

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200373078

Vítima: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

Data do Acidente: 07/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

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 funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000326259-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373078 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE **Data do acidente:** 07/06/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PÉ DIREITO (LISFRANC). P.4/13

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050.005.634-09 4 - Nome completo da vítima: Alexandre da Cruz Andrade

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

5 - Nome completo: Alexandre da Cruz Andrade 6 - CPF: 050.005.634-09
7 - Profissão: Ricarso 8 - Endereço: José Doroteia Dutra 9 - Número: 69 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Liberdade 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58414-220
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 326259 1 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
de quem
assinou
o pedido
de indenização
por morte

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00332.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00332.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 18:26 horas do dia 13 de outubro 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 Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Alexandre da Cruz Andrade**, conhecido(a) por Xande, CPF nº 050.005.634-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fátima da Cruz Andrade e Aroldo Chaves de Andrade, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 22/09/1983 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Dorotéia Dutra, Nº 69, complemento CASA, bairro Liberdade, tendo como ponto de referência Próximo da "casa do Pão", na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua José Dorotéia Dutra, nº 69, Casa, De Frente Ao Antigo Hospital João Ribeiro, Campina Grande/PB, bairro Liberdade; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/06/20 00:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo NXR 150 BROS ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2008/2008, UF: PB, placa MNS-1652, chassi 9C2KD03308R034505, renavam 0095494789-4, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVA FOI TRANCADO POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA. DESTE TRANCAM VEIO A BATER EM UM PARALELEPÍPEDO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTA ESTADO.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

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, 13 de outubro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

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

ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050.005.634-09 4 - Nome completo da vítima: Alexandre da Cruz Andrade

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

5 - Nome completo: Alexandre da Cruz Andrade 6 - CPF: 050.005.634-09
7 - Profissão: Ricarso 8 - Endereço: José Doroteia Dutra 9 - Número: 69 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Liberdade 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58414-220
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 326259 1 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vinascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 29/09/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000326259-1

Nr. da Autenticação C95D15033593E479

Nº 0027.1148.96.1



Acces: www.energis.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/08/2020				
Pagador: MARIA DE FATIMA ARAUJO DA CRUZ CNPJ/CPF: 113.798.984-04				
RUA JOSE DOROTEIA DUTRA 69 - LIBERDADE - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360002319346	000076186202007	31/07/2020	R\$ 136,11	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



PARAÍBA
Governo do Estado



PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

Data da Internação: 07/06/2020

Data da Alta: 10/06/2020

Registro: 2165758

Tempo de Permanência: -18421

Diagnóstico Inicial: FRATURAS MÚLTIPLAS DO PE

Diagnóstico Final: FRATURAS MÚLTIPLAS DO PE

Cirurgia: SINTESE

Data: 07/06/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JÚNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 10/06/2020

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIÃO DA COLUMNA
CRM/PB 5523

RESPONSÁVEL: Schubert Luigi Costa Rodrigues

FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

PACIENTE: <u>Renando da Cruz Andrade</u>	IDADE: <u>36a</u>
DATA DE CHEGADA NO CC: <u>07/06/2006</u>	HORA: <u>9.05h</u>
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>troca de pte exposta de pte</u>	CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: <u>Dr. Apolônio</u>

ACOLHIMENTO

ESTADO GERAL:	() GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR (X) BOM
PREPARO:	(X) JEJUM TEMPO DE JEJUM: <u>> 12h</u> () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADORNOS
ACESSO VENOSO:	(X) SIM () NÃO () JVP () JVC LOCAL: <u>MLD</u>
VENTILAÇÃO:	(X) AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT
ANTECEDENTES:	() HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO () TABAGISTA () ISOLAMENTO DE: _____ DEVIDO À: _____

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: () SIM () NÃO	NOMES:
RESERVAS SANGÜÍNEAS: () SIM (X) NÃO	() CONC. HEMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS () CRIOPRECIPITADO

CIRURGIAS ANTERIORES:	QUANDO:
EXAMES	() RISCO CIRÚRGICO (X) JEX. LAB. (X) RAIOS-X () USG () TOMOGRAFIA
PRE-OPERATÓRIOS:	TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS:
NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE:	(X) SIM () NÃO LOCAL: <u>MLD</u>

PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O PACIENTE CONFIRMA: (X) IDENTIDADE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO	ALERGIAS CONHECIDAS: (X) NÃO () SIM, DEVIDO A _____
(X) PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: (X) NÃO () SIM
(X) CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA	MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: () NÃO (X) SIM
(X) EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	(X) MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): () SIM (X) NÃO	OBSERVAÇÕES:

ACOLHIDO POR:

Joana Sandelle

TRANSOPERATÓRIO

SALA:

POSICIONAMENTO:	(X) DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITOTÔMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS:
PLACA DE BISTURI:	() SIM (X) NÃO LOCAL:
EQUIPAMENTOS:	() BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL (X) ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS:
USO DE COXINS:	() SIM (X) NÃO LOCAL:

SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(X) TODOS OS Membros DA SALA SE CONHECEM	(X) NOME DO PACIENTE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO
(X) PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: <u>50'</u>	(X) CIRURGIA PROGRAMADA
(X) PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA	(X) PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM <u>cefazolina</u>
	(X) EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA: <u>12h30</u>	<u>Epidural 0.2mg + Morfina</u>	HORA:	
HORA: <u>12h30</u>	<u>Cefazolin 1g + Temax 100mg</u>	HORA:	
HORA: <u>12h30</u>	<u>Difenhidramina + Naloxona</u>	HORA:	
HORA: <u>12h30</u>	<u>Fentanyl</u>	HORA:	
HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
ADMISÃO NA S.O.: <u>12h30</u>	<u>25 x 93</u>	<u>75 bpm</u>	<u>95%</u>
IM DA CIRURGIA: <u>13h00</u>	<u>20 x 58</u>	<u>72 bpm</u>	<u>95%</u>

PROCEDIMENTOS

REALIZADO POR:

DRENOS E CANULAS

() TQT n.º () SNG n.º () SNE n.º	() PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
ACESSO CENTRAL TIPO: _____ LOCAL: _____	() WATERMAN () BLAKE
AVP: _____ CATETER N.º _____	() GUDELL () SUCCÃO
PAM CATETER N.º _____ LOCAL: _____	() DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
SVD n.º _____ BALÃO COM _____ ml ABD () SVA	() IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(X) NOME DO PROCEDIMENTO	(X) CONTAGEM DE COMPRESSAS
(X) ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.	(X) MATERIAIS PARA EXAMES (X) NÃO () SIM
	QUAL: _____
	PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: (X) NÃO () SIM
	QUAL: _____

OBSERVAÇÕES DE SALA:

INTEGRADORES DOS

MATERIAIS

AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO ✓ DT - DRENO TORÁCICO
AVC - ACESSO VENOSO CENTRAL DP - DRENO PENROSE
IC - INCISÃO CIRÚRGICA ✓
C - COLOSTOMIA
N - NEFROSTOMIA
PB - LOCALIZAÇÃO DA PLACA DE BISTURI
PAI - PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA ✓
DVE - DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA
DB - DRENO DE BLAKE

EQUIPE DE TRANSPORTE: Mama / 130

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO- SRPA

HORA DE ADMISSÃO:

ESCALA DE DOR (CIRCULE O NÚMERO)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	LEVE			MODERADA				INTENSA			

MOTIVO:

VOLUME TOTAL:

References

ASPECTO/COR:

ASPECTO/COR:

SINAIS VITAIS						
HORA/SSVV	FC	P.A.	TEMPERATURA	FR	SpO2	HGT

10/10	11/10	12/10	13/10	14/10	15/10	16/10	17/10	18/10	19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	24/10	25/10	26/10	27/10	28/10	29/10	30/10	31/10	1/11	2/11	3/11	4/11	5/11	6/11	7/11	8/11	9/11	10/11	11/11	12/11	13/11	14/11	15/11	16/11	17/11	18/11	19/11	20/11	21/11	22/11	23/11	24/11	25/11	26/11	27/11	28/11	29/11	30/11	1/12	2/12	3/12	4/12	5/12	6/12	7/12	8/12	9/12	10/12	11/12	12/12	13/12	14/12	15/12	16/12	17/12	18/12	19/12	20/12	21/12	22/12	23/12	24/12	25/12	26/12	27/12	28/12	29/12	30/12	31/12
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

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

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

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

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

HORA	CONDUCTA	FECHA	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO
ENTRADA:						

INTERCORRÊNCIAS NA SRPA

() FEMAS	() BEXIGOMA	() DESSATURACÃO	() HIPERTERMIA	() ANAFILAXIA	() PCR REVERTIDA	() ÓBITO
-----------	--------------	------------------	-----------------	----------------	-------------------	-----------

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA

Destino - Mr. Chisick

Feb 25 Sat 24.34

OUTRO:		
--------	--	--

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:	() SIM () NÃO
----------------------	-----------------

REQUISICÃO ANATOMO-	()SIM ()NÃO
---------------------	---------------

REQUISICÃO CULTURA: ☐ SIM ☐ NÃO

DATA/HORA:

AVALIAÇÃO DE ANESTESIA: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA

.....

Downloaded from <http://ajphaphapublications.org/> on July 12, 2017. For personal use only. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without prior written permission from the publisher.

.....

.....

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 101–107

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Alexandre da Cruz, Amador. DN=92/09/1983

QI LEITE Sala 04 CONVÊNIO SUS IDADE 36 REGISTRO

CIRURGIA Fratura de tíbia e fêmur CIRURGIÃO Dr. Agnaldo

ANESTESIA Raqui ANESTESIA Dr. Rafael

INSTRUMENTADORA DATA 07/06/20 INÍCIO 12:15 FIM



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Boia Coostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Serfix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Serfix	
	Diazepam amp.	15		Catgut cromado Serfix	
01	Dimor amp. 0,2mg			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Serfix	
02	Efrane ml			Catgut Simples Serfix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Serfix	
	Fentanyl ml			Cera p/ osso	
	Ingva ml			Ethicon	
	Ketalar ml			Ethicon	
	Mercaína % ml			Ethicon	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Serfix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Serfix	
	Protigmine amp.			Fio de Algodão Sutupak	
	Proxido 1m			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelcin ml	02		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		01	Mononylon 2.0	
	Thionembul ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Qtd.	SOROS	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	Água Destilada amp.	02	SG Normotermico fr 500 ml	02	SE P/ limpeza
02	Decadron amp.		SG Gelado fr 500 ml		
02	Dipirona amp.	03	SG Hipertermico fr 500 ml	02	SG Ring fr 500 ml
03	Flexidol amp.	04	SG fr 500 ml P/ limpeza	04	SE P/ limpeza
03	Fiebacort amp.				
03	Gerammina amp.				
03	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacei ml				
	Heparema ml				
	Kanakion amp.	05			
	Lasix amp.	05			
	Medrolinazol	02			
01	Plasi amp.	01			
	Prolamina	02			
	Reviran amp.				
	Stuplanon amp.				
02	Cefaditina 1g				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	EQUIPAMENTOS		
	Agulha desc. 25 x 7		(X) Oxímetro de Pulso		
	Agulha desc. 28 x 28		() Serra		
	Agulha desc. 3 x 4.5		() Desfibrilador		
01	Agulha p/ raque nº 25	05	() Foco Frontal		
02	Alcool de Enfermagem	01	() Fonte de Luz		
	Alcool iodado ml	03			
	Ataduras de Crepon 30 cm				
	Ataduras de Gossado				
	Aut. metálica amp.				

Número de Prontuário: 50520

DATA DA CIRURGIA: 07/06/2020

Número do Atendimento: 2165758 Clin: ALA AMARELA / Enf: 10 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

Data da Internação: 07/06/2020

Atendimento:2165758

Diagnostico Pré-Operatório:FRATURA-LUXAÇÃO LISFRANC PE

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia:OSTEOSSINTESE

Data da Cirurgia:07/06/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

ANEXO 1: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Ann 2:

x 3:

Instrumentador:JOSE

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: i- PACIENTE EM DDH

2- ASSEPSIA + AS + CAMPOS ESTÉREIS

3- OBSERVADO EDEMA IMPORTANTE, COM SINAIS DE HIPOPERFUSÃO PERIFÉRICA

4- OPTADO PELA DERMIOFASCIOTOMIA COMPRESSIVA

5- AMPLIAÇÃO DA FERIDA + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0.9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

6- REDUÇÃO INCRUENTA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIOS DE KIRSCHNER UTILIZANDO A TÉCNICA DE "PALITEIRO"

7- REVISÃO HEMOSTÁTICA

OBSEVADA MELHORA DA PERFUSÃO PERIFÉRICA

* CURATIVO

Data 07/06/2020

Assinatura/Carimbo
Agnaldo Lima Pereira Junior



4. 2000年12月1日

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandre de Castro Idade: 36 Sexo: M Enf/Leito: 8-4

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fy pi

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE 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.:

5ª) **PARANCA 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 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

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

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO		() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
DEFICIT 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 SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA		() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE Desequilíbrio Eletrolítico		() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO		() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL			() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA			
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL			
ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		Diário	AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO			
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		C. para	CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() 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
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		Sempre	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)			
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO		Sempre	() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
PARA SINAIS FLOGÍSTICOS			
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS			
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			
OUTRO			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO 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:

1. IDENTIFICAÇÃO

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

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 DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) 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 (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

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

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

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 DREN	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () DEBILITAMENTO 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
PP	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(X) 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 (MELHORADA OU AUSENTE)
() 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		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
(X) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
(X) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO 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:



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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

ONT (B.E) Nº: 2165657 CLASS. DE RISCO: **VERMELHO**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.258/0038-52
Data: 07/06/2020
Maf. Floriano Peixoto, 4700 - Mafim, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Atendente: acolhimento

CEP: 58400002 Nascimento: 22/09/1983

Sexo: M Telefone: 3335-7747

Idade: 036 Bairro: LIBERDADE

RG: 2921515 N: 39

CPE: Profissão: SOLDADOR

Data de CNIS: 701007868378592

Atend: 07/06/2020 CONVÊNIO: SUS

Hora: 05:51:20

ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

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

- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1. Cabeça | 15. Postura do pescoço |
| 2. Face | 16. Braço direito |
| 3. Orelha | 17. Braço esquerdo |
| 4. Pescoço | 18. Mão direita |
| 5. Torax | 19. Mão esquerda |
| 6. Costas | 20. Pernas |
| 7. Glúteos | 21. Anos |
| 8. Membros superiores | 22. Genéteos |
| 9. Membros inferiores | 23. Membros inferiores parciais |
| 10. Cabeça | 24. Ombro direito |
| 11. Braço direito | 25. Ombro esquerdo |
| 12. Braço esquerdo | 26. Cotovelo |
| 13. Mão direita | 27. Punho |
| 14. Mão esquerda | 28. Antebraço |
| 15. Pernas | 29. Joelho |
| 16. Anos | 30. Tornozelo |
| 17. Genéteos | 31. Pé direito |
| 18. Membros superiores | 32. Pé esquerdo |
| 19. Membros inferiores | 33. Pé direito - Contuso |
| 20. Pernas | 34. Pé esquerdo - Contuso |
| 21. Anos | 35. Sinal de lesão |
| 22. Genéteos | 36. Sinal de lesão |

EMADURA: % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Acidente de moto, Trauma P= D (externo).

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍN

paciente sem alteração de nível de consciência, com hemiparesia do lado direito, sem alteração de reflexos.

ALERGIA:

Não há alergia conhecida

MEDICAMENTOS:

De Rômulo Gadelha

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Especialista: Dia /

Especialista: Especialista: Dia /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1 Duplex 21/03

2

3 Verificar sig. vit.

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20



GOVERNO DO ESTADO
PARAÍBA

Secretaria de Saúde

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 07/06/2020

Local: Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 07/06/2020

Nome: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE Idade: 036 Nº ATEND: 2165657

DEPARTAMENTO DE TRABALHO : NAO

Data: 07/06/2020 HORA : 05:52:28

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

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

SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

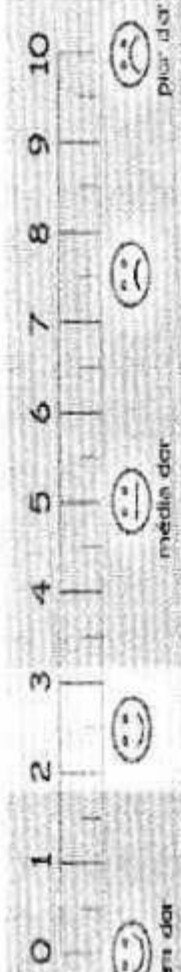
DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA



DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

DO

DIURSE ENFERMEIRO/COREN

FR

TEMP FC

HORA PA

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

SUSSistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856**Identificação do Paciente**5 - NOME DO PACIENTE
ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE6 - N° DO PRONTUÁRIO
21657587 - CARTÃO DO SUS
7010078683785928 - DATA DE NASCIMENTO
22/09/19839 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA DE FATIMA DA CRUZ ANDRADE11 - TELEFONE DE CONTATO
TDP **83** N° DE TELEFONE12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
JOSE DORETEIA DUTRA, 69, LIBERDADE13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande14 - COORDENADA
M **250400**15 - UF
PB16 - CEP
58400002**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO CORTO-CONTUSO PE E18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TTO CIRURGICO19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS
ANAMNESE + EXAME FÍSICO20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA-LUXAÇÃO LISFRANC EXPOSTA PE

21 - TIO DE PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CALNAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTERÍSTICAS
INTEGRAÇÃO28 - DOCUMENTO
EX CNES / CUP29 - N° DO DOCUMENTO CNES CUP DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
98001629677764230 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR31 - DATA DA
SOLICITAÇÃO
07/06/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNES DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNES EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() INDEPENDENTE

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID, DIGNO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO
EX CNES / CUP

47 - N° DO DOCUMENTO CNES CUP DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA
AUTORIZAÇÃO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARAÍBA

VALIDAR TODOS
OS DADOS DO
TERREIRO NACIONAL
1847961574

PROIBIDO PLASTIFICAR
1847961574

NOME
ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

DOC. IDENTIDADE - ORIG. EMISSOR UF
2921515 SSP PB

CH
050.005.634-09

DATA NASCIMENTO
22/09/1983

FILIAÇÃO
AROLD CHAVES DE ANDRADE
MARIA DE FATIMA DA CRUZ ANDRADE

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAENAB
AB

Nº REGISTRO
027630/35477

VALIDADE
23/02/2025

1ª HABILITAÇÃO
24/02/2003

OBSERVAÇÕES

Alexandre da Cruz Andrade
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
28/02/2020

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

43915411546
PB040652025

PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETENANTE

Nº 011545643835

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20150100069670-3

0095494789-4

00/00000000

LEANDRO SALES DOS SANTOS
R VILA N RAINHA SN CASA JEMEA
CENTRO
58400220 CAMPINA GRANDE, PB

01606898485

MNC1652700

SERIAL DO VEÍCULO

PLACA ANT.

CHASSI

NOVO

PB

9C2KD03308R034505

ESPECIE/DPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

2008

2008

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2 P/149 /CI

PARTIC

VERMELHA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : KD03E38034505

CAMPINA GRANDE-PB

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MNS1652**2017**

[Imprimir Consulta](#)**MNS1652**Último Licenciamento: **2017**

Proprietário: *****

Placa: **MNS1652**Combustível: **GASOLINA**Marca/Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**Ano de Fabricação: **2008**Ano Modelo: **2008**Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **VERMELHA**Vencimento Licenciamento: **30/04/2020**

Observação:

Restrição: **Comunicacao de Venda**

Financeira:

Município: **CAMPINA GRANDE**Situação: **IMPEDIMENTO ADMINIST**Data da Consulta: **16/10/2020****PASSA / MOTOCICLET****GASOLINA****HONDA/NXR150 BROS ES****2008 2008****PARTICULAR VERMELHA****30/04/2020****Comunicacao de Venda****CAMPINA GRANDE****16/10/2020**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294955/20

Vítima: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

CPF: 050.005.634-09

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 07/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE : 050.005.634-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/10/2020
Nome: ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE
CPF: 050.005.634-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRE DA CRUZ ANDRADE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA