

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200430986

Vítima: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data do Acidente: 05/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NIXON DA COSTA BORBOREMA

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: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000008497

Conta: 0000072909-8

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0342756/20 3 - CPF da vítima: 022 999 164 58 4 - Nome completo da vítima: Nixon da Costa Barboza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 045/2012

5 - Nome completo: Nixon da Costa Barboza 6 - CPF: 022 999 164 58
7 - Profissão: desempregado 8 - Endereço: Rua Sen. Hermes Ferreira 9 - Número: 600 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bda. Vista 12 - Cidade: Companha Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58428 870
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 986034993

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR, TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (241)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (106)

AGÊNCIA: 8497 ☐ CONTA: 72909 ☐ 8 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 Líder 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (ou nascos)? ☐ 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 Líder 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Companha Grande - PB 30/11/2016

NIXON DA COSTA BARBOZA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 034- 2020	Responsável pelo Levantamento do Acidente: JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA	Posto/Graduação: 3º SGT PM				
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA MONTEVIDEU/ RUA CAPITÃO JOÃO ALVES DE LIRA	Hora 14:25	Bairro PRATA	Município CAMPINA GRANDE	U F PB		
Data/Ocorrência 05/02/2020	Dia da Semana QUARTA	C/S Vítima (QT) COM (01)	Natureza do Acidente COLISÃO TRASEIRA	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA	Tempo BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA + 01 AUTOMÓVEL			Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO VERTICAL E HORIZONTAL			

CONDUTOR 01

Nome: NIXON DA COSTA BORBOREMA	Sexo MASCULINO	Nascimento 18/08/1975	RG 1362363	CPF 022999164-58			
Endereço: RUA ARROJADO LISBOA Nº 600, BAIRRO DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilitação 26/01/2007	Categoria AB	Registro CNH 04026895118	U F PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 03/10/2021	Usava Cinto -	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO - SOCORRIDO			Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA				

VEÍCULO 01

Marca/Modelo HONDA 160	Espécie MOTOCICLETA	Placa QFO-5687	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	U F PB
Nome do Proprietário: NIXON DA COSTA BORBOREMA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 015456514650	Renavam 0109276555-4	Data da Emissão 18/11/2019		
Ávrias: CARENAGEM DO PAINEL, GUIDÃO, 01 RETROVISOR, 02 PISTAS DIANTEIRO, MATA-CACHORRO, 02 ESTRIBOS, PEDAL DE MARCHA, BAGAGEIRO, 01 PISCA TRASEIRA.					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Não foi possível a oitiva do condutor haja vista o mesmo se encontrar sob cuidados médicos.

CONDUTOR 02

Nome: RUTH FERNANDES DE SOUZA	Sexo FEMININO	Nascimento 07/02/1954	RG 1906816	CPF 250730874-53			
Endereço: RUA ALZIRA FIGUEIREDO, Nº 334, CATOLÊ, CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilitação 31/01/1990	Categoria B	Registro CNH 02761951931	U F PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 25/02/2022	Usava Cinto SIM	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Nº DE SÉRIE 05671, Nº DO TESTE 01277, RESULTADO 0,00MG/L			Destino do Condutor PERMANECU NO LOCAL				

VEÍCULO 02

Marca/Modelo TOYOTA ETIOS	Espécie AUTOMÓVEL	Placa QFQ-1135	Categoria PARTICULAR	Município CABEDELO	U F PB
Nome do Proprietário: RUTH FERNANDES DE SOUZA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013814218883	Renavam 01088669473	Data da Emissão 03/04/2018		
Ávrias: PNEU DIREITA TRASEIRA, PARA-LAMA DIREITO TRASEIRO, PARA-CHOQUE TRASEIRO, LANTERNA DIREITA TRASEIRA					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Declarou que vinha transitando pela via "B", no sentido bela Vista/Prata, ao se aproximar do cruzamento entre as vias, a mesma reduziu para entrar à esquerda, sentiu a pancada na traseira do seu veículo.



VITIMA 01		
Nome: NIXON DA COSTA BORBOREMA	Sexo MASCULINO	Nascimento 18/08/1975
Endereço: RUA ARROJADO LISBOA Nº 600, BAIRRO DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB		
Viajava no Veículo Nº VI	Usava Cinto -	Usava Capacete SIM
Condição da Vitima: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre		Conduzida Para: HOSPITAL DE TRAUMA

CONSTATADO	
De acordo com levantamento realizado no local do acidente, vistoria na via e avarias, ficou constatado que o V1(motocicleta Honda) e V2 (automóvel Toyota Etios) transitavam pela via "B"(rua Monte Videl), no sentido bairro da Bela Vista/ Centenário e ao chegarem no cruzamento com a rua Cap. João Alves de Lira houve a colisão traseira. Observações: 1 - As vias são de boas condições, e está bem sinalizada; 2 - O Sentido de circulação da via "A" é feita em mão dupla; 3 - O Fluxo de veículo da via "B" é feita em sentido único; 4 - A Condutora do V2 retirou o veículo do local de repouso; 5 - O V2 estava com o licenciamento em atraso, desta forma feita a notificação pelo artigo 230-V do CTB; 6 - O V1 foi entregue ao senhor Gabriel Jesuino de Almeida, portador do CPF 016.247.034-70, amigo do condutor. Segue croqui anexo. Campina Grande – PB, 20 de março de 2020.  Responsável pelo Levantamento	





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Montevideu - 10,00 metros

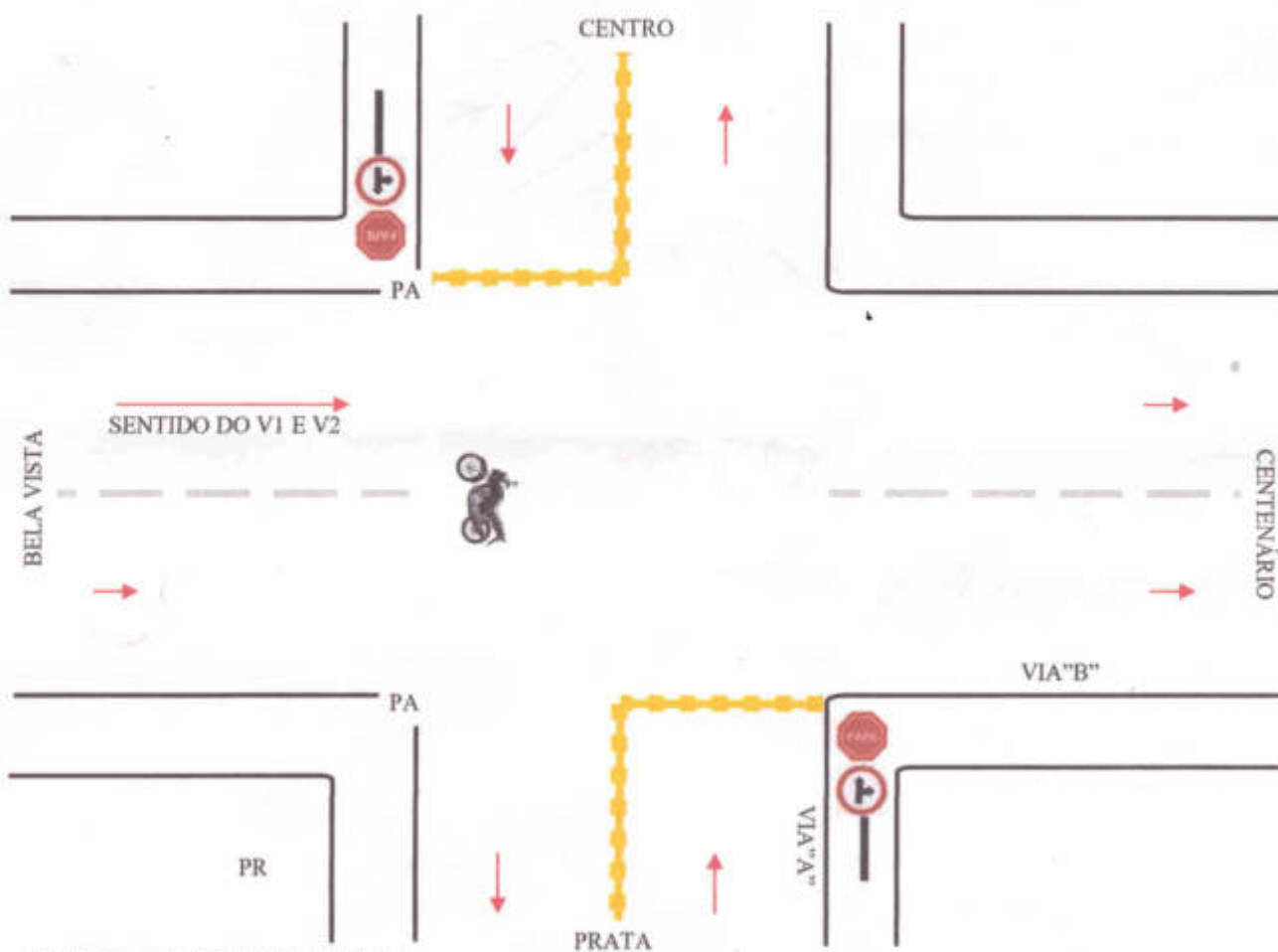
VIA "B" - Rua João Alves de Lima - 10,00 metros

PR (Ponto de Referência): Residencial São Patrício

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixo Dianteiro 07,70 e Eixo Traseiro 07,50 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Retirado do Local de repouso.



(DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA)

AVARIAS



V1


SGT PM João Alves de Almeida
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 034/2020

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
HONDA 160

Placa:
QFO-5687/PB

Responsável pelo Preenchimento:
SGT ALMEIDA

Data:
05/02/2020

MOTOCICLETAS E VEÍCULOS ASSEMBLADOS

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	->DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	->DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	->DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
TOYOTA ETIOS

Placa:
QFQ-1135/PB

Responsável pelo Preenchimento:
SGT ALMEIDA

Data:
05/02/2020

AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X	
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	->DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	->DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas >6	->DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB, 20 de março de 2020.

Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

FOTOS DO V1



3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

FOTOS DO V2

FOTO (01) FRENTE, NÃO FOI POSSÍVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (02) TRASEIRA, NÃO FOI POSSÍVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (03) LADO ESQUERDO, NÃO FOI POSSÍVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (04) LADO DIREITO, NÃO FOI POSSÍVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

3º SGT PM JOSINILDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0342756/20 3 - CPF da vítima: 022 999 164 58 4 - Nome completo da vítima: Nixon da Costa Barboza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 045/2012

5 - Nome completo: Nixon da Costa Barboza 6 - CPF: 022 999 164 58
7 - Profissão: desempregado 8 - Endereço: Rua Sen. Hermes Ferreira 9 - Número: 600 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bda. Vista 12 - Cidade: Companha Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58428 870
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 986034993

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR, TUTOR)

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

☐ Bradesco (257) ☒ Itaú (241)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (106)

AGÊNCIA: 8497 ☐ CONTA: 72909 ☐ 8 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 Líder 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 herdeiros (ou sucessores)? ☐ 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 Líder 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Companha Grande - PB 30/11/2016

NIXON DA COSTA BARBOZA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 5/2/2020	HORA: 14:37 HRS	ID Nº: 2002050095
NOME:	NIXON DA COSTA BORBOREMA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	RUA MONTEVIDÉU - PRATA	
COMPLEMENTO:		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 24 de agosto de 2020.



Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NIXON DA COSTA BORBOREMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08497

CONTA: 000000072909-8

Autenticação:

0B08EA8DF8E95F38CF8C770D23D41124AECB27D3785B7819EBE8A54E28E38913



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.016-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME SEU NOME E
MATRÍCULA

11356480

REFERÊNCIA

SET/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GERAL DA DA COSTA
RUA SEG BERNES FERREIRA, 600 - BELA VISTA CAMPINA
GRANDE PB 58428 - 870

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
018.009.190.0111.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N702486	25/09/2013	EXTERNO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR: 183 ATUAL: 186 CONSUMO (M3): 3 NÚM DE DIAS: 32 PRÓXIMA LEITURA: 07/10/2020						
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
AGO/2020	2	PARAMETROS	EXTG.	ANALIS.	CONFORMES	
JUL/2020	1	TURBIDEZ	178	179	177	
JUN/2020	3	CLORO	178	179	175	
MAI/2020	2	PH	0	0	0	
ABR/2020	3	COR	55	179	158	
MAR/2020	1	COL TOTAIS	178	179	175	
DADOS REFERENTES A: JUL/2020						
MEDIA(M)	2					

DATA DA IMPRESSÃO: 08/09/2020
HORA DA IMPRESSÃO: 12:25:44

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	3 M3	37,91
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	3 M3	30,33
CONSUMO DE ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

19/09/2020

Total a Pagar:

R\$ 68,24



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2099995

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/02/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: NIXON DA COSTA
BORBOREMA

CEP:58400002

Nascimento:18/08/1975

Endereço:ARROJADO BARBOSA

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade:044

Bairro:MONTE SANTO

Nome da Mãe:

RG:

Nº:600

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS:704661646958421

Atend:05/02/2020

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

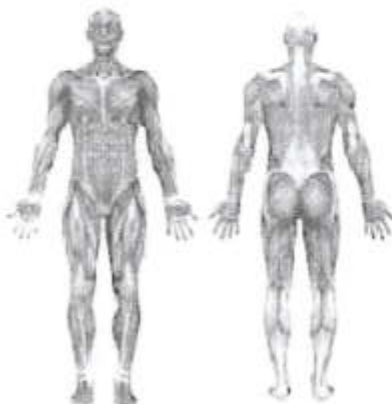
Hora: 15:16:59

CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Acidente de moto / fratura tíbia

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente sem trauma no tórax e crânio,
contusão e laceração na mão - Tórax esquerdo
e fratura da tíbia esquerda.

ALERGIA:

Não há alergia

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes (☒ Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / _____ às _____ Dia ____/____/____

Especialista: _____ / _____ às _____ Dia ____/____/____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipnóico 1/2	
2	na 10/10	
3		
4	Torre log 10	
5	na 10/10	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
REALIZADO EM:
Dr. Ronaldo Gadelha
CRM: 4739
Cirurgia Geral

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
06/02/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mel. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/02/2020

Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 N° ATEND: 2099995

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 05/02/2020 HORA : 15:35:03

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

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

DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO
DEF. MOTORA () SIM () NÃO

ALERGIAS :

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL :

AValiação Neurológica

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor					média dor					pior dor

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

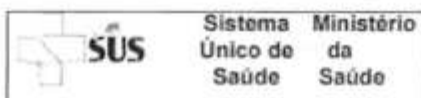
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO COREN
acolhimento

Carla Vianna
ENFERMEIRO COREN
CÓDIGO: 29.177.537

Data da internação: 05/02/2020 Hora: 16:13:09



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

6-2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

NIXON DA COSTA BORBOREMA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2100019

7 - CARTÃO DO SUS

704661646958421

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/08/1975

9 - SEXO

Masc ☒ FFem ☐ F

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DE TELEFONE

000 83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

ARROJADO BARBOSA, 600, MONTE SANTO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO

MUNICÍPIO 250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTA DOR + LIMITACAO DE MOVIMENTO EM MMII E.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AO EXAME: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

SEMILOGIA + EXAME FÍSICO + RADIOLOGIA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

03

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

704304514628896

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/02/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

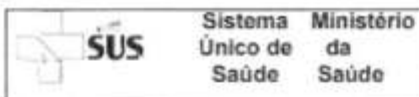
() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

Data da internação: 05/02/2020 Hora: 16:13:09



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES:
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES:
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE:
NIXON DA COSTA BORBOREMA6 - Nº DO PRONTUÁRIO:
21000197 - CARTÃO DO SUS:
7046616469584218 - DATA DE NASCIMENTO:
18/08/19759 - SEXO:
Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO:
83
Nº DE TELEFONE12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
ARROJADO BARBOSA, 600, MONTE SANTO13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
Campina Grande14 - CÓDIGO
MUNICÍPIO:
25040015 - UF:
PB16 - CEP:
58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTA DOR + LIMITACAO DE MOVIMENTO EM MMII E.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AO EXAME: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

SEMIOLOGIA + EXAME FÍSICO + RADIOLOGIA

Dr. Fábio Crispim
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
05 FEV 2020
CRM-PB 9561
TEOT: 16-173

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

704304514628896

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/02/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020

Data da Alta: 21/02/2020

Registro: 2100019

Tempo de Permanência: -18298

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSSESINTESE

Data: 21/02/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: ATB + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES

Condições de Alta: Melhorado

Data: 21/02/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner de Melo Falcao

RESPONSÁVEL : Wagner de Melo Falcao



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/02/2020

Horas: 08:36:39

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 16

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 21/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 4D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
7	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 21/02/2020 HORA: 08:27:52

ORTOPEDIA

2º DPO

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR :2/4 +

NV: PRESERVADO

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD:

ATB + XARELTO 10MG/DIA + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo FalcaoWagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8642



Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/02/2020

Horas: 10:26:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 14

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 19/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao / MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	cl
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	cl 12 18 24 6
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	cl 12 18 24 6
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	cl 24-10
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	cl 24-10
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	cl 24-10
7	PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	cl 12 18 24 6
8	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	cl 12 18 24 6
9	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	cl 12 18 24 6
10	CURATIVOS	cl 12 18 24 6
11	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	cl 12 18 24 6

EVOLUÇÃO

DATA: 19/02/2020 HORA: 10:25:33

PACIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO SEM INTERCORRENCIAS

CD: RX DE CONTROLE

DIETA POS RPA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

Jr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA
CRM - 2100019



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/02/2020

Horas: 06:41:26

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 15

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 20/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	cto
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30 36
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06 12 18 24 30 36
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	12 18 24 30 36
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO FAZER DE 88H	12 18 24 30 36
7	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	12 18 24 30 36
8	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 20/02/2020 HORA: 06:40:53

ORTOPEDIA

1 DPO

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÉRMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR : 2/4 +

NV: PRESERVADO

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD:

VPM

RETIRAR DRENO

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PS 9562

8:30h PA: 140/80 mmHg

P: 7g bpm

T: 37.2°C

PA



Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/02/2020

Horas: 06:40:24

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 13

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 18/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00h)	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18 06 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor	S/N
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	(Suspensão) 22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
8	PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	18 06
9	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	06
10	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
11	CURATIVOS	
12	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 18/02/2020 HORA: 06:39:31

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR :2/4 +

NV: PRESERVADO

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

$$\begin{array}{r} 18 \\ 02 \\ \hline 20 \end{array}$$

$$\text{PA: } \begin{array}{r} 154 \\ 85 \\ \hline \end{array}$$

P. 69 T-36.0'

Y. H. H. H.

~~Dr. Orlano Pereira~~
~~CRM-DO 7102~~



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 17/02/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD,	<i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten signature]</i>
2	PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	<i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten signature]</i>

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/02/2020

Horas: 10:32:56

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 11

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 16/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor	18 06
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	(Feito Reserviz) 22
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
7	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
8	CURATIVOS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 16/02/2020 HORA: 10:32:21

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

12 DIH

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

REMOVIDO FIXADOR EXTERNO; INTRODUIDO TALA COXOPODALICA ; Solicitado bandagem

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907



Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/02/2020

Horas: 09:13:41

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 10

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Letto: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 15/02/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
7	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
8	CURATIVOS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA:15/02/2020 HORA:09:13:16

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

11 DIH

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9900

8h

PA- 140x80

R- 75

T- 350

Realizado curativo MKIC

Maria Fátima da Silva
COREC 514893-TE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 9

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 14/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	1x
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor	1x
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06 F
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	06 F
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	06 F
7	DECBITO MUDANCA 2h/2h	
8	CURATIVOS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/02/2020 HORA: 06:49:44

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMP
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcao

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-18 8643

8:30h PA: 140/90 mmHg

P: 72 bpm

T: 36,2°C

210.



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/02/2020

Horas: 07:15:53

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 8

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 13/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	OK
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 4D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	OK
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	OK
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor	OK
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	OK
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	OK
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	OK
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	OK
9	CURATIVOS	OK
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	OK

EVOLUÇÃO

DATA:13/02/2020 HORA:07:15:38

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 14.452

9:00h PA: 110/90 mmHg

P: 65 bpm

T: 35.4 °C

RD



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/02/2020

Horas: 12:26:51

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 7

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 12/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/24 OK
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18/24 OK
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18/24 OK
5	OMEPRAZOL INJ 40MG . 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	18/24 OK
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	18/24 OK
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	18/24 OK
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	OK
9	CURATIVOS	OK
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	OK

EVOLUÇÃO

DATA:12/02/2020 HORA:12:26:36

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL

SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO LIMPA

EDEMA +/4+

PREOP OK

FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO

Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PS 0582

PA: 141/93. FC: 73 - T: 35.1 Admiana
520125



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/02/2020

Horas: 09:12:34

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 6

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 11/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 2D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06 54 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 54 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06 22
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	5N
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	Atenção
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 11/02/2020 HORA: 09:12:06

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMP
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

CR/Rf

AS 06:00h
pet aceita MVP
+ medicação

obs: pet não
aceita A & Periférico
& medicação.

11
02
20

PN: 126 / 80

FC: 80

T: 36.2

SpO₂: 98%

Emanuel de Silva de Lima
COREN-PB 959.114-TE



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/02/2020

Horas: 10:10:45

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 5

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 10/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 15 24 100
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 15 24 100
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 15 24 100
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	12 15 24 100
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	12 15 24 100
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	S/N
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	CS
9	CURATIVOS	CT
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 10/02/2020 HORA: 10:10:06

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

30.02.20

$P_A = 130 \pm 78 \text{ mmHg}$ $P = 76$ $T = 35.0$

angular
806.682



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/02/2020

Horas: 11:43:38

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

OK

OK

DIA 09/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	12
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	5M 22
7	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
8	CURATIVOS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/02/2020 HORA: 11:42:28

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK

#CD: HEMOGRAMA COM LEUCOCITOSE COM DESVIO À ESQUERDA; AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

Nota: Q/tuane por mais 4 dias.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 2507



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 09/02/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	 


Dr. Euler Fabricio A. Cruz
1º ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9997

PA- 130/70

P-65



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/02/2020

Horas: 11:26:53

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 08/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/02/2020 HORA: 11:26:39

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ

EDEMA ++/4+

PREOP -

#CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

OK

OK

08.02.2020 - 09:00hs

RA: 150 x 95 mm Hg

P: 68 bpm

T: 35°C. *Andrezza Herculan*
452195



Samas todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/02/2020

Horas: 00:52:26

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 2

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 07/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	18 26 39
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 2D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26 39
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 26 39
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 26 39
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	18 26 39
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	18 26 39
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	18 26 39
9	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	18 26 39
10	CURATIVOS	18 26 39

EVOLUÇÃO

DATA: 07/02/2020 HORA: 00:51:26

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ

EDEMA ++/4+

PREOP -

#CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RB 9985 / CRM-RN 8320

8:30h PA: 130/80 mmHg

P: 78 bpm

T: 36,2 °C

~~PA~~!



Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/02/2020

Horas: 10:03:55

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 1

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 06/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06 22
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	22 06
9	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
10	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA:06/02/2020 HORA:10:02:50

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ

PREOP -

#CD: SOLICITO TC JOELHO E PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8965 / CRM-RN 8320

8:30h PA: 130/70 mmHg

P: 55 bpm

T: 36.4°C ~~PA:~~

05/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da Impressão: 05/02/2020
Horas da Impressão: 16:18:16
Médico (a) Diarista : Fabio Marcos Crispim Lima



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019

Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Idade: 044

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 18/08/1975

Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2

Enfermaria: 2

Leito: 3

Diagnóstico:

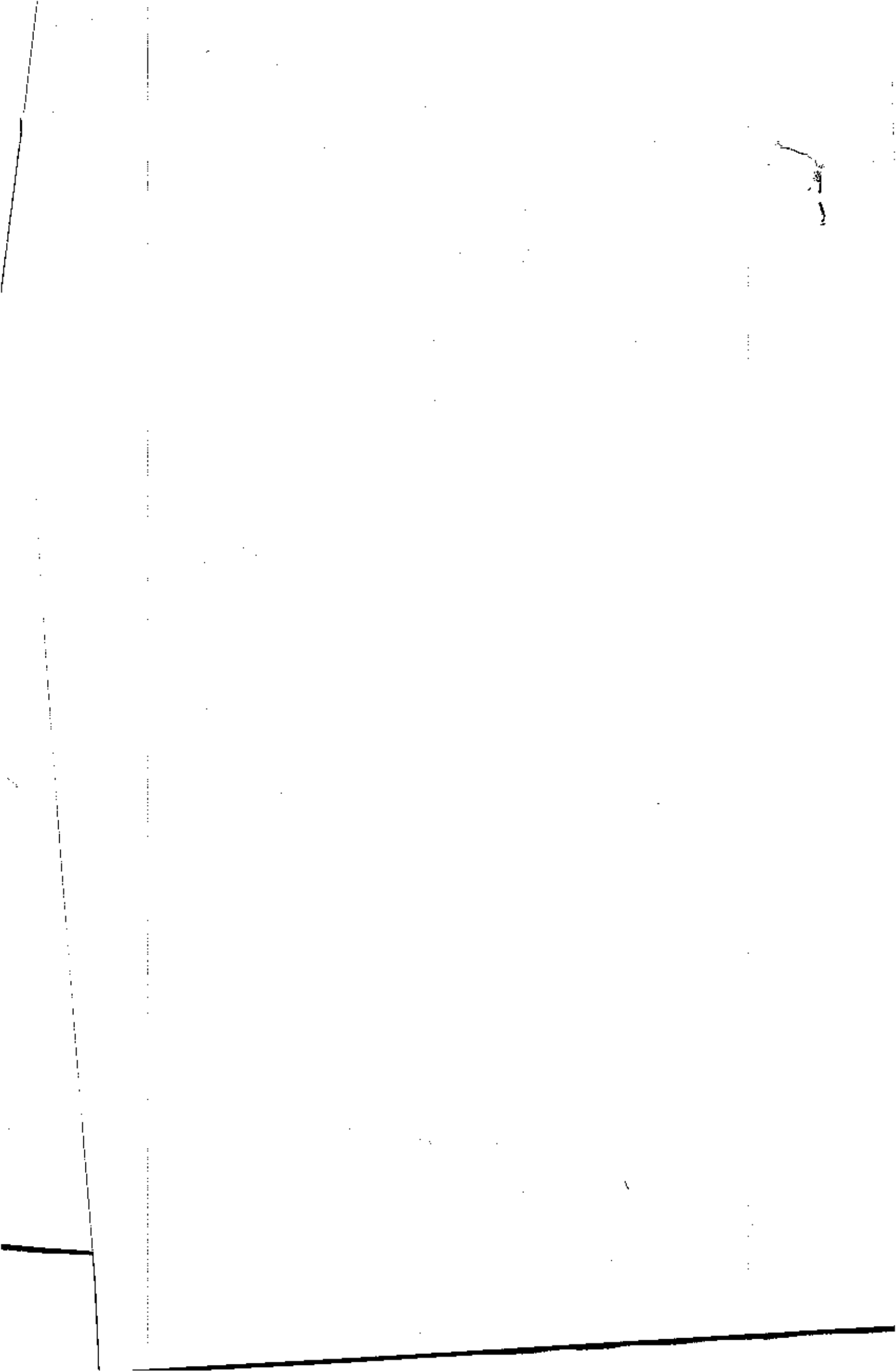
DIA 05/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
5	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO FAZER DE 88H	

Dr. Fabio Crispim
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

05 FEV. 2020

CRM-PE 23.113/CRM-PB 9561
TEOT 16.173



Sr(a): NIXON DA COSTA BORBOREMA	Protocolo: 0000514164	RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ	Data: 16-02-2020 12:45	Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade: 44 anos	Destino: ENF 06 - L.02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/02/2020 12:39]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.5 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,0 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	39,5 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	88 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	12.700 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	508
Segmentados.....	75,0	9.525
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	20,0	2.540
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	1,0	127
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	607.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Emissão : 16/02/2020 12:13 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B7E2-81A2-C414-4B91-D7D7-DF6B-73D0-9B75



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Nixon da Costa Barboza IDADE: 44 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 06/02/2020

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia	() Tontura	() Síncope
() Dispneia de esforço	() Grande	() Pequena
() Palpitações	() Média	() Ortopnéia
() Dor Precordial	() Tosse Seca	() Expectoração
Relacionada () Esforço	() Típica	() Atípica
	() Emoções () Frio	() Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica <u>N</u>	() Hipertensão Pulmonar	() DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus <u>N</u>	() Insut. Cardíaca Congestiva <u>N</u>	() Insuficiência Coronariana <u>N</u>
() Arritmias	() insuf. Renal	() Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____	☒ Tabagismo
() Etilismo	() Sedentarismo
() Dislipidemia	() Cirúrgico _____
	() Outros

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: PCR, 2, 20

FC: 57 b.p.m P.A.: 130 x 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico

Dr. Maria Queiroz Barbosa
Cardiologista
CRM-PB 5653 - RQE 3024

Número do Prontuário: 62525 DATA DA CIRURGIA: 05/02/2020

Número do Atendimento: 2100019 Clia: ORTOPEdia 2 / Enf: 2 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020

Atendimento: 2100019

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR

Data da Cirurgia: 05/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRÉ RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: FÁBIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: diego

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

04- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MIE

6- LIMPEZA COM SF0.9%

07- CURATIVOS

Data 05/02/2020

Assinatura/Carimbo
André Ribeiro Araujo De Menezes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Nixon da Costa Baborema	Idade: 44 anos
Convênio:	Data: 05/02/20
Procedimento: Fixação externa fix. platô tibial (K)	
Cirurgião: Dr. André	Auxiliar:
	Anestesista: Dr. Diego
Início: 17:25	Término: 18:10
	Anestesia Raqui

[illegible][illegible][illegible]

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

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

Isabela Donato
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 4180

19/00

Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		GOVERNO DA PARAIBA			
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
Nixon da Costa Barbosa		SUS	44	2100019	
CIRURGIA		CIRURGIÃO		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
Anestesia		Anestesia		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
Jessiane		05/02/2020	17:25	18:10	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Mercaina pesada % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Pavulon amp. dimorfo 0,2		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix
	Protigmine amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
	Protoxido l/m		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak
	Quelicin ml		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades	01	Fila cardiaca
	Thionembutal ml		H ₂ O ₂ ml		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Mononylon
Qtd.	MEDICAÇÕES		Intracath Infantil		Prolene Serfix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix
	Flebocortid amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix
	Geramicina amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix
	Glicose amp.		Luvas 8.5		
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m		
	Haemacel ml.		Poliflix		
	Heparema ml.		PVPI Degemante ml		
	Kanakion amp.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Lasix amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Medrotinazol.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Stuptanon amp.		Sonda		
02	Gefazoline 1g		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	maux chon		Sonda Nasogática	01	fixador externo
			Sonda Uretral nº		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
02	Agulha desc. 25 x 1,2		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latese		
	Agulha desc. 3 x 4,5				
05	Agulha p/ raque nº 25				
05	Álcool de Enfermagem 70%				
06	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon 20 em				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
			EQUIPAMENTOS		
			☒ Oxímetro de Pulso ☐ Serra ☐ Desfibrilador ☒ Foco Frontal ☒ Fonte de Luz ☐ Foco Auxiliar ☐ Eletrocautério ☐ Oxícapiógrafo ☒ Cardiomonitor ☒ Perfurador Elétrico		
			CIRCULANTE RESPONSÁVEL		

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

1035620

Sr(a): NIXON DA COSTA BORBOREMA Protocolo: 0000512413 RG: NADINEORMADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 06/02/2020 12:46 Origem: CLINICA OPTOMETRICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 44 anos Destino: EST-05-1-02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 06/02/2020 12:44]

Resultados

TESTE DE TUBERÍCULOSE

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3,90 milhões/mm ³	4,0 ± 0,5 x 10 ¹² /mm ³
Hemoglobina.....	11,4 g/dL	12,0 ± 0,5 g/dL
Hematócrito.....	34,5 %	36,0 ± 0,5 %
V.C.M.....	80 fL	82,5 ± 0,5 fL
H.C.M.....	29 pg	31,0 ± 0,5 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	33,0 ± 0,5 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	17.000 /mm ³	(/mm ³)	10.000 ± 3.000 /mm ³
	(%)		
Neutrófilos.....			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	6,0	1.020	40 ± 16 0 - 1.000 ± 1.000 /mm ³
Segmentados.....	80,0	13.600	50 ± 16 0 - 14.000 ± 2.000
Eosinófilos.....	1,0	170	0,0 ± 0,6 0 - 1.000 ± 1.000
Basófilos.....	0	0	
Plaquetas.....			
Tipicas.....	10,0	1.700	20 ± 45 0 - 400 ± 100 /mm ³
Atípicas ou Reativas.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	510	2,0 ± 1,0 0 - 100 ± 50 /mm ³
CONTAGEM DE PLACQUETAS.....	375.000 mm ³		140.000 ± 50.000 /mm ³

OBSERVAÇÕES Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RAISON TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA


Carlos Felipe Torres do Monte Bastos
Biólogo
CRM 5948

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	NIXON DA COSTA BORBOREMA	Protocolo:	0000512413	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	Data:	06-02-2020 12:46	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	44 anos	Destino:	ENF 06 - L 02

GLICEMIA

PARAIBA - CELESA 06/02/2020 10:45

Resultado..... 163 mg/dL

Resultados anteriores:

COMENTÁRIOS..... Sem jejum

Exatidão: PLASMA DE SORO

Exatidão: Analisa, para: KIDNEY, METROLAB 2700

VALORES DE REFERÊNCIA: 70 a 99 mg/dL

Carlos Felipe Souza de Almeida Beldade
Biomédico
CRM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E36F-C7B3-1ED4-ECA1-8C03-1C43-73A6-E6CA



Sr(a):	NIXON DA COSTA BORBOREMA	Protocolo:	0000512413	RG:	NAO INFORMADO
Dn(a):	JULIO CESAR CASTRO	Data:	06-02-2020 12:46	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	44 anos	Destino:	ENF09 - L02

TEMPO DE COAGULACAO..... 8' 00"

Carlos Felipe Souza de Miranda Brito
Ribeirão
Cidade São

HOSPITAL <i>de Emergência e Trauma de C. Grande</i>		COD <i>Brent: 2100019</i>
PACIENTE <i>Nixon da Costa Bonferrama</i>		DATA <i>05/02/20</i>
MÉDICO <i>Dr. André</i>	CRM	CONVÊNIO
PROCEDIMENTO <i>Fix. cirurg. fix. externa dos ossos da Perna</i>		0226



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	<i>01</i>	<i>Fixador externo GD - T400</i>	
02	<i>01</i>	<i>Pinos e Fios metálicos</i>	
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

GO RUFINO LTDA EPP - I. (19) 3806-4251
 CNPJ: 00.425.586/0001-36 Moji Mirim/SP
 CEP: 13806-635
 Resp. Técnico: Wilson de Martinis
 - CREA-SP N.º: 9078023503

Pinos e Fios Metálicos GDFIX (Estéril)
 Cód.: P512045 - Pino de Schanz GDFIX
 Modelo: #5,0x200mm - Rosca Paralela
 Lote: 003812/19 Fabricação: 06/2019
 Validade: 06/2022 Proibido Reprocessar
 Material: Aço Inox ASTM F138
 Registro na ANVISA n.º: 80542260025

MÉDICO _____

HOSPITAL _____

INSTRUMENTADOR *fossiane*

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
 MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 9907

IND 428-544/0001-14 TEL. (11) 3006-4251

REF [IMP] 003884/19

AV. Padre Botelho, 2099 - Tururu - Maji Merlim/SP CEP 13004-425

RESP. Técnica: Nilson Aparecido Martins CRM-SP Nº 9070022902

Fixador Externo Estático Para Ossos Médios e Longos

Material: Aço Inoxidável / Alumínio

REF: FX0106 - GOFIX Grande Duplo T400/200

LOT: 003884/19 CAT: 01 [imp] 05/2015

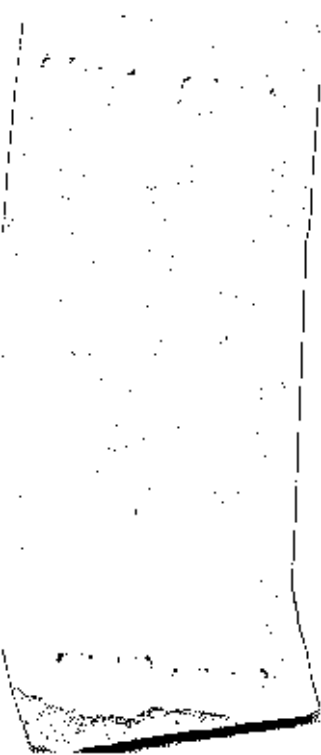
Reg. ANVISA Nº: 80842280004

05/2022

STERILE



Para mais informações consultar no site da Yoo 79 05/2012
Pág 2 de 2





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico:

6.2

DIA 05/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	02 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	04 06
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO FAZER DE 88H	24

Dr. Fabio Crispim
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
05 FEV. 2020
CRM-PE 23.113/CRM-PB 9561
TEOT 16.173



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 05/02/2020
Horas da Impressão: 17:16:30
Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

6.2

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 05/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>OK</i>
2	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>OK</i>

Sr(a): NIXON DA COSTA BORBOREMA Protocolo: 0006512831 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 08-02-2020 16:05 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 44 anos Destino: ES-09-1.02

6.2

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 08/02/2020 16:05]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.16 milhões/mm ³	4.2 a 5.2 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11,8 g/dL	12.0 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	36,0 %	38.0 a 50.0 %
V.C.M.....	87 fL	87.0 a 104.0 fL
H.C.M.....	28 pg	27.0 a 34.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 38.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	12.600 /mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Diferencial		
Neutrófilos.....	0	0
Linfócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Monócitos.....	0	0
Eosinófilos.....	7,0	882
Segmentados.....	73,0	9.198
Basófilos.....	0	0
		12.000 a 16.000 /mm ³
Eritrócitos		
Tipicos.....	16,0	2.016
Atípicos ou Esferocitose.....	0	0
Monócitos.....	4,0	504
CONTAGEM DE PLACQUETAS.....	437.000 mm ³	150.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Observação: LANCES TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Assinatura
Ana Carolina Miguel Agra
Biomédica
CRM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: A244-2-36-1861-DE12-5130-28A5-46E8-4C77

**PARAÍBA**
Governo do Estado*Semear ideias*
PARAÍBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 62525

DATA DA CIRURGIA: 19/02/2020

Número do Atendimento: 2100019 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020

Atendimento: 2100019

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: Data da Cirurgia: 19/02/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO + FIXAÇÃO COM

02 PLACAS EM L DE 10 FUROS + PARAFUSOS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 19/02/2020

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz Egito de Araujo

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Hixon da Costa Borboremas		Idade:	44a	
Convênio:	SUS		Data:	19/02/20	
Procedimento:	Met. Cirurgico de fratura de Placa tibial (E)				
Cirurgião:	Dr. Bruno	Auxiliar:	Dr. Kauler	Anestesista:	Dr. Almir
Início:	07:00	Término:	09:45	Anestesia:	Raque

[illegible][illegible][illegible]

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

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

Dre. Isabela Pinheiro Donato
Anestesiologista
CRM-PB 4180

Assinatura do anestesista



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE

o trabalho: LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia II		
NOME:	Nixon da Costa Borborema		
PROCEDIMENTO:			
☐ AVP:LOCAL:	_____	GELCO Nº: _____	AVC ☐ JEJU ☒
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	☒ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ ADORNOS	☐ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☒ HEMOG	☐ USG	☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO	☒ NÃO SE APLICA		
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO	☒ NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:		

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Nixon de Costa Barboza D.O.: 18/08/75						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
		SUS	44 anos	2100019			
CIRURGIA: Amputação de fêmur de fêmur direito			CIRURGIAO: Dr. Bruno Bulhões + Me. Subgrat		MEZ: Euler		
ANESTESIA: Raqui			ANESTESIA: Dr. Almeida				
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM			
Andre (+11)		19/02/2020	07:00	09:45			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Órg.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
01	Dimor. amp. 0,2		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix		
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak		
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak		
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	08	Mononylon		(2.5).....
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	64	Vicryl Sertix		(1).....
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
01	Fletecortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml				
	Heparema ml		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS		
	Kenakion amp.		Sabão Antiséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda				
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		TM cirurgia		
2g	Clazulina		Sonda Uretral nº	02	placas su L		
			Sterydrem ml	11	parafusos		
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Agulha desc. 28 x 28		Látex				
	Agulha desc. 3 x 4,5						
01	Agulha p/ raque nº 25						
01	Álcool de Enfermagem						
01	Álcool Iodado ml						
	Ataduras de Crepon 15 cm						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						
				EQUIPAMENTOS			
				☒ Oxímetro de Pulso ☐ Serra ☐ Desfibrilador ☒ Foco Frontal ☐ Fonte de Luz			
				☐ Foco Auxiliar ☐ Eletrocautério ☐ Oxícapiógrafo ☒ Cardiomonitor ☒ Perfurador Elétrico			
				CIRCULANTE RESPONSÁVEL			

CLEAN
VAPOR / STEAM
INTEGRADOR QUÍMICO
Referência: 15-AGO-2021
VAL: 15-AGO-2021
Aciliane seja com o padrão for qual a mais segura que a cor da seta.

Garoto 07:30 Retorno OK!

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>NIXON DA COSTA ISORBOREMA</u>				IDADE	SEXO	COR	
DATA <u>19/02/2008</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
					URINA				
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE			
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					<u>FRAT. PLATÓ" FIBIAL E.</u>		ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO			
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
LÍQUIDOS						MANUTENÇÃO			
CÓDIGOS						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:			
POSICÃO									
AGENTES	<u>PROCEDEMO-SE A DISSOLUÇÃO, ETERNO 100, 02</u>								
TÉCNICA	<u>PLATÔ DE LARSEN</u>								
OPERAÇÃO	<u>MED. CIRURGICA C/ 1540 PPT</u>								
CIRURGIÕES	<u>IGNACIO + EULEN + MAGNAN</u>								
ANESTESISTAS	<u>ALAIN</u>								
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA			

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMAS

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

NIXON DA COSTA BORDABREMA

Nº DO PRONTUÁRIO

2400219

Nº AL. H.

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TEST. CÍRUR. DE FICAT. DE PLATO TIBIAL (ESQ.)

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PLACA EM "L" 4,5 LADO ESQ. JOF		01	
PLACA EM "L" 4,5 LADO DIR. JOF		01	
PARAF. CORTICAL 4,5 x 32		01	
" " 4,5 x 30		02	
" " 4,5 x 36		02	
" " 4,5 x 38		01	
" " 4,5 x 40		01	
PARAF. ESPINHO 6,5 x 60	R-15	01	
" " 6,5 x 70	R-16	01	
" " 6,5 x 80	R-16	01	
" " 6,5 x 80	R-32	01	

DATA DA UTILIZAÇÃO

19.02.2020

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. BEUNO BRILHANTE +

OBSERVAÇÕES

DR. EULLER + DR. WAGNER

CX DE G. FRANG. 4,5 Nº 116

CX DE PARAF. 4,5 Nº 161

Dr. Everlan Meira
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 9908

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANICE

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Mixon Idade: 44 Sexo: M Enf/Leito: 6-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: (X) 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.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO (X) 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 DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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: (X) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: ()SIM (X)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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

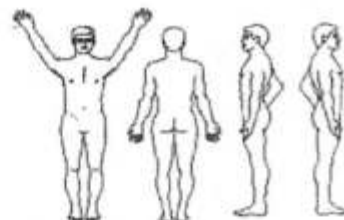
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO	() ABDOME DISTENDI () ANOREXIA
	() HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	(X) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
	() OUTRO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA
	() OUTROS	() RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
	() OUTRO	() TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR	(X) DIFICULDADE PARA VIRAR-SE
	(X) PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS	
	(X) 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		
(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(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
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
(X) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO	diário	(X) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	diário	(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À 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? (X) 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:

Érika de Sousa Miranda
COREN-PB 102681/PNF

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nixon da Costa Idade: 44 Sexo: M Enf/Leito: 6-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias ☒ 1 Qual? Dipiridona Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

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.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida: _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ☒ ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

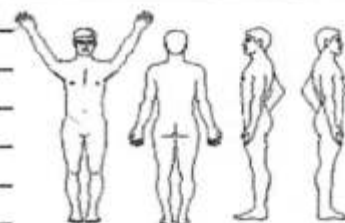
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°c)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
09:00	154-85	36,0	69							<u>[Assinatura]</u>	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 () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR (X) OUTRO	(X) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO (X) 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	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) 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
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() 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) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À 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 () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

 Izeneide N. Vitorino Araújo
 COREN-PB 122484 - ENF

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME MIXON DACOSTA BORBOREMA	
	DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENT. Nº 1362343
	ESTADO SP
	UF
CNPJ 022.999.164-58	DATA NASCIMENTO 18/08/1975
PERIÓDICO SEVERINO BORBOREMA	
GERALDA DA COSTA BORBOREMA	
PERMISSÃO	ACC
CADEIA	AD
Nº REGISTRO 04026095118	VALIDADE 05/10/2021
HABILITAÇÃO 26/01/2007	
OBSERVAÇÕES	
Assinatura do titular da Carteira	
Assinatura do Detran	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	DATA EMISSÃO 05/10/2016
00225596565	
PB033332467	
DETRAN - PB (PARAIBA)	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200430986 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIXON DA COSTA BORBOREMA **Data do acidente:** 05/02/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO / PLACA E PARAFUSOS). P.41/56
ALTA.

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

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 DO JOELHO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200430986 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIXON DA COSTA BORBOREMA **Data do acidente:** 05/02/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO / PLACA E PARAFUSOS). P.41/56
ALTA.

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

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 DO JOELHO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342756/20

Vítima: NIXON DA COSTA BORBOREMA

CPF: 022.999.164-58

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 05/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NIXON DA COSTA BORBOREMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

NIXON DA COSTA BORBOREMA : 022.999.164-58

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: 30/11/2020
Nome: NIXON DA COSTA BORBOREMA
CPF: 022.999.164-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

NIXON DA COSTA BORBOREMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA