 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

161 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

162 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

163 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

164 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

165 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

166 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

167 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

168 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

169 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

170 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

171 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

172 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

173 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

174 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

175 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

176 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

177 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

178 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

179 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

180 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

181 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

182 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

183 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

184 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

185 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

186 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

187 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

188 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

189 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

190 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

191 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

192 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

193 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

194 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

195 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

196 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

197 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

198 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

199 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

200 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

201 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

202 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

203 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

204 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

205 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

206 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

207 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

208 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

209 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

210 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

211 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

212 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

213 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

214 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

215 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

216 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

217 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

218 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

219 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

220 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

221 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

222 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

223 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

224 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

225 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

226 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

227 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

228 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

229 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

230 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

231 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

232 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

233 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

234 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

235 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

236 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

237 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

238 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

239 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

240 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

241 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

242 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

243 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

244 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

245 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Sistema Ministério
União de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2362856

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO

2362856

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

5 - Nº DO PRONTE ABDO

2090707

7 - CARTEIRO DO SEN

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/12/1980

9 - SEXO

10 - Estado Civil

11 - TELEFONE DE CONTATO

9873343034

10 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO DO A. VASCONCELOS, 1052, ALTO BRANCO

13 - CIDADE DO RESIDÊNCIA

Campina Grande

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRECISAR SE AVALIAR A SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE E A NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

18 - CONDIÇÃO DE SAÚDE DO PACIENTE

NECESSIDADE DE TIO CIRÚRGICO

19 - PRECISAR SE AVALIAR A SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE E A NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ANAMNESE E EX FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO FINAL

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CAPACIDADE

28 - DOCT. VASCONCELOS

29 - N.º DOCT. VASCONCELOS

30 - N.º DOCT. VASCONCELOS

31 - N.º DOCT. VASCONCELOS

32 - N.º DOCT. VASCONCELOS

33 - N.º DOCT. VASCONCELOS

34 - N.º DOCT. VASCONCELOS

35 - N.º DOCT. VASCONCELOS

36 - N.º DOCT. VASCONCELOS

37 - N.º DOCT. VASCONCELOS

38 - N.º DOCT. VASCONCELOS

39 - N.º DOCT. VASCONCELOS

40 - N.º DOCT. VASCONCELOS

41 - N.º DOCT. VASCONCELOS

42 - N.º DOCT. VASCONCELOS

43 - N.º DOCT. VASCONCELOS

44 - N.º DOCT. VASCONCELOS

45 - N.º DOCT. VASCONCELOS

46 - N.º DOCT. VASCONCELOS

47 - N.º DOCT. VASCONCELOS

48 - N.º DOCT. VASCONCELOS

49 - N.º DOCT. VASCONCELOS

50 - N.º DOCT. VASCONCELOS

51 - N.º DOCT. VASCONCELOS

52 - N.º DOCT. VASCONCELOS

53 - N.º DOCT. VASCONCELOS

54 - N.º DOCT. VASCONCELOS

55 - N.º DOCT. VASCONCELOS

56 - N.º DOCT. VASCONCELOS

57 - N.º DOCT. VASCONCELOS

58 - N.º DOCT. VASCONCELOS

59 - N.º DOCT. VASCONCELOS

60 - N.º DOCT. VASCONCELOS

61 - N.º DOCT. VASCONCELOS

62 - N.º DOCT. VASCONCELOS

63 - N.º DOCT. VASCONCELOS

64 - N.º DOCT. VASCONCELOS

65 - N.º DOCT. VASCONCELOS

66 - N.º DOCT. VASCONCELOS

67 - N.º DOCT. VASCONCELOS

68 - N.º DOCT. VASCONCELOS

69 - N.º DOCT. VASCONCELOS

70 - N.º DOCT. VASCONCELOS

71 - N.º DOCT. VASCONCELOS

72 - N.º DOCT. VASCONCELOS

73 - N.º DOCT. VASCONCELOS

74 - N.º DOCT. VASCONCELOS

75 - N.º DOCT. VASCONCELOS

76 - N.º DOCT. VASCONCELOS

77 - N.º DOCT. VASCONCELOS

78 - N.º DOCT. VASCONCELOS

79 - N.º DOCT. VASCONCELOS

80 - N.º DOCT. VASCONCELOS

81 - N.º DOCT. VASCONCELOS

82 - N.º DOCT. VASCONCELOS

83 - N.º DOCT. VASCONCELOS

84 - N.º DOCT. VASCONCELOS

85 - N.º DOCT. VASCONCELOS

86 - N.º DOCT. VASCONCELOS

87 - N.º DOCT. VASCONCELOS

88 - N.º DOCT. VASCONCELOS

89 - N.º DOCT. VASCONCELOS

90 - N.º DOCT. VASCONCELOS

91 - N.º DOCT. VASCONCELOS

92 - N.º DOCT. VASCONCELOS

93 - N.º DOCT. VASCONCELOS

94 - N.º DOCT. VASCONCELOS

95 - N.º DOCT. VASCONCELOS

96 - N.º DOCT. VASCONCELOS

97 - N.º DOCT. VASCONCELOS

98 - N.º DOCT. VASCONCELOS

99 - N.º DOCT. VASCONCELOS

100 - N.º DOCT. VASCONCELOS

101 - N.º DOCT. VASCONCELOS

102 - N.º DOCT. VASCONCELOS

103 - N.º DOCT. VASCONCELOS

104 - N.º DOCT. VASCONCELOS

105 - N.º DOCT. VASCONCELOS

106 - N.º DOCT. VASCONCELOS

107 - N.º DOCT. VASCONCELOS

108 - N.º DOCT. VASCONCELOS

109 - N.º DOCT. VASCONCELOS

110 - N.º DOCT. VASCONCELOS

111 - N.º DOCT. VASCONCELOS

112 - N.º DOCT. VASCONCELOS

113 - N.º DOCT. VASCONCELOS

114 - N.º DOCT. VASCONCELOS

115 - N.º DOCT. VASCONCELOS

116 - N.º DOCT. VASCONCELOS

117 - N.º DOCT. VASCONCELOS

118 - N.º DOCT. VASCONCELOS

119 - N.º DOCT. VASCONCELOS

120 - N.º DOCT. VASCONCELOS

121 - N.º DOCT. VASCONCELOS

122 - N.º DOCT. VASCONCELOS

123 - N.º DOCT. VASCONCELOS

124 - N.º DOCT. VASCONCELOS

125 - N.º DOCT. VASCONCELOS

126 - N.º DOCT. VASCONCELOS

127 - N.º DOCT. VASCONCELOS

128 - N.º DOCT. VASCONCELOS

129 - N.º DOCT. VASCONCELOS

130 - N.º DOCT. VASCONCELOS

131 - N.º DOCT. VASCONCELOS

132 - N.º DOCT. VASCONCELOS

133 - N.º DOCT. VASCONCELOS

134 - N.º DOCT. VASCONCELOS

135 - N.º DOCT. VASCONCELOS

136 - N.º DOCT. VASCONCELOS

137 - N.º DOCT. VASCONCELOS

138 - N.º DOCT. VASCONCELOS

139 - N.º DOCT. VASCONCELOS

140 - N.º DOCT. VASCONCELOS

141 - N.º DOCT. VASCONCELOS

142 - N.º DOCT. VASCONCELOS

143 - N.º DOCT. VASCONCELOS

144 - N.º DOCT. VASCONCELOS

145 - N.º DOCT. VASCONCELOS

146 - N.º DOCT. VASCONCELOS

147 - N.º DOCT. VASCONCELOS

148 - N.º DOCT. VASCONCELOS

149 - N.º DOCT. VASCONCELOS

150 - N.º DOCT. VASCONCELOS

151 - N.º DOCT. VASCONCELOS

152 - N.º DOCT. VASCONCELOS

153 - N.º DOCT. VASCONCELOS

154 - N.º DOCT. VASCONCELOS

155 - N.º DOCT. VASCONCELOS

156 - N.º DOCT. VASCONCELOS

157 - N.º DOCT. VASCONCELOS

158 - N.º DOCT. VASCONCELOS

159 - N.º DOCT. VASCONCELOS

160 - N.º DOCT. VASCONCELOS

161 - N.º DOCT. VASCONCELOS

162 - N.º DOCT. VASCONCELOS

163 - N.º DOCT. VASCONCELOS

164 - N.º DOCT. VASCONCELOS

165 - N.º DOCT. VASCONCELOS

166 - N.º DOCT. VASCONCELOS

167 - N.º DOCT. VASCONCELOS

168 - N.º DOCT. VASCONCELOS

169 - N.º DOCT. VASCONCELOS

170 - N.º DOCT. VASCONCELOS

171 - N.º DOCT. VASCONCELOS

172 - N.º DOCT. VASCONCELOS

173 - N.º DOCT. VASCONCELOS

174 - N.º DOCT. VASCONCELOS

175 - N.º DOCT. VASCONCELOS

176 - N.º DOCT. VASCONCELOS

177 - N.º DOCT. VASCONCELOS

178 - N.º DOCT. VASCONCELOS

179 - N.º DOCT. VASCONCELOS

180 - N.º DOCT. VASCONCELOS

181 - N.º DOCT. VASCONCELOS

182 - N.º DOCT. VASCONCELOS

183 - N.º DOCT. VASCONCELOS

184 - N.º DOCT. VASCONCELOS

185 - N.º DOCT. VASCONCELOS

186 - N.º DOCT. VASCONCELOS

187 - N.º DOCT. VASCONCELOS

188 - N.º DOCT. VASCONCELOS

189 - N.º DOCT. VASCONCELOS

190 - N.º DOCT. VASCONCELOS

191 - N.º DOCT. VASCONCELOS

192 - N.º DOCT. VASCONCELOS

193 - N.º DOCT. VASCONCELOS

194 - N.º DOCT. VASCONCELOS

195 - N.º DOCT. VASCONCELOS

196 - N.º DOCT. VASCONCELOS

197 - N.º DOCT. VASCONCELOS

198 - N.º DOCT. VASCONCELOS

199 - N.º DOCT. VASCONCELOS

200 - N.º DOCT. VASCONCELOS

201 - N.º DOCT. VASCONCELOS

202 - N.º DOCT. VASCONCELOS

203 - N.º DOCT. VASCONCELOS

204 - N.º DOCT. VASCONCELOS

205 - N.º DOCT. VASCONCELOS

206 - N.º DOCT. VASCONCELOS

207 - N.º DOCT. VASCONCELOS

208 - N.º DOCT. VASCONCELOS

209 - N.º DOCT. VASCONCELOS

210 - N.º DOCT. VASCONCELOS

211 - N.º DOCT. VASCONCELOS

212 - N.º DOCT. VASCONCELOS

213 - N.º DOCT. VASCONCELOS

214 - N.º DOCT. VASCONCELOS

215 - N.º DOCT. VASCONCELOS

216 - N.º DOCT. VASCONCELOS

217 - N.º DOCT. VASCONCELOS

218 - N.º DOCT. VASCONCELOS

219 - N.º DOCT. VASCONCELOS

220 - N.º DOCT. VASCONCELOS

221 - N.º DOCT. VASCONCELOS

222 - N.º DOCT. VASCONCELOS

223 - N.º DOCT. VASCONCELOS

224 - N.º DOCT. VASCONCELOS

225 - N.º DOCT. VASCONCELOS

226 - N.º DOCT. VASCONCELOS

227 - N.º DOCT. VASCONCELOS

228 - N.º DOCT. VASCONCELOS

229 - N.º DOCT. VASCONCELOS

230 - N.º DOCT. VASCONCELOS

231 - N.º DOCT. VASCONCELOS

232 - N.º DOCT. VASCONCELOS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
2.503.893 -2	08/08/2013
NOME	
TALYTA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA	
FILIAÇÃO	
GILVAN GONÇALVES DE LIMA FILHO	
LÚCIA DE FÁTIMA VIEIRA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
RIO DE JANEIRO-RJ	15/12/1980
DOC ORIGEM	
NASC.N.025474 FLS.180 LIV.0083	
CARTÓRIO RIO DE JANEIRO-RJ	
CPF	
008.594.794-63	
Ido Pessoal - P3	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEP. F.A.MEN. C. DE IDENTIFICAÇÃO	
V-02 P-234	
	
	
ASSINATURA DO TITULAR	
Talita de Lima Gonçalves de Lima	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN - PB Nº 01545525856

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20190100101686-0

EXERCÍCIO 2019

0041307479-0 00/00000000 2019

NOME TATYTA VIEIRA

PLACA 00859479463

CHASSI PB 9C2JC4810CR001244

COMBUSTÍVEL GASOL

ANO FAB 2011

ANO MOD 2012

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 KS

CAP / POT / CIL 2 P/124 / CI PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS 2

FAIXA / PVA 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0

IOF (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 29/11/2019

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES

A.E. BANCO BRADESCO FINANC SA

LOCAL CAMPINA GRANDE-PB

DATA 29/11/2019

7420

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

PB Nº 01545525856 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 29/11/2019

PLACA 0FF5259/PB

CPT / CNPJ 00859479463

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 KS

RENAVAM 0413074790

ANO FAB 2011

ANO MOD 2012

CAT. DTA 9

Nº CHASSI 9C2JC4810CR001244

PREMIO TARIFARIO

IOF (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 29/11/2019

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES

A.E. BANCO BRADESCO FINANC SA

LOCAL CAMPINA GRANDE-PB

DATA 29/11/2019

7420

7420-1616483-20191129

CNPJ 09.248.608/0001-04

SEURADORA LIDER - DPVAT

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

7420-1616483-20191129

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118332/20

Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

CPF: 008.594.794-63

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 23/01/2020

Titular do CPF: TALYTA VIEIRA
GONCALVES DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA : 008.594.794-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020
Nome: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA
CPF: 008.594.794-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151997 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA **Data do acidente:** 23/01/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.19.21.27.28_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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