

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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 integra: 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 Catolé; 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 POLICIA 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 fé.

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



Lucena/PB, 16 de março de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

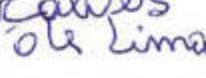
Agente de Investigação

Governo do Estado

Sec. de Segurança Pública

Alexandre J. N. de Souto Lima

Comissário - Mat. 157.356-0


TALYTA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA 

Noticiante



TESTEMUNHAS

38 - 1º Nome:	38 - CPF:	38 - Assinatura da testemunha	36 - CPF legal de quem assina a pedido (a rogo)	36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
39 - 2º Nome:	39 - CPF:	39 - Assinatura da testemunha	40 - Local e Data:	40 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura da testemunha				

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima de roubo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima de roubo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	34 - Assinatura da testemunha
Este cliente de que a Seguradora Lider PGBR, caso devida, a indemnização ou déclarado não verificado pode gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por artigo 299 do Código Penal.						
25 - Gênero de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima de roubo compaixente(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima de roubo compaixente(a), informar o nome completo:	Assinatura da testemunha			
23 - Estado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Data da morte da vítima:	Assinatura da testemunha					

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE Morte						
Declaro que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discripare de seu conteúdo.						
Solicito a permanência da avaliação médica para fins de Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada em跟我對話						
• O IMI que atende a regras de credito ou da minha residência realiza previsões para fins de Seguro DPVAT; ou						
• O IMI que atende a regras de credito ou da minha residência não realiza previsões para fins de Seguro DPVAT; ou						
• Não há IMI que atende a regras de credito ou da minha residência; ou						
Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:						
Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de						

22 - DECLARAÇÃO DE Ausência de LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE						
Autentico a Seguradora Lider a credito a credito e de modo a somente após a avaliação de credito, quitação total do valor recebido.						
• que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde que a somente após a avaliação de credito, quitação total do valor recebido.						
• que eu tiver direito, reconhecendo e dando, de minha bancaira informada, de minha titularidade, o valor da indenização/rembolsos do Seguro DPVAT						
AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> 4993 <input type="checkbox"/> 6 CONTA: <input type="checkbox"/> 10149964						
(informar o dígito de escrita) (informar o dígito de escrita)						
Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)						
Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)						
CONTA POUPANCA (somente para os bancos abaixo. Atualize uma opção)						
21 - DADOS BANCARIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (Pais, Curador/Tutor)						
RENDIMENTO <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$100,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA						
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:						
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).						
18 - CPF do Representante Legal:						
19 - Profissão do Representante Legal:						

17 - Nome completo do Representante Legal:						
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (Pais, Tutor e Curador) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR						
16 - Telefone (000): <i>(83) 99826-8537</i>						
15 - E-mail: <i>arlene.bh@abc.com.br</i>						
11 - Bairro: <i>Prado</i>						
7 - Profissão: <i>Aluna</i>						
8 - Endereço: <i>Fluxo 101/1234567890</i>						
9 - Número: <i>58401-318</i>						
10 - Complemento: <i>14 - CEP: 58401-318</i>						
5 - Nome completo: <i>Taelys Lúcia Gomariz de Lima</i>						
6 - CPF: <i>008-594-993-63</i>						
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 445/2012						
2 - N° do Instituto ou ASL: <i>0118332-20</i>						
3 - CPF da vítima: <i>008-594-993-63</i>						
4 - Nome completo da vítima:						
Escolha os(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> Morte						
PEDIDO DO SEGURO DPVAT						
LIDER Seguradora						

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: 00001014964-9

Nr. Autenticação

BRADESCO05052020050000000002370049300001014964168750 PAGO

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-época de conta.

Reservado para simples pagamento da conta Borrboleta da energisa energia.

Nº 005.541.599

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. 14.000.000-1

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: 602.308.461-49				
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 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



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

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

DIA 23/01/2020

m	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	21-06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 6h/6h	20-06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	00
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06

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

chxant 0001, sc, 1x/dia
fe/la tipo folha 22

ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		CARACTERÍSTICAS DEFINidorAS	
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS		
PADRÃO RESPIRATÓRIO (INEFICAZ)	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> TOSFÉNIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORIOPNÉIA <input type="checkbox"/> OUTRO	
DEFÍCIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DESCONFORTO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ARTICULAR <input type="checkbox"/> PREJUIZOS MUSCULO-ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> DIFICULDADE PARA VIRAR-SE <input type="checkbox"/> MOVIMENTOS DESCONTROLADOS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SP _O 2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%			<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Eficaz
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA			<input type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO			<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO			
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			
<input type="checkbox"/> AVAIIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			
<input type="checkbox"/> AVAIIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS			
<input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO			
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVAIIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS			<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
<input type="checkbox"/> ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO			
<input type="checkbox"/> AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO			
<input type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS			<input type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS			
OUTRO			

9. HISTÓRIA DE QUEDA NO ÚLTIMO 3 MESES:

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 DISTURBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? SIM NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

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

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: *Tatita Oliveira*

IDADE: 31 SEXO: F

ENF/LEITO:

DATA: 21/01/20

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: DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () INTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

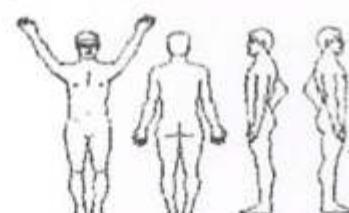
localização anatômica da ferida; Curativo em: _____ / _____ / _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMPEZA FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA



5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
13h00	140x80										SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

CRM/PR-3335
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PR-3335)

AGUARDADO EXAMES
CONTALA GESSADA

MATRIZA PLATO TRIAL DIREITO
DATA: 24/01/2020 HORA: 07:50:10

VOLICAO

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML EV, 8/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2ML EV, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE EV, 12h/12h	
5	RECONSTITUIR 2ML ABD.	
6	OMEPRAZOL 150 MG 24h/24h (ADM AS 8h)	
	Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	

MEDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PR-3335) /

DATA: 24/01/2020

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

CRM/AMARELA Eletrônico: 4 Lote: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TRIAL DIREITO

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

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRICAO MEDICA

Médico (a) Diártico: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PR-3335)
Número: 075203
Data: 24/01/2020
CNPJ: 10.848.190/0001-55

LEME SORRIRANIA





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

Clinica: 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	CT
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	00-00
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 6h/6h	12-18
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	00-00
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	12-06

/OLUÇÃO

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

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
TRIPOEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 8662

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCAS DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> BATOMENTO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNEIA <input type="checkbox"/> OUTRO
DEFÍCIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DESCONFORTO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ARTICULAR <input type="checkbox"/> PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> DIFICULDADE PARA VIRAR-SE <input type="checkbox"/> MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		
PREScriÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input checked="" type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SP _O 2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA	SN	<input type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
<input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITais		
<input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	caixa	
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUÍDOS		<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
<input type="checkbox"/> ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
<input type="checkbox"/> AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		
<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	Dia 10	
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? SIM NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? SIM NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? SIM NÃO ESTADO MENTAL? AGITADO DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? SIM NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

: 368265 Elizete da S. L. de

1. IDENTIFICAÇÃO	Nome: 38 Dias	SEXO: Fem	ENF/LEITO:	DATA: 20/11/2020
2. HISTÓRIA PREGRESSA	MOTIVO DA INTERNAGÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
3. DORES	MOTIVO DA INTERNAGÃO DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NBR DE W. HORTA)			
4. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	REGLAÇAO NEUROLOGICA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> CONFUSO <input type="checkbox"/> LETARGICO <input type="checkbox"/> COMATOSO			
5. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	LÍNGUAGEM: <input type="checkbox"/> DISFONIA <input type="checkbox"/> DISARTRIA			
6. PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS:	RESPIRAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> CATETER NASAL <input type="checkbox"/> VENTURI <input type="checkbox"/> TRAGUEOSTOMIA <input type="checkbox"/> VMI <input type="checkbox"/> OUTROS:			
7. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	ALTERAGÃO: <input type="checkbox"/> VISO <input type="checkbox"/> AUDÍCIA <input type="checkbox"/> TATO <input type="checkbox"/> OFLATO <input type="checkbox"/> PALADAR OBS:			
8. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	SEGUINÇA FÍSICA: TRANQUILLO <input checked="" type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> AGRESSIVO <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA OBS:			
9. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	ED: A: <input type="checkbox"/> LOCAL OBS:			
10. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	ELIMINAÇÃO INTESTINAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADO <input type="checkbox"/> OUTROS:			
11. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	ELIMINAÇÃO URINARIA: <input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS:			
12. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	INTEGRIDADE FÍSICA E CULTANEO-MUCOSA			
13. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	COLORAGÃO DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCORRADA <input type="checkbox"/> HIPOCORRADA			
14. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	PELE: <input checked="" type="checkbox"/> INTEGRADA <input type="checkbox"/> LESAO <input type="checkbox"/> OUTROS:			
15. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local:			
16. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	CUIDADO CORPÓRAL: <input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDENTE <input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> PARCIALMENTE DEPENDENTE			
17. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	HIGIENE CORPÓRAL: <input type="checkbox"/> SATISFATORIA <input type="checkbox"/> INSATISFATORIA <input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL: <input type="checkbox"/> SATISFATORIA <input type="checkbox"/> INSATISFATORIA			
18. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	LIMPEZA FÍSICA: <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> CADÉIA DE RODAS <input type="checkbox"/> SONO / REPOUSO <input type="checkbox"/> PRESERVADO <input type="checkbox"/> INSÔNIA			
19. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	CUIDADO MÍNICO: <input checked="" type="checkbox"/> PRESERVADA <input type="checkbox"/> PRÉUDICADA <input type="checkbox"/> COOPERAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS:			
20. AVAULAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS	RELIGIÃO: <input type="checkbox"/> PRATICANTE <input checked="" type="checkbox"/> NÃO PRATICANTE			
21. AVAULAGÃO GERAL:	6. NECESSIDADES PSICO-ESPIRITUAIS:			
22. AVAULAGÃO GERAL:	7. AVAULAGÃO GERAL:			



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

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

DIA 26/01/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

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

COLAÇÃO

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

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

nv: ok

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5645

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao

ANOTACOES/INTERCORRENCIAS DE ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICOS	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERISTICAS DEFINIDORAS	DOAGUDA	HIPERTERMINA	MOBILIDADE FISICA	COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%	ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	REAULAR ALTERACOES DE SINAS VITAS	MEDICIA E REVALUAR A DOR APoS ADMINISTRACAO DA MEDICAGAO	APoS ADMINISTRAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	AVALIAR CARACTERISTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR	EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSIVEIS CAUSAS DA DOR	MANUTENGAO DA TEMPERA-	SULTADOS	INCENTIVAR A INGESTAO DE LQUIDOS	METES FISIOLÓGICOS	MORILIDADE FISICA MIGRADA	ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTACAO NO LEITO	AUXILIAR O PACIENTE A DEMUBLAR CONFORME APROPRIADO	OBSEVAR LOCAL DA FERIDA E INSERGAO DO DISPOSITIVO VENOSO	PARA SINAS FLOGISTICOS	TROCAR ACESO VENOSO PERIFERICO A CADA 72HS	OUTRO
DEFICIT NO AUTO-	() OBESIDADE () OUTRO	() PARALISIAS NA PROTRUNICADA HESITRATICA 1. PESSOAL 2. JATIMINHAR ASA DE NARIZ 1. OUTRO PNP 2. HISTERICO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() ANESTESIA () DESIDRATACAO () TRAUMA	() AUMENTO DOS PARAMETROS NORMAIS	() OUTROS	() AGENTES LESIVOS (ex: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	() OUTROS	() OUTRO	() PROBLEMA MUSCULO-ESQUELETICO	() MOVIMENTOS DESCORTICADOS	() PAVORAO RESPIRATORIO E/OU AX	() AJUDICO DIARIDO AS NECESSI	() REAULAR (S) E LAVAGEM DO CABELO	() EXPLICAR AS POSSIVEIS CAUSAS DA DOR	() MANUTENGAO DA TEMPERA-	() INCENTIVAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() ADMINISTRAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() MEDICIA E REVALUAR A DOR APoS ADMINISTRACAO DA MEDICAGAO	() APoS ADMINISTRAR PACIENTE A MOVIMENTACAO NO LEITO	() AUXILIAR O PACIENTE A DEMUBLAR CONFORME APROPRIADO	() PARALISIA FISICA MIGRADA	
DOAGUDA	() AGENTES LESIVOS (ex: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	() ALTERACOES NA PRESSAO SANGUINEA	() OUTROS	() OUTROS	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() DEFICIT NO AUTO-	() OUTRO	() OUTRO	() PROBLEMA MUSCULO-ESQUELETICO	() MOVIMENTOS DESCORTICADOS	() PAVORAO RESPIRATORIO E/OU AX	() AJUDICO DIARIDO AS NECESSI	() REAULAR (S) E LAVAGEM DO CABELO	() EXPLICAR AS POSSIVEIS CAUSAS DA DOR	() MANUTENGAO DA TEMPERA-	() INCENTIVAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() ADMINISTRAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() MEDICIA E REVALUAR A DOR APoS ADMINISTRACAO DA MEDICAGAO	() APoS ADMINISTRAR PACIENTE A MOVIMENTACAO NO LEITO	() AUXILIAR O PACIENTE A DEMUBLAR CONFORME APROPRIADO	() PARALISIA FISICA MIGRADA	
HIPERTERMINA	() OUTROS	() ALTERACOES NA PRESSAO SANGUINEA	() OUTROS	() OUTROS	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() DEFICIT NO AUTO-	() OUTRO	() OUTRO	() PROBLEMA MUSCULO-ESQUELETICO	() MOVIMENTOS DESCORTICADOS	() PAVORAO RESPIRATORIO E/OU AX	() AJUDICO DIARIDO AS NECESSI	() REAULAR (S) E LAVAGEM DO CABELO	() EXPLICAR AS POSSIVEIS CAUSAS DA DOR	() MANUTENGAO DA TEMPERA-	() INCENTIVAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() ADMINISTRAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() MEDICIA E REVALUAR A DOR APoS ADMINISTRACAO DA MEDICAGAO	() APoS ADMINISTRAR PACIENTE A MOVIMENTACAO NO LEITO	() AUXILIAR O PACIENTE A DEMUBLAR CONFORME APROPRIADO	() PARALISIA FISICA MIGRADA	
DOAGUDA	() AGENTES LESIVOS (ex: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	() ALTERACOES NA PRESSAO SANGUINEA	() OUTROS	() OUTROS	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() DEFICIT NO AUTO-	() OUTRO	() OUTRO	() PROBLEMA MUSCULO-ESQUELETICO	() MOVIMENTOS DESCORTICADOS	() PAVORAO RESPIRATORIO E/OU AX	() AJUDICO DIARIDO AS NECESSI	() REAULAR (S) E LAVAGEM DO CABELO	() EXPLICAR AS POSSIVEIS CAUSAS DA DOR	() MANUTENGAO DA TEMPERA-	() INCENTIVAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() ADMINISTRAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() MEDICIA E REVALUAR A DOR APoS ADMINISTRACAO DA MEDICAGAO	() APoS ADMINISTRAR PACIENTE A MOVIMENTACAO NO LEITO	() AUXILIAR O PACIENTE A DEMUBLAR CONFORME APROPRIADO	() PARALISIA FISICA MIGRADA	
MOBILIDADE FISICA	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() OUTROS	() OUTROS	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() DEFICIT NO AUTO-	() OUTRO	() OUTRO	() PROBLEMA MUSCULO-ESQUELETICO	() MOVIMENTOS DESCORTICADOS	() PAVORAO RESPIRATORIO E/OU AX	() AJUDICO DIARIDO AS NECESSI	() REAULAR (S) E LAVAGEM DO CABELO	() EXPLICAR AS POSSIVEIS CAUSAS DA DOR	() MANUTENGAO DA TEMPERA-	() INCENTIVAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() ADMINISTRAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() MEDICIA E REVALUAR A DOR APoS ADMINISTRACAO DA MEDICAGAO	() APoS ADMINISTRAR PACIENTE A MOVIMENTACAO NO LEITO	() AUXILIAR O PACIENTE A DEMUBLAR CONFORME APROPRIADO	() PARALISIA FISICA MIGRADA	
RISICO DE	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() OUTROS	() OUTROS	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() DEFICIT NO AUTO-	() OUTRO	() OUTRO	() PROBLEMA MUSCULO-ESQUELETICO	() MOVIMENTOS DESCORTICADOS	() PAVORAO RESPIRATORIO E/OU AX	() AJUDICO DIARIDO AS NECESSI	() REAULAR (S) E LAVAGEM DO CABELO	() EXPLICAR AS POSSIVEIS CAUSAS DA DOR	() MANUTENGAO DA TEMPERA-	() INCENTIVAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() ADMINISTRAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() MEDICIA E REVALUAR A DOR APoS ADMINISTRACAO DA MEDICAGAO	() APoS ADMINISTRAR PACIENTE A MOVIMENTACAO NO LEITO	() AUXILIAR O PACIENTE A DEMUBLAR CONFORME APROPRIADO	() PARALISIA FISICA MIGRADA	
INFECCAO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() OUTROS	() OUTROS	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() DEFICIT NO AUTO-	() OUTRO	() OUTRO	() PROBLEMA MUSCULO-ESQUELETICO	() MOVIMENTOS DESCORTICADOS	() PAVORAO RESPIRATORIO E/OU AX	() AJUDICO DIARIDO AS NECESSI	() REAULAR (S) E LAVAGEM DO CABELO	() EXPLICAR AS POSSIVEIS CAUSAS DA DOR	() MANUTENGAO DA TEMPERA-	() INCENTIVAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() ADMINISTRAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() MEDICIA E REVALUAR A DOR APoS ADMINISTRACAO DA MEDICAGAO	() APoS ADMINISTRAR PACIENTE A MOVIMENTACAO NO LEITO	() AUXILIAR O PACIENTE A DEMUBLAR CONFORME APROPRIADO	() PARALISIA FISICA MIGRADA	
OUTRO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() OUTROS	() OUTROS	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() DEFICIT NO AUTO-	() OUTRO	() OUTRO	() PROBLEMA MUSCULO-ESQUELETICO	() MOVIMENTOS DESCORTICADOS	() PAVORAO RESPIRATORIO E/OU AX	() AJUDICO DIARIDO AS NECESSI	() REAULAR (S) E LAVAGEM DO CABELO	() EXPLICAR AS POSSIVEIS CAUSAS DA DOR	() MANUTENGAO DA TEMPERA-	() INCENTIVAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() ADMINISTRAR ANALGESICOS CONFORME PRESCRIGAO	() MEDICIA E REVALUAR A DOR APoS ADMINISTRACAO DA MEDICAGAO	() APoS ADMINISTRAR PACIENTE A MOVIMENTACAO NO LEITO	() AUXILIAR O PACIENTE A DEMUBLAR CONFORME APROPRIADO	() PARALISIA FISICA MIGRADA	

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

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: *Talita Viana*

IDADE: *39a*

SEXO: *F*

ENF/LEITO: *04*

DATA: *27/01/2020*

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 DIAGNÓSTICO MÉDICO: *Fx ptoj hibill D*

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS: *MJD*

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

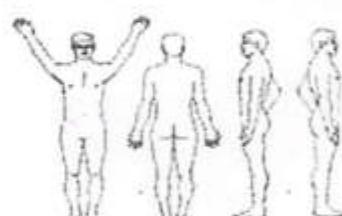
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () INTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

Localização anatômica da ferida; Curativo em: _____ / _____ / _____



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LITIGAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
19:00	120/80	37								Rosa	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



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 DH - 6

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 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 FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	15/1 21-35
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12-33 14/06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	32-34
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	5N
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 28h)	29
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5N
8	DECUBITO MUDANCA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

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

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

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

Wagner Luiz Egito de Araujo
M.R. Ortopedico - M.A.C. 0410/06
CRM - PB 3926



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

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 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 FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	11 22 08
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 24 08
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24 08
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/84 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8h	SN
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2h	CT
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

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

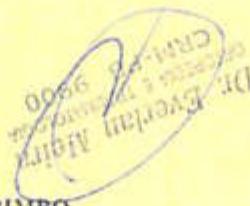
BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CD: VPM
AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICAASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

08:00h - 28/01/20

P: 130
80

27-01-90

Paciente infeliz, seu queixa
meditada, segue os crite-
rios de depressao.

PA - 100 x 70 



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 DHU - 7

Clinica: 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 FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	<i>5/0 5/0</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	<i>12 12</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>12 12</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 ML E.V. TAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	<i>12</i>
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8h	
8	DECUBITO MUDANCA 2/2h	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

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

BEG. ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

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
Dr. ORTOPEDIA - CRM-PB-8926*

ITEM	QUANTIDADE	DESCRICAO DE MATERIAIS	CODIGO	INSTRUMENTADOR		MEDICO	HOSPITAL			
				10	09			08	07	06
01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25

LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



HOSPITAL	000	DATA	CRM	CONVENIO	MEDICO	PROCEDIMENTO

02/01/1974

20/01/1974 555

02/01/1974 555

00:30 00:40

85

60 60

60 60

00000

60 60

60 60

Importing 750

100 100 + 100 100
100 100 + 100 100
100 100 + 100 100
100 100 + 100 100

60 60 60 60
60 60 60 60
60 60 60 60

60 60 60 60

60 60 60 60

60 60 60 60

60 60

60 60

60 60 60 60

60 60 60 60

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>tolita Vieira</u> DN <u>15/12/1980</u> QI <u>—</u> LEITE <u>gata 03</u> CONVÉNIO <u>005</u> IDADE <u>39a</u> REGISTRO <u>2090704</u> CIRURGIA <u>Anel laringe - prfmat de</u> CIRURGIÃO <u>Dr. André - Dr. Praga</u> <u>platô tibial</u> ANESTESIA <u>Ropiv + Sedatives</u> ANESTESIA <u>Dr. Isidro Tonato</u> INSTRUMENTADORA <u>Assistente</u> DATA <u>01/02/20</u> INICIO <u>07:40</u> FIM <u>09:00</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Adrenalina amp. <u>0</u> Calef. p/ Oxo. Catgut cromado Sertix Atropina amp. Catet. De Urinar Sist. Fech. Catgut cromado Sertix Diazepam amp. <u>04</u> Compressa Grande <u>26</u> Catgut cromado Sertix <u>01</u> Dimetil amp. Compressa Pequena Catgut Simples Dolantina amp. Colonoide Catgut Simples Sertix Efrane ml Dreno Catgut Simples Sertix Fenegatil amp. Dreno Kerr n° Catgut Simples Sertix Fentanil ml Dreno Penrose n° Cera p/ osso <u>01</u> Inova ml <u>Midazolam</u> Dreno Pezzer n° Ethibond Ketalar ml Equipo de Macrogotas Ethibond <u>01</u> Mercina curva % ml Equipo de Macrogotas Ethibond Nubatin amp. Equipo de Sangue Fio de Algodão Sertix Pavulon amp. Equipo de PVC Fio de Algodão Sertix Prótagmine amp. <u>4.5</u> Espanadrapo Larco cm Fio do Algodão Sutupak Protoxido l/m Furacim ml Fio de Algodão Sutupak Quelcicin ml <u>10.5</u> Gase Pacote c/ 10 unidades Fita cardíaca Rapifen amp. H.O. ml <u>03</u> <u>20.00</u> Mononylon <u>20.00</u> Thionembutal ml Intracath Adulto Mononylon Tracrium amp. Intracath Infantil Prolene Sertix Qtd. MEDICAÇÕES <u>02</u> Lâmina de Bisturi n° 23 Prolene Sertix Água Destilada amp. Lâmina de Bisturi n° 11 Prolene Sertix <u>01</u> Decadron amp. Lâmina de Bisturi n° 15 Prolene Sertix Dipirona amp. <u>02</u> Luvas <u>7.0 00</u> <u>02</u> Vicryl Sertix <u>10.00</u> Flaxidol amp. <u>05</u> Luvas <u>7.5 00000</u> Vicryl Sertix Flebocortid amp. Luvas <u>8.0</u> Vicryl Sertix <u>2</u> Geramicina amp. Luvas <u>8.5</u> Glucose amp. <u>4.0</u> Oxigênio l/m Glucon de Cálcio amp. Polifix Haemacel ml <u>0.5</u> PVPI Degemante ml Heparina ml <u>0.5</u> PVPI Tópico ml Kanakion amp. <u>0.5</u> Sabão Antiséptico <u>02</u> SG Normotérmico fr 500 ml <u>0.00</u> Lasix amp. Saco coletor <u>01</u> SG Gelado fr 500 ml <u>0</u> Medretinazol. <u>01</u> Seringa desc. <u>10 ml</u> <u>0</u> SG Hipertérmico fr 500 ml <u>01</u> <u>past amiodron</u> Seringa desc. <u>20 ml</u> SG Ring fr 500 ml Prolamina <u>01</u> Seringa desc. <u>05 ml</u> <u>03</u> SG fr 500 ml <u>p/ lavagem</u> Revivan amp. Sonda Stupantan amp. Sonda folley <u>02</u> Cefalotina 1g <u>azotina</u> Sonda Nasogástrica <u>01</u> <u>marcidinha</u> Sonda Uretral n° <u>01</u> <u>Cetotolac</u> Steridrem ml Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES <u>02</u> Agulha desc. 25 x 7 <u>40x12</u> Torneirinha Agulha desc. 28 x 28 Vaseline ml Agulha desc. 3 x 4,5 Gelcon 18 <u>01</u> Agulha p/ racue n° <u>25</u> Latese <u>05</u> <u>gatas</u> <u>03</u> <u>gesso plástico</u> Alcool de Enfermagem Álcool Iodado ml <u>04</u> Ataduras de Crepon <u>00</u> Ataduras de Gessada Azul metileno amp. <u>02</u> <u>Algodão</u> <u>Urticálico</u>							
						EQUIPAMENTOS () Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar () Serra () Eletrocautério () Desfibrilador () Oxicapiógrafo () Foco Frontal () Cardiomonitor () Fonte de Luz () Perfurador Elétrico	
						CIRCULANTE RESPONSÁVEL <u>Melina 123 FCO-2</u>	



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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		<i>1</i>
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		<i>2</i>
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		<i>2</i>
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		<i>2</i>
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		<i>2</i>
TOTAL DE PONTOS:		<i>9</i>

Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Felita Vieira	Idade:	39 g
Convênio:	SUS	Data:	01/02/2020
Procedimento:	Mat. Enxugos fat. de plást. filial D		
Cirurgião:	Dra. Andra	Auxiliar:	-
Início:	07:40	Término:	09:00
		Anestesia:	Raqui + Sedativo

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Okmuron hib - otomul 1, com 1	

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante



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 DH - 8

Clínica: ORTOPEDIA I 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>200g + m 21 00:00</i>	<i>12 20 20 20</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	<i>12 18 21 06</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>12 24</i>
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	<i>SN</i>
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>(500) 20</i>
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8h	
8	DECUBITO MUDANCA 2/2h	<i>SN</i>
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

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

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA CONO 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
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
PRONTUÁRIO:	
N° 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 	

SUS	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			Identidade: 2503893		
ENDEREÇO: BENEDITO MOTA			Idade: 039		
BAIRRO: ALTO BRANCO			PRONTUÁRIO:		
N° 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 					



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

Clínica: ORTOPEDIA I 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	14 32 06
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	18 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 24 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	24
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	510W 22
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	SIN
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	M+N
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	M
9	DECUBITO MUDANÇA 2/II	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

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



RESPONSÁVEL: 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 DIU - 10

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

DIA 02/02/2020

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA	
4	AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h) TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
9	DECUBITO MUDANCA 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: 03W
Ana Maria Da Silva Anselmo
Sexta-Feira, 03/02/2020
Carimbo: 03W
Assinatura: Ana Maria Da Silva Anselmo

Número do Prontuário: 179021 DATA DA CIRURGIA: 01/02/2020

Número do Atendimento: 2090707 Clin: ORTOPEDIA 1 / Ent: 5 / Leit: 2

DESCRÍÇÃO 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: OSTEOSINTSESE 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:

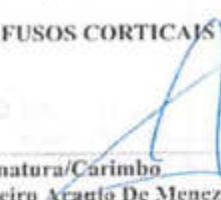
Exame Radiológico no Ato: sim

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:
1- PACIENTE EM DDII SOB ANESTESIA
2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
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 CORTICIAIS 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 CORTICIAIS E
ESPONJOSOS SOB ESCOPIA +
-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%
II- 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	N° PRONTUÁRIO 2090104		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME telma Diana			IDADE 33	SEXO F	COR		
DATA 01/02/20	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAIS	HEMOCOLOMINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS			
	URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUIITE			
AP. CIRCULATÓRIO garrafa anexa 115-4.0					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO		AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL Consciente		ATARÁDICOS	CORTICOIDES		ALERGIA	HYPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO Fr. de plântilíbital				ESTADO FÍSICO ASAI	RISCO				
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA 30' 1h					APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO Salis: <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"/>			
LIQUIDOS	SGH: 500 + 500	SGL: 500	SGB: 500	MANUTENÇÃO Baqui/la- az025 scelar					
COLOPOS VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX. ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240 250					ANESTESIA SATISFEITA: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Nro. 05! 157 dâmero 0.5 decachon 103 cegajulm 21 mucachon 41 lam hilou L.					DESPERTAR Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/> Obstr: <input type="checkbox"/> Co: <input type="checkbox"/> Expt: <input type="checkbox"/> Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>			
POSIÇÃO	O					Com cânula: Paro o Leito Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			
AGENTES	dâmero 5					CONDIÇÕES: Res - Ope			
TECNICA	A. Adrenalinina					CÂNULAS			
OPERAÇÃO	Dr. Prado de Fr. de plântilíbital D								
CIRURGIOS	Dr. Prado e ezequiel								
ANESTESISTAS	G. G. G.								
OBSERVAÇÕES	G. G. G.								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATORIAS E PÓS-OPERATORIAS.								PERDA SANGUÍNEA	

Número do Prontuário: 179021 DATA DA CIRURGIA: 01/02/2020

Número do Atendimento: 2090707 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 5 Le: 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: OSTEOSINTSESE 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 ANTISSEPSIA

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 ESCOPA

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 ESCOPA +

-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

Data 01/02/2020

Assinatura/Carambó
Andre Ribeiro Araujo De Menezes

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		<input checked="" type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	Diária	
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	2/24hrs	
<input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Sempre	<input type="checkbox"/> MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	72 hrs	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 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 NÃODIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? SIM NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? SIM NÃOTERAPIA INTRAVENOSA? SIM NÃO ESTADO MENTAL? AGITADO DISTÚRBIO NEUROLÓGICOPOSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? SIM NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Dr. Valuska Lira de Carvalho
ENFERMEIRA
COREN - PÓ 350.091
29/10/2020

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Talita Siqueira Idade: 39 anos Sexo F Enf/Leito 05/02

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: fractura ilíaca D

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

SÍNCRONIA 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: () INTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTEHIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIALIMPEZA 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 DRENO(mL)	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(0a10)	(Kg)			SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ASSINATURA E CARMÍBO:

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

() Tabagista () Estílistica () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicações em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Plat. fibro

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISPÔNIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

AMPLIAÇÃO: () 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: () INTEGRA () XESÃO () OUTROS: _____

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

Localização anatômica da ferida:

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

CENÉA CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICO-ESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE



7. AVALIAÇÃO GERAL:

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

ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNÉIA <input type="checkbox"/> OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> EXTREMOS DE IDADE <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DECONSUMO ELETROLÍTICO	<input type="checkbox"/> ASCITE <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DRENOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		<input type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> AVAIIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITais	12/12h	
<input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVAIIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Seufr	<input type="checkbox"/> MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILIBRIO DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
<input type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		<input type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input type="checkbox"/> PROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	7d/18	
<input type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	Seufr	
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 DISTÚRIO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Seufr Seufr 01/126.13 01/02/2013
cora

**ESTADO GOVERNO
DA PARAÍBA**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mial Floriano Peixoto, 4700 - Mamboré, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 23/01/2020

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

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 23/01/2020 HORA: 16:19:14

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : Queda de moto

SINAIS VITIAIS

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

DIABETES SIM NAO HAS SIM NAO
DEF. MOTORA SIM NAO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

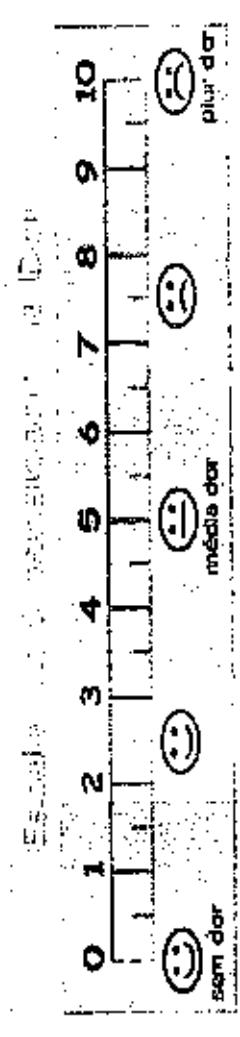
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

SINTOMAS REFERIDOS

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

DIAGNÓSTICO

- FEBRE VÔMITO DIARRÉIA EXANTEMA
 PRURIDO DISPEPSIA DOR INAPETÊNCIA ALTERAÇÕES VISUAIS
 ANAFILAXIA FLEBITE INAPETÊNCIA ALTERAÇÕES VISUAIS
 EPIGASTRALGIA CONSTIPAÇÃO MELENA SÍGILLOS TOSSE



CLASIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE I I às 11 : hs.

DESTINO DO PACIENTE	CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	<input type="checkbox"/> Atto hospitalar / <input checked="" type="checkbox"/> A revélia		
<input type="checkbox"/> Internação (setor)	<input type="checkbox"/> Declaração Médica		
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL	<input type="checkbox"/> Óbito		
	<u><i>Edilson Oliveira da Silva</i></u>		
	<u><i>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</i></u>		

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	2.503.893 -2	VINEXPEDIÇÃO	08/08/2013
NOME	TALYTA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA		
FILIAÇÃO	GILVAN GONÇALVES DE LIMA FILHO LÚCIA DE FÁTIMA VIEIRA		
NATURALIDADE	RIO DE JANEIRO-RJ		
DOC. ORIGEM	NASC. N. 025474 ELS. 180 LIV. 0083 CARTÓRIO RIO DE JANEIRO-RJ CPF 008.594.794-63 João Pessoa - PB		
ASSINATURA DO DIRETOR	LEI N° 7.116 DE 29/08/83		



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118332/20

Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

CPF: 008.594.794-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/01/2020

Titular do CPF: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

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

Valorização 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