



Número: **0830593-84.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **01/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TALYTA VIEIRA (AUTOR)		Raphael Simões Andrade (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44853025	22/06/2021 15:20	<a href="#">Petição</a>	Petição
44853029	22/06/2021 15:20	<a href="#">2776202_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos
44853030	22/06/2021 15:20	<a href="#">2776202_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos

ANEXO





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

Processo n.º 08305938420208150001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TALYTA VIEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO**

**(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)**

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

**- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.



Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**<sup>1</sup>.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente o nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>2</sup>.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

#### **DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 18 de junho de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

<sup>1</sup>SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

<sup>2</sup>APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201081800000042634645>  
Número do documento: 21062215201081800000042634645



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Carta nº 15717095





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

MORTE

INVALEZ PERMANENTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_

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

27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não

30 - Vítima deixou neta(o) (na neta)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não

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

Esta condição, estando o cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

Solicito a Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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.

DADOS CADASTRAIS

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF 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 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

15 - E-mail: \_\_\_\_\_

14 - CEP: \_\_\_\_\_

13 - Estado: \_\_\_\_\_

12 - Cidade: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: \_\_\_\_\_

10 - Complemento: \_\_\_\_\_

9 - Número: \_\_\_\_\_

8 - Endereço: \_\_\_\_\_

7 - Profissão: \_\_\_\_\_

6 - CPF: \_\_\_\_\_

5 - Nome completo: \_\_\_\_\_

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

4 - Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

3 - CPF da vítima: \_\_\_\_\_

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_

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

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora LIDER





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

### 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 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 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  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

TALYTA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA

Noticiante



Procedimento Policial: 00178.01.2020.1.05.101





42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_

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

27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não

30 - Vítima deixou neta(o) (a) (a) ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não

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

Esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

Solicito a Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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.

DADOS CADASTRAIS

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF 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 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

15 - E-mail: \_\_\_\_\_

14 - CEP: \_\_\_\_\_

13 - Estado: \_\_\_\_\_

12 - Cidade: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: \_\_\_\_\_

10 - Complemento: \_\_\_\_\_

9 - Número: \_\_\_\_\_

8 - Endereço: \_\_\_\_\_

7 - Profissão: \_\_\_\_\_

6 - CPF: \_\_\_\_\_

5 - Nome completo: \_\_\_\_\_

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

4 - Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

3 - CPF da vítima: \_\_\_\_\_

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_

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

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER Seguradora



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201172700000042634646

Número do documento: 21062215201172700000042634646

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.

Botão para simples pagamento da rede local/energia 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 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. 15.002.820-1

## 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

JAN/2020

## APRESENTAÇÃO

09/01/2020

## CONSUMO

86

## VENCIMENTO

16/01/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 73,77

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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: 602.308.151-19				
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 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	
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	2h 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	06 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 PRÓPRIO	06

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

chexame wound, sc, 1x/dia  
tala tipo galeto 22



# **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
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		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		( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO ( ) 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 ( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		( ) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO ( ) AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS ( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
OUTRO		

HISTÓRIA DE QUESA 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 NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUESA? ( ) SIM ( ) NÃO  
 ASSINATURA E CARIMBO:





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

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Tatiana Vieira

IDADE:

SEXO: F

ENF/LEITO:

DATA: 24/01/20

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.: \_\_\_\_\_

RREGULAÇÃO 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: \_\_\_\_\_

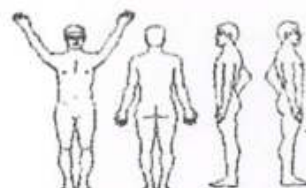
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

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

localização anatômica da ferida: Curativo em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE ( ) 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	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
08h00	140x20										SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 24/01/2020  
Hora: 07:52:03  
Médico (a) Diarista: 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 Enfermaria: 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	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h	
5	OMEFRAZOL 40MG 24h/24h (ADM AS 8h)	
6	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	

### COLUÇÃO

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

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR  
COM TALIA GESSADA  
AGUARDO 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 DHI - 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	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
	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	

### 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 88603

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner de Melo Falcão





NOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

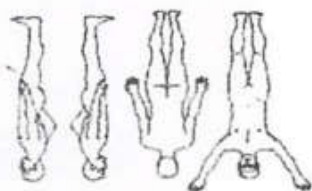
**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATORIA ( ) DISPNEIA ( ) OBSTRUÇÃO 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		RESULTADOS ESPERADOS
( ) 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		( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO ( ) 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 (X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS ( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS ( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS ( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO ( ) AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		( ) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
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 ( ) DISTÚRBO NEUROLÓGICO  
 POSTURA NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO  
 ASSINATURA E CARIMBO: : 309265 Elvete da Silva



[illegible]

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 Falcão /

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

## SOLUÇÃO

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

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

ev: ok

CD: AGUARDA CIRURGIA

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



**ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:**

**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
PADRÃO RESPIRATÓRIO - ( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA	( ) INCAPACIDADE NA PROFUNDIDADE RESPIRATORIA ( ) INEFICIENTE
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA
HIPOTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
MOBILIDADE FÍSICA	( ) ANSIEDADE ( ) DESCONFORTO ( ) RIGIDEZ ARTICULAR	( ) DIFICULDADE PARA VIRAR-SE
PREJUDICADA	( ) PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	( ) MOVIMENTOS DESCONTROLIADOS
RISCO DE INFECÇÃO	( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	
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
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) REALIZAR BANHO NO LETO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		( ) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
( ) 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		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		( ) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
( ) AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO		( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
PARA SINAIS FLOESTICOS		
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
OUTRO		

**9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORGSE)**

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 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: Talita Vieira

IDADE: 39a

SEXO: F

ENF/LEITO: 04

DATA: 27/01/2020

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fx plebs H. 6. 2. 1. 0

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.: \_\_\_\_\_

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

EDEMA: ( ) LOCAL OBS.: MID

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: ( ) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

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

localização anatômica da ferida; Curativo em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ( ) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

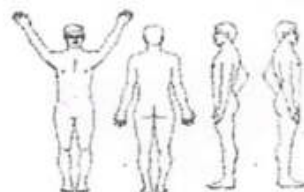
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	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
12:00	120/80		84							Rosa	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





10.1.1.148/projeto/impreso.php?data=2020-01-27&contar=20907078IDC=84209

27/01/2020



29/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-01-29&amp;contar=2090707&amp;IDC=84980

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/01/2020

Horas: 12:04:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo



PARAÍBA  
Governo do Estado

## 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 - 6

Clínica: 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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	<del>32</del> <del>24</del> <del>36</del>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<del>32</del> <del>36</del> <del>24</del> <del>06</del>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<del>32</del> <del>24</del>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 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)	<del>24</del>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SE 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 DISTÚRMAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/++

COM TALA COXO PÔDÁLICA 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 - RACIOLÓGICO  
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: 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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	1/1
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1/2 2/2 3/2 4/2
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/2 2/2 3/2 4/2
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 22h)	2/2
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	CT
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

### EVOLUÇÃO

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

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS

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



28-01-20

Paciente espíavel, sem queixas  
mutilada, segue em tratamento  
do do Exame de Urina.

PA - 100 x 70 @





30/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-01-30&amp;contar=2090707&amp;IDC=85241

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/01/2020

Horas: 11:27:24

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 DHI - 7

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

DIA 30/01/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	<del>500</del> 500
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<del>2</del> 2
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<del>12</del> 12
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NÁUSEA OU VÔMITOS	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<del>24</del> 24
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 DISTERMIAS

DIURESE; + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

Cl. VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito de AraujoDr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
OR. ORTOPEDIA - RUMATOLOGIA  
CRM - PB 8926

HOSPITAL

MÉDICO

INSTRUMENTADOR

ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	01	Placa em I - 04 Eixo	
02	01	Placa em I - 05 Eixo (Extrínseca)	
03	02	Sarrafos com I - 03 Eixo	
04	02	Sarrafos com I - 04 Eixo	
05	02	Sarrafos com I - 05 Eixo	
06	02	Sarrafos com I - 06 Eixo	
07	02	Sarrafos com I - 07 Eixo	
08	02	Sarrafos com I - 08 Eixo	
09	02	Sarrafos com I - 09 Eixo	
10	02	Sarrafos com I - 10 Eixo	
11	02	Sarrafos com I - 11 Eixo	
12	02	Sarrafos com I - 12 Eixo	
13	02	Sarrafos com I - 13 Eixo	
14	02	Sarrafos com I - 14 Eixo	
15	02	Sarrafos com I - 15 Eixo	
16	02	Sarrafos com I - 16 Eixo	
17	02	Sarrafos com I - 17 Eixo	
18	02	Sarrafos com I - 18 Eixo	
19	02	Sarrafos com I - 19 Eixo	
20	02	Sarrafos com I - 20 Eixo	
21	02	Sarrafos com I - 21 Eixo	
22	02	Sarrafos com I - 22 Eixo	
23	02	Sarrafos com I - 23 Eixo	
24	02	Sarrafos com I - 24 Eixo	
25	02	Sarrafos com I - 25 Eixo	

## LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS

HOSPITAL	PACIENTE	MÉDICO	PROCEDIMENTO
COD	DATA	CRM	CONVÊNIO
0090407	01/01/20		0221







# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: *Helena Vieira DN 15/12/1980*

QI: *—* LEITE: *ala 03* CONVÊNIO: *SUS* IDADE: *39a* REGISTRO: *2090404*

CIRURGIA: *Fuot. Anur. p/ mat. de* CIRURGIÃO: *Dr. André - Int. Thiago*

ANESTESIA: *Proq. + Sedação* ANESTESIA: *Dr. Adellh. Donato*

INSTRUMENTADORA: *Marlene* DATA: *01/02/20* INICIO: *07:40* FIM: *09:00*

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		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 <i>Midazolam</i>	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina <i>caína</i> % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido 1/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	03	Mononylon 2.0 cc	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix 1.0 cc	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio 1/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliifix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor	01	SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Plast amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml <i>p/ lavagem</i>	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suptanon amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefalotina 1g <i>ciprolina</i>	Sonda Nasogástrica			
01	Canetida <i>ha</i>	Sonda Uretral n°	01	<i>Placa 1cm x 04 furos</i>	
01	Cetorolac	Sterydrem ml	01	<i>Placa 1cm x 05 furos</i>	
		Torneirinha	02	<i>Luvas 7.5</i>	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	06	<i>Luvas 7.5</i>	
02	Agulha desc. 25x7 <i>40x12</i>	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque n° 25				
0.5	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
0.4	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
0.2	Betadine ml <i>Antisséptico</i>				

EQUIPAMENTOS

(x) Oxímetro de Pulso ( ) Foco Auxiliar

( ) Serra ( ) Eletrocautério

( ) Desfibrilador ( ) Oxícapnógrafo

(x) Foco Frontal (x) Cardiomonitor

( ) Fonte de Luz (x) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: *Helena 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, Dispneia = 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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		9

Isabela Donato  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM 4130

*[Handwritten signature]*

Assinatura do anestesista





## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Talita Lima		Idade:	39a
Convênio:	SUS		Data:	01/02/2020
Procedimento:	Trat. Cirurgico part. do plato tibial (D)			
Cirurgião:	Dr. Andrei	Auxiliar:	-	Anestesista: Dr.º Isabela
Início:	07:40	Término:	09:00	Anestesia: Raqui + Sedação

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

MOD 103



31/01/2020

10.1.1.148/projetohctg/imprimevo.php?datasai=2020-01-31&amp;contar=2090707&amp;IDC=85540

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/01/2020

Horas: 12:14:41

Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito de Araújo

PARAÍBA  
Governo do Estado

## 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 DHI - 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>2000 kcal 27 00:00</i>	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	<i>12/18 24/06</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 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	<i>SN</i>
	SE NAUSEA OU VÔMITOS	
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>(500) (90)</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 PÔDÁLICA D

PRÉ OP OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito de AraújoDr. Wagner Luiz Egito de Araújo  
MÉDICO ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8926

 <b>SUS</b>		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	 	ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE <b>REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>
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 LUIZ 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				

 <b>SUS</b>		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	 	ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE <b>REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>
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 LUIZ 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				







Secretaria de Saúde  
**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 VÔMITOS	51w
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	51w
9	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	M + w
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



02/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

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  
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03

Data: 02/02/2020

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



**PARAÍBA**  
Governo do Estado



**PARAÍBA**  
Governo do Estado

## 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





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 DH1 - 10

Clínica: ORTOPEDIA 1 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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 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 SODICA 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 NECESSARIO + 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

ANSELMO, Ana Maria Da Silva  
Médico(a) Diarista  
10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-02-02&contar=2090707&IDC=86029



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:

Anestesiista: 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 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

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº FOLHA	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME: <i>Helena Vieira</i>			IDADE: <i>39a</i>	SEXO: <i>F</i>	COR	
DATA: <i>01/02/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜINEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONquite	
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATRAVANCOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSÕES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA					APLICADA		EFEITO	
<p><i>30' 1hr</i></p> <p><i>Helena Vieira</i></p>					<p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf: <input checked="" type="checkbox"/> Excit: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/></p> <p>Laringo: <input type="checkbox"/> espasmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/></p> <p>Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></p> <p>Outros: <input type="checkbox"/></p>			
<p>LIQUIDOS</p> <p><i>500 + 500</i></p> <p><i>500</i></p> <p><i>500</i></p>					<p>MANUTENÇÃO</p> <p><i>Baqul / 4-5</i></p> <p><i>agoraz</i></p> <p><i>seletos</i></p>			
<p>COLÓIDES</p> <p>VP. ARTERIAL: 0 PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO: 0 - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO: 0</p>					<p>ANESTESIA SATISF: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Não, por quê? <input type="checkbox"/></p>			
<p>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</p> <p><i>na. 0.5! 1.5, domat. 0.1</i></p> <p><i>deca. 0.1 1.5, cep. 0.1 2.5</i></p> <p><i>na. 0.1 1.5, domat. 0.1</i></p>					<p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/> L</p> <p>Ostr: <input type="checkbox"/> Cu: <input type="checkbox"/> Excit: <input type="checkbox"/></p> <p>Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></p> <p>Outros: <input type="checkbox"/></p>			
<p>POSICÃO</p> <p><i>0</i></p>					<p>Com cânula</p> <p>Para o Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>			
<p>AGENTES</p> <p><i>domat. 3.5</i></p>					<p>CONDICÕES</p> <p><i>Pre-m. - 0.1</i></p>			
<p>TECNICA</p> <p><i>Art. 0.1 1.5, domat. 0.1</i></p>					<p>CÂNULAS</p>			
<p>OPERAÇÃO</p> <p><i>Dr. Bráulio de Fx do plati tibial</i></p>								
<p>CRUÍGIÕES</p> <p><i>Dr. João e equipe</i></p>								
<p>ANESTESISTAS</p>								
<p>OBSERVAÇÕES</p>								
<p>ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.</p>					<p>PERDA SANGÜÍNEA</p>			

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201172700000042634646

Número do documento: 21062215201172700000042634646

Num. 44853030 - Pág. 36



Número do Prontuário: 179021

DATA DA CIRURGIA: 01/02/2020

Número do Atendimento: 2090707 Clín: ORTOPEDIA I / 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 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 ESCÓPIA

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 ESCÓPIA +

-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

Data 01/02/2020

Assinatura/Carimbo  
Andre Ribeiro Araújo 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
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA			( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO			
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		Diário	(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			( ) CONTROLE DA DOR ( MELHORA OU AUSENTE)
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		12/12/20	
( ) 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 À CADA 72HS		72 hs	
(X) 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 ( ) 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:

Drª Valuska L. de Carvalho  
ENFERMEIRA  
COREN - PB 350.098  
29/10/2020





FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (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 ( ) Etílica ( ) 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.: \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO 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

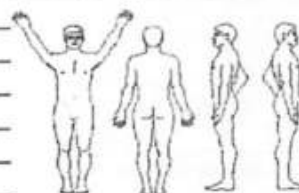
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	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	





# 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Tatiana Freitas Idade: 89 Sexo: F Enf/Leito: 5-2

## 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: 5+ Ponto Tórax 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:

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

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

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

EDEMA: ( ) LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (x) 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: (x) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: (x) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS:

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

BIENESTAR CORPORAL: (x) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

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

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (x) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

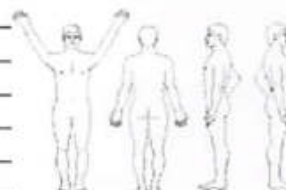
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (x) COOPERATIVO ( ) OUTROS:

## 6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

## 7. AVALIAÇÃO GERAL:

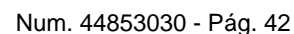
HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
		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



Número do documento: 21062215201172700000042634646



στασι/τα/σε



2021/06/22 15:20  
SUELIO MOREIRA TORRES

ASSINATURA E CARIMBO:

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:	
8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS
PADRÃO RESPIRATÓRIO ( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA ( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR BANHO	DOR AGUDA ( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) HIPERTERMIA ( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA OUTRO
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ( ) EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA RISCO DE DESEQUILÍBRIO ( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA RISCO DE INFECÇÃO ( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS OUTRO	OUTRO
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS ( ) 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 ( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO	( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE ( ) CONTROLE DA DOR (MELHOR RADA OU AUSENTE) ( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO ( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS ( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR ( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO ( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO ( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA ( ) MANUTER 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 ( ) 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 ( ) APOÓS ADMINISTRAR 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 ( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
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	
TÉRCIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRPIO NEUROLÓGICO	
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO	
ASSINATURA E CARIMBO:	





# 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Tristão Vieira Idade: 52 Sexo: M Enf/Leito: 5-2

## 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: Doença

## 4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

AMARRAÇÃO: ( ) 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: ( ) NO ( ) 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

CUIDADO CORPORAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ( ) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS:

## 6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RÉLIGIÃO: ( ) 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)	URENO(ml)	(0a10)	(Kg)		SOG/SNG/SNE	INSERÇÃO
											SVE	
											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 ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNEIA ( ) OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO 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 ( ) 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		
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		( ) CONTROLE DA DOR ( MELHORA OU AUSENTE)
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12/21	
( ) 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)		
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	72hs	
( ) 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 ( ) 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:

*Suelio Moreira Torres*  
 22/06/2021 15:20:12  
 01/02/2021



23/01/2020

GOVERNO  
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mial. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Data: 23/01/2020

Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Nº ATEND: 2090646

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO  
DATA: 23/01/2020 HORA : 18:19:14

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO  
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: 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 ( ) SÍBLOS ( ) TOSSE

ESCALA DE DOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor média dor pior dor

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  
VERMELHO

HTCG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO
						ENFERMEIRO/COREN	

OBS:

ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento  
Jairé Carlos Almeida  
COREN-PB-64.336-ENF

23/01/2020

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Panel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hs.

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

*Suelio Moreira Torres*  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
____	____	____
____	____	____
____	____	____
____	____	____

10.1.1.140/projetoInteg/Impreclassi.php?contar=20190646&dataatend=2020-01-23&horaatend=18:19:14





<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>	
2 - C.N.P.S.: <b>2362856</b>	
3 - NOME DO PACIENTE: <b>FALTA VIEIRA</b>	
4 - DATA DE NASCIMENTO: <b>15/12/1980</b>	
5 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
6 - N.º DO PROXIM. SIBIO: <b>2090707</b>	
7 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
8 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
9 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
10 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
11 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
12 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
13 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
14 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
15 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
16 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
17 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
18 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
19 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
20 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
21 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
22 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
23 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
24 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
25 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
26 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
27 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
28 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
29 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
30 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
31 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
32 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
33 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
34 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
35 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
36 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
37 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
38 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
39 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
40 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
41 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
42 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
43 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
44 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
45 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
46 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
47 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
48 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
49 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
50 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
51 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
52 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
53 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
54 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
55 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
56 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
57 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
58 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
59 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
60 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
61 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
62 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
63 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
64 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
65 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
66 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
67 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
68 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
69 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
70 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
71 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
72 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
73 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
74 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
75 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
76 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
77 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
78 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
79 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
80 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
81 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
82 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
83 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
84 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
85 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
86 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
87 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
88 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
89 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
90 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
91 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
92 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
93 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
94 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
95 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
96 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
97 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
98 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
99 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	
100 - CID 10 DO SÍMPTOMA: <b>83</b>	

Data da internação: 23/01/2020 Hora: 19:21:34

HTCG-Panel Administrativo

23/01/2020



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201172700000042634646

Número do documento: 21062215201172700000042634646

Num. 44853030 - Pág. 48

**SUS**  
Sistema  
Unico de  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de Estabelecimento de Saúde:  
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
2 - C.NES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
4 - C.NES: 2362856

Identificação do Paciente:

5 - NOME DO PACIENTE: TALITA VIEIRA  
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 2090707

7 - CARTEIRO DO SUS: 15/12/1980  
8 - DATA DE NASCIMENTO: 15/12/1980

9 - SEXO: ☒ M ☐ F  
10 - ESTADO CIVIL: ☒ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado

11 - NOME DA MÃE DE RESPOSTA: LUCIA DE FATIMA VIEIRA  
12 - NOME DO PAI DE RESPOSTA: DR VASCONCELOS, ALTO BRANCO

13 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande  
14 - Nº DO ENDEREÇO: 250400

15 - UF: PB  
16 - CEP: 58400002

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

TRATAMENTO PRESTATO ANTES DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

18 - CONDIÇÃO DE SAÚDE ANTERIOR:

NECESSIDADE DE TTO CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS ANTERIORES DE EXAMES DE LAZAROS:

ANAMNESE E EX FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - CLÍNICA: 23 - C.A. ATENDIDA

24 - DATA DO EXAME: 25/01/2020

25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSINANTE: VALTHA MENEZES GUIMARAES

26 - ASSINATURA: 27 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

28 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

29 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

30 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

31 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

32 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

33 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

34 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

35 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

36 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

37 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

38 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

39 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

40 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

41 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

42 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

43 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

44 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

45 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

46 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

47 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

48 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

49 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

50 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

51 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

52 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

53 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

54 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

55 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

56 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

57 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

58 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

59 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

60 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

61 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

62 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

63 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

64 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

65 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

66 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

67 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

68 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

69 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

70 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

71 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

72 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

73 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

74 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

75 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

76 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

77 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

78 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

79 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

80 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

81 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

82 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

83 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

84 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

85 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

86 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

87 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

88 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

89 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

90 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

91 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

92 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

93 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

94 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

95 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

96 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

97 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

98 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

99 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

100 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

101 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

102 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

103 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

104 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

105 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

106 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

107 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

108 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

109 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

110 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

111 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

112 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

113 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

114 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

115 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

116 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

117 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

118 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

119 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

120 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

121 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

122 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

123 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

124 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

125 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

126 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

127 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

128 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

129 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

130 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

131 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

132 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

133 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

134 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

135 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

136 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

137 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

138 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

139 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

140 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

141 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

142 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

143 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

144 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

145 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

146 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

147 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

148 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

149 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

150 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

151 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

152 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

153 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

154 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

155 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

156 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

157 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

158 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

159 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

160 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

161 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

162 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

163 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

164 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

165 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

166 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

167 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

168 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

169 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

170 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

171 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

172 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

173 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

174 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

175 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

176 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

177 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

178 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

179 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

180 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

181 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

182 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

183 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

184 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725

185 - Nº DO VOUCHER DE SOLICITAÇÃO: 980016277881725



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201172700000042634646>

Número do documento: 21062215201172700000042634646

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO 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 CARTORIO RIO DE JANEIRO-RJ
CPF	008.594.794-63
Ido Petrol - PS	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

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







## 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](http://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

