
Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303888

Vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEMENTINO CANTALICE NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303888

Vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLEMENTINO CANTALICE NETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303888

Vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEMENTINO CANTALICE NETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200303888

Nome do(a) Examinado(a): FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Endereço do(a) Examinado(a): RUAGERALDO LOURENÇO DE SOUZA, 3, , Pocinhos/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 01/03/2020 - /

Data e local do exame: 03/09/2020 - Campina Grande/PB

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta fíbula direita

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Limpeza cirúrgica

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico sem alterações.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Fratura consolidada, sem limitações.

Dr. Valth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.654 / CRM-PB 6326
TEOT 15.090
CIRURGIA DO JOELHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303888 **Cidade:** Pocinhos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE **Data do acidente:** 01/03/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
GALDINO

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta fíbula direita

Descrição do exame físico: Exame físico sem alterações.

Resultados terapêuticos: Realizado limpeza cirúrgica fratura consolidada, sem limitações.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 03/09/2020

Conduta mantida:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0238382 20 3 - CPF da vítima: 712.554.494-03 4 - Nome completo da vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE

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

5 - Nome completo: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO 6 - CPF: 712.554.494-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA 9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: BOUMOS 13 - Estado: PA 14 - CEP: 5335 000 0
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: CLEMENTINO CANTALICE NETO
18 - CPF do Representante Legal: 033.549.134-76 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTOR

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 03 CONTA: 00563287 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 às 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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (verbo)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 25.08.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0238382 20 3 - CPF da vítima: 712.554.494-03 4 - Nome completo da vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE

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

5 - Nome completo: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO 6 - CPF: 712.554.494-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA 9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: BOUMOS 13 - Estado: PA 14 - CEP: 5335 000 0
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: CLEMENTINO CANTALICE NETO
18 - CPF do Representante Legal: 033.549.134-76 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTOR

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 03 CONTA: 00563287 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 às 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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (verbo)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 25.08.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000109/20

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000109/20 registrada em 27/07/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e sete dias do mês de julho do ano de 2020, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 16:28 horas, compareceu o Sr. CLEMENTINO CANTALICE NETO, com 43 anos de idade, filho de FRANCISCO CANTALICE e IRACEMA RODRIGUES CANTALICE, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAZEIRINHO - PB, União Estável, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.485.825-2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 03859913476, residindo à rua GERALDO LOURENÇO DE SOUZA FILHO, 03, Q-A, LT-3, bairro ÁREA RURAL, na cidade de POCINHOS - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 18h40min do dia 01.03.2020, o seu filho menor FÁBIO LEONARDO CANTALICE GALDINO, portador do RG nº 4.764.983-SSP/PB, CPF nº 712.554.494-03, estava caminhando pela Rua Apolinário Costa, na cidade de Pocinhos/PB, quando ao se aproximar do posto de combustíveis, em um momento de distração tentou fazer a travessia da rua, passando ao lado de um caminhão que estava estacionado, momento em que foi atropelado por um veículo de marca, cor, placas e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que ausentou-se do local, sendo o seu filho jogado ao solo, causando-lhe ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTran, razão pela qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se a vítima sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito a vítima. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 27 de Julho de 2020

Clementino Cantalice Neto

CLEMENTINO CANTALICE NETO

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

Fábio Leonardo Cantalice

Fábio

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0238382 20** 3 - CPF da vítima: **712.554.494-03** 4 - Nome completo da vítima: **PABIO LEONARDO CANTALICE**

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

5 - Nome completo: **PABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO** 6 - CPF: **712.554.494-03**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA** 9 - Número: **3** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **ARRA RURAL** 12 - Cidade: **POUNHOS** 13 - Estado: **PR** 14 - CEP: **5335 000 0**
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **CLEMENTINO CANTALICE NETO**
18 - CPF do Representante Legal: **033.549.134-76** 19 - Profissão do Representante Legal: **AGRICULTOR**
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0041** **03** CONTA: **00563287** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: CONTA:
(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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 às 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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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 - 1ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **João Pessoa, 25.08.20**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SILVANA SANTOS GALDINO
RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA FILHO, 37 QD A LT 3 - ÁREA RURAL
POCINHOS / PB CEP: 58150000 (AQ: 71)

CPF/CNPJ/RAM: 008 279 954-25

Grupo: CONVENCIONAL BAXIA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAXIA RENDA
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 78 - 733 - 830 MP Medidor: 00009120815



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1406013-1

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00014060131

	R\$ 41,48		19/06/2020
	Jun / 2020		115kWh
3,97 kWh MÉDIA DIÁRIA			
FATURAS EM ATRASO			
Mai/20		R\$37,47	
Abr/20		R\$41,87	

DESCRIÇÃO									
CC	Descrição	Quant	Tarifa e Tributos	Valor Base Calc. Total (R\$)	Alq. ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	FG (R\$)	Calote (R\$)	Calote (R\$)
0001	Consumo até 20kWh-SR	30	0,000000	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0001	Consumo - 31 a 100kWh-SR	70	0,000000	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0001	Consumo - 101 a 220kWh-SR	15	0,000000	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0010	Suficiente			97,95	97,95	27	27,74	97,95	3,70
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0004	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			8,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	J.R.D. DE MORA 03/2020			1,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2020			1,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2020			1,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0008	Devolução Suficiente			-59,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 41,48 97,95 27,74 97,95 0,00 3,70
Tarifa e Tributos: 41,48 0,000000 0,000000 0,000000 0,000000 0,000000

RESERVADO AO FISCO 3a30.6873.35a2.c32f.64a8.b2d1.a25.9563									
LEITURAS					Descrição				
Jun/19	99				Serviço de Del. da Energia (R\$)	0,01	0,00	0,00	
Jul/19	100				Comp. de Energia	0,00	0,00	0,00	
Ago/19	95				Serviço de Transmissão	0,00	0,00	0,00	
Sep/19	92				Encargos Selo	0,00	0,00	0,00	
Out/19	94				Impostos Devidos e Encargos	41,47	99,99	0,00	
Nov/19	92				Outros Serviços	0,00	0,00	0,00	
Dez/19	100				Total	41,48	100,00		
Jan/20	131				Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 4/2020) R\$0,00				
Fev/20	119								
Mar/20	129								
Abr/20	128								
Mai/20	111								
Jun/20	106								

*Faturamento por Mês e Anos

MENSAL APURADO TRIMEST. ANUAL									
6,15	0,00	12,20	34,80	720	LIMITE DE TENSÃO (V)				
3,42	0,00	6,85	13,70		NOMINAL				
3,63					CONTRATADA				
12,22					LIMITE INFERIOR				
					LIMITE SUPERIOR				

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 20 de abril de 2002.
- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelo canal virtual: site, App Energisa ON e Whatsapp: (83) 99135-5540.

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima contiver(em) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 27/06/2020. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após esse data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se o cliente não pagar no prazo estabelecido para o fornecimento. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Baxia Renda, tendo um desconto de R\$59,70.

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica M045.710 7-5 - Emissão: 12/06/2020
Sua NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta e pagamento a partir de 12/06/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624 912008 16716.168170 1 82910000004148

PAGADOR: SILVANA SANTOS GALDINO - CPF/CNPJ: 008 279 954-25
RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA FILHO, 37 QD A LT 3 - ÁREA RURAL
POCINHOS / PB CEP: 58150000

Nosso nº	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249/120016716168	001406013202020	19/06/2020	R\$ 41,48	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - CNPJ 09.095.183/0001-40
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880

Agência / Código do beneficiário: 3094-3/2447-3



energis®



5/1406013-1

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00014080131

19/06/2020

115kWh

3.97 kWh
MÉTRÉ PAR ÉLÉMENT

May 20	R\$31.41
Apr 20	R\$41.87

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	41,48	97,95	23,74	97,95	0,00	3,70
Taxa s/ Tributos: Atla 200kWh 0,000000 Atla 1200kWh 0,000000 Atla 2200kWh 0,000000							

RESERVA AO FISCO

3a30.66f3.35e2.c32f.64e8.b2d1.a225.9563

3a30.66f3.35e2.c32f.64e8.b2d1.a225.9563

Jun19	89
Jul19	100
Ago19	95
Sep19	84
Out19	92
Nov19	22
Dez19	100
Jan20	131
Fev20	129
Mar20	129
Abr20	128
Mai20	111
Jun20	106

LEITURAS

Anterior	14/05/20	2011
Atual	13/09/20	2026

Consumo 1154MWh
Período 29 dias
Constante do medidor 1

PRÓXIMA LEITURA

13/07/2020

Cobrança

	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia (R\$)	0,21	0,02
Carga de Energia	0,00	0,00
Serviço de Tensão média	0,00	0,00
Encargos Deletivos	0,00	0,00
Impostos Federais e Encargos	41,47	99,98
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	41,48	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (R\$ 4,2020) R\$0,00

Calculado automaticamente pelo sistema

		DIFERENÇA DA / 2020 - Comparação Pacientes				
METRA		MESESAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)	
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	6.15	0,00	12,20	24,80	NOMINAL	220
Varizes que o cliente ficou sem energia - FIC	3.42	0,00	6,85	13,70	CONTRADA	
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	3.63				LIMITE INFERIOR	203
Duração da interrupção individual em dia crítico - DICR	12.22				LIMITE SUPERIOR	273

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CH e WhatsApp: (81) 99135.5540

REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecedor poderá suspender e partir de 27/09/2020 Conforme Resolução 414/AEANEL. O pagamento após esse dia não elimina a possível responsabilidade do fornecedor por não ter sido comunicado no prazo correto pago não cancela nenhuma obrigação para comprovação. Caso tenha alguma dúvida entre pagamentos, por favor envie uma mensagem. ESTE PRAZO NÃO VÁL PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, ENTÃO SE O PAGAMENTO DO FOMECIMENTO PODERÁ ocorrer a qualquer momento até o decorrer do prazo de 30(diezesseis) dias, com base de fato já emitido a fatura vendida e não paga. Fatura aceita e incluído em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

- Sua unidade foi faturada como Bacia Renda, tendo um desconto de R\$89,70

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - BR 230, Km 25 - Cristo Redentor, João Pessoa/PB - CEP 53071-000
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.922-01

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº045.702.356, Emissão: 12/06/2020

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponivel para consulta e pagamento a partir de 12/05/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 16716.168170 1 82910000004148

PAGADOR: SILVANA SANTOS GALDINO - CPF/CNPJ: 056.278.954-25
RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA FILHO, 3700 ALT 3 - ÁREA RURAL
ROÇARIOS - PR CEP: 82150-000

Nosso Ite	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120016718166	0014060132020305	19/05/2020	R\$ 41,46	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A, CNPJ 09.095.183/0001-40
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080

Agencia / Código do beneficiário: 3094-30347-3





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

PARAÍBA
Governo do Estado

Data: 04/03/2020
NOME: Crismarcos Rodrigues da Silva



PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Data da Internação: 01/03/2020

Data da Alta: 04/03/2020

Registro: 2118201

Tempo de Permanência: -18323

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO PERONIO [FIBULA]

Diagnóstico Final:

Principais Exames: FRATURA DE FIBULA + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA Data de Internamento: 01/03/2020 BOA EVOLUÇÃO, CONTINUA TRAT AMBULATORIAL MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DE EGRESSO, QUALQUER ANORMALIDADE VOLTAR ANTES DA DATA PROGRAMADA.

Data:

Equipe:

Cirurgião: HALLISSON BARROS DE ALMEI

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): FRATURA DE FIBULA + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA Data de Internamento: 01/03/2020 BOA EVOLUÇÃO, CONTINUA TRAT AMBULATORIAL MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DE EGRESSO, QUALQUER ANORMALIDADE VOLTAR ANTES DA DATA PROGRAMADA.

Medicações para Casa: ATB + AINH

Condições de Alta: Melhorado

Data: 04/03/2020

Assinatura/Carimbo

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

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

Crismarcos Rodrigues da Silva
MEDICO - CRM 3335



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/03/2020

Horas: 20:18:06

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2118201 Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO Idade: 014 Sexo: M
Nome da Mãe: SILVANA DOS SANTOS GALDINO Data de Nascimento: 10/02/2006 Admissão: 01/03/2020 DIH - 0
Clínica: PEDIATRIA Enfermaria: 4 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE FIBULA + LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA

DIA 01/03/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA POS RPA	CT
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 12h/12h	22
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	22
4	SAT 5000 UI, IM IM, 01, USO IMEDIATO	22
5	DIPIRONA GOTAS DE 500 MG/ML 10 ML V.O, 01FRASCO, 8h/8h	22
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 12/12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	SIN
7	FISIOTERAPIA MOTORA	CT
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT
9	DECUBITO MUDANÇA	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 01/03/2020 HORA: 20:12:48

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES E FRATURA DE FIBULA SEM DESVIO, SEGUNDO ORIENTAÇÕES DE DR FELIPE MIRANDA. PACIENTE JA DA ALTA DA CIPE E FOI SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NCR CONTUDO O MESMO NÃO ACHOU NECESSÁRIO AVALIAÇÃO

CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR
SAT 5000 UI
AO BLOCO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Fabio Crispim
CRM: 9561 PB
Endereço: Av: Floriano Peixoto, 1045 -
Malvinas
Telefone: (83) 3065-8000
Cidade e UF: Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 28/02/2020

1a. VIA FARMÁCIA
2a. VIA PACIENTE

ASSINATURA

Paciente: BERNADETE LOURDES CARNEIRO

Endereço: RUA: PROJETADA S/N, CAMPINA GRANDE

Prescrição:

Revange, Comprimido revestido (20un) _____ 1 embalagem
Paracetamol 325mg + Cloridrato de tramadol 37,5mg

Tomar 1 comprimido via oral de 8/8 horas, SE DOR

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
RG:
Endereço:
Telefone:
Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Av. Mal. Floriano Peixoto, 1045 - Malvinas
Campina Grande - PB, 58428-111
Telefone: (83) 3310-5850



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 01/03/2020
Horas da Impressão: 21:44:45
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

9.2

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2118201 Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO Idade: 014
Nome da Mãe: SILVANA DOS SANTOS GALDINO Data de Nascimento: 10/02/2006 Sexo: M
Clínica: PEDIATRIA Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE FIBULA + LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA

DIA 01/03/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 0D/7D Diluir em 50 ML SF 1X AO DIA	24

Wagner Luiz Egito de Araujo
Médico Diarista
CRM - PB 8926



Número do Prontuário: 184347

DATA DA CIRURGIA: 01/03/2020

Número do Atendimento: 2118201 Clin: PEDIATRIA / Enf: 4 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Data da Internação: 01/03/2020

Atendimento: 2118201

Diagnostico Pré-Operatório: LESÃO EXTENSA DE PERNA ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC + TENORRAFIA + SUTURA

Data da Cirurgia: 01/03/2020

Equipe:

Cirurgião: HALLISSON BARROS DE ALMEI

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: COSTA

Anestesista: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 OBSERVADO GRANDE QUANTIDADE DE SUJIDADE + LAVADO EXAUSTIVO COM SF(0,9%)

05 LESÃO TOTAL DE NERVO SURAL + LESÃO TOTAL DE TENDÃO EXTENSORES DOS DEDOS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

Data: 01/03/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz E de Araujo

Wagner Luiz E de Araujo
Cirurgião - R. 11.111.111-11
CRM - PB 0026

10/05/20	105/2	RESUMO ARTERIAL	DATA
Nome	RESUMO	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO
GLICÊMIA	UREIA	OUTROS	URINA
ASMA	BRONQUITE	ELASTOCARDIOGRAMA	AP. RESPIRATÓRIO
AP. CIRCULATÓRIO	AP. DIGESTIVO	DENTES	PESCOÇO
ALERGIA	AR. URINÁRIO	HIPOTENSORES	RISCO
ESTADO MENTAL	DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	ANESTESIAS ANTERIORES	APLICADA
AS	EFEITO	ANESTESIA PRE-ANESTÉSICA	

LETO	ENFERMARIA	LETO	Nº PROMITÁRIO
IDADE	SEXO	COR	ALTURA
PESO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO
GLICÊMIA	UREIA	OUTROS	URINA
ASMA	BRONQUITE	ELASTOCARDIOGRAMA	AP. RESPIRATÓRIO
AP. CIRCULATÓRIO	AP. DIGESTIVO	DENTES	PESCOÇO
ALERGIA	AR. URINÁRIO	HIPOTENSORES	RISCO
ESTADO MENTAL	DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	ANESTESIAS ANTERIORES	APLICADA
AS	EFEITO	ANESTESIA PRE-ANESTÉSICA	

AGENTES	TÉCNICA	OPERAÇÃO	CIRURGIÕES	ANESTESISTAS	OBSERVAÇÕES
POSICÃO	ANOTAÇÕES E SÍMBOLOS	CÓDIGOS VP - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO	LÍQUIDOS	AGENTES ANESTÉSICOS	
260	240	220	200	180	160
140	120	100	80	60	40
20					

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim Não

Não, por quê?

DESPERTAR

Reflexos na SO: Excl. Co. Excl.

Náuseas: Vômitos: Outros:

Com cânula: Paro o Leite Sim Não

CONDIÇÕES:

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.	PERDA SANGÜÍNEA
---	-----------------

Paciente:	Fábio Leonardo Cantalice Galvão		Idade:	34 anos	
Convênio:			Data:	21/05/20	
Procedimento:	LME + tomografia + sutura em lesão em tusa perna (E)				
Cirurgião:	Dr. Hahnemann	Auxiliar:	Dr. Wagner Luiz	Anestesista:	Dr. Socorro Abraão
Início:	co: 15	Término:	21:45	Anestesia:	Raqui

[illegible][illegible]

Observações:

Circulante

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		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

*Alta
RPA*


Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Fabio Leonardo Cantalicio, Goldino DV: 10/02/2006						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
	Sala 03	SUS	14 anos	2118174	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
CIRURGIA: tratamento cirúrgico de lesão extensa em perna (D) + Sutures				CIRURGIÃO: Dr. Hallison + Dr. Wangen Louij			
ANESTESIA: Raquel				ANESTESIA: Dr. Sécuro Alvarito + Dr. Felipe Friere			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM			
		01/03/2020	20:15	21:45			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		CÓDIGO
	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 n°		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond		
	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	07	Mononylon 2.0 : 2.2		
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix		
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix		
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix		
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	02	Vicryl Serfix 1.5		
02	Flaxidol amp. mausichon		Luvas 7.5		Vicryl Serfix		
	Fiebecortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix		
	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		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico	10	SG Normotérmico fr 500 ml		p/ procedimentos
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotrinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda				
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica				
02	cefazolin 1g		Sonda Uretral n°				
			Sterydrem ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Agulha desc. 28 x 28		Latese				
01	Agulha desc. 3 x 4.5				EQUIPAMENTOS		
01	Agulha p/ raque n° 25				☒ Oxímetro de Pulso ☐ Foco Auxiliar		
0.5	Álcool de Enfermagem 70%				☐ Serra ☐ Eletrocautério		
	Álcool Iodado ml				☐ Desfibrilador ☐ Oxícapiógrafo		
03	Ataduras de Crepon 20 cm				☒ Foco Frontal ☒ Cardiômetro		
	Ataduras de Gessada				☐ Fonte de Luz ☐ Perfurador Elétrico		
	Azul metileno amp.						
01	Benzina ml.						

Maria Gilda Mousinho Rodrigues
Técnica de Enfermagem
COREN/PB - 577781
CIRCULANTE RESPONSÁVEL



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/03/2020

Horas: 08:50:49

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2118201 Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO Idade: 014 Sexo: M

Nome da Mãe: SILVANA DOS SANTOS GALDINO Data de Nascimento: 10/02/2006 Admissão: 01/03/2020 DIH - 1

Clinica: PEDIATRIA Enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE FIBULA + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA

DIA 02/03/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo / MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE ORAL	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 12h/12h	10 20
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 1D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 24
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 1D/7D Diluir em 50 ML SF 1X AO DIA	24 24
5	DIPIRONA GOTAS DE 500 MG/ML 10 ML 2 V.O, 01FRASCO, 8h/8h	14 20 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 12/12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	S/N
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	clz
9	DECUBITO MUDANCA	clz
10	CURATIVOS	cte

EVOLUÇÃO

DATA: 02/03/2020 HORA: 08:50:06

ORTOPEDIA

1 DPO

ESTAVEL, AO LEITO

DOR +
FEBRE -
NV OK
FO: SANGUE
EDEMA +

SOL: EX LABORATORIAIS

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumatologista
CPF: 033.079.784-20

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

Parar tomar 1g de Gentamicina



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/03/2020

Horas: 08:51:22

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2118201 Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO Idade: 014 Sexo: M

Nome da Mãe: SILVANA DOS SANTOS GALDINO Data de Nascimento: 10/02/2006 Admissão: 01/03/2020 DIH - 2

Clinica: PEDIATRIA Enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE FIBULA + LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA

DIA 03/03/2020

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE ORAL	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 12h/12h	10 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 24
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 2D/7D Diluir em 50 ML SF 1X AO DIA	24 24
5	DIPIRONA GOTAS DE 500 MG/ML 10 ML V.O, 01FRASCO, 8h/8h	24 24 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 12/12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	u
8	DECUBITO MUDANÇA	u
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	u
10	CURATIVOS	u

EVOLUÇÃO

DATA: 03/03/2020 HORA: 08:51:02

ORTOPEDIA

2º DPO

ESTAVEL, AO LEITO

DOR +
FEBRE -
NV OK
FO: SANGUE
EDEMA +

CD: VPM

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão

FAZTA LAUDO CEFTRIAXONA

*04-03-2020 Paciente evoluiu bem de
há de curativo
na perna direita*

Dr. Crismarros Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM 3344

**PARAÍBA**
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO**Data da Internação: 01/03/2020****Data da Alta: 04/03/2020****Registro: 2118201****Tempo de Permanência: -18323****Diagnóstico Inicial: FRATURA DO PERONIO [FIBULA]****Diagnóstico Final:****Principais Exames: FRATURA DE FIBULA + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA Data de Internamento: 01/03/2020 BOA EVOLUÇÃO, CONTINUA TRAT AMBULATORIAL MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DE EGRESSO, QUALQUER ANORMALIDADE VOLTAR ANTES DA DATA PROGRAMADA.****Data:****Equipe:****Cirurgião: HALLISSON BARROS DE ALMEI****Aux 1:****Aux 2:****Aux 3:****Aux 4:****Anestesista:****Medicamentos:****Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): FRATURA DE FIBULA + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA Data de Internamento: 01/03/2020 BOA EVOLUÇÃO, CONTINUA TRAT AMBULATORIAL MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DE EGRESSO, QUALQUER ANORMALIDADE VOLTAR ANTES DA DATA PROGRAMADA.****Medicações para Casa: ATB + AINH****Condições de Alta: Melhorado****Data: 04/03/2020**
De Crismarcos Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM 3335**Assinatura/Carimbo****Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)****RESPONSÁVEL : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)**



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ CONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		FABIO LEONARDO DANTALICE										PRONTUÁRIO:		
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:		
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐												

DADOS CLÍNICOS:

Shrapelmineto / Fratura em perna (E)

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de perna (E) Ale. Refl.

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

01/03/2020

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RAIO X
RECEBADO EM:
01/03/2020

Dr. Yuri M. N. Costa
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-PB 10556

Carimbo e Assinatura do Médico



Sr(a): **FABIO LEONARDO CANTALICE**

Dr(a): **ELDIMAN SOARES DE ARAUJO**

Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES**

Protocolo: **0000516395**

Data: **02-03-2020 12:01**

Idade: **18 anos**
14A

RG: **NÃO INFORMADO**

Origem: **PEDIATRIA**

Destino: **PEDIATRIA**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 02/03/2020 11:58]

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
V.C.M.....
H.C.M.....
C.H.C.M.....

Resultados

Valores de Referência

3.82 milhões/mm³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
9,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
30,0 %	40,0 à 52,5 %
79 fL	80,0 à 100,0 fL
26 pg	27,0 à 31,0 pg
33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....

10.800 /mm³	4.500 à 12.000 /mm ³
(%)	(/mm³)

Neutrofilos

Promielócitos.....
Mielócitos.....
Metamielócitos.....
Bastonetes.....
Segmentados.....
Eosinófilos.....
Basófilos.....

0	0	
0	0	
0	0	
4,0	432	
82,0	8.856	40 à 70 % - 1.800 à 9.500 / mm ³
0	0	0 à 5,0 % - até 500 / mm ³
0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³

Linfócitos

Típicos.....
Atípicos ou Reativos.....
Monócitos.....
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....

12,0	1.296	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
0	0	
2,0	216	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
226.000 mm³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: **SANGUE TOTAL**

Método: **RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA**



Ana Cassia Miguel Agra
Biomedica
CRM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: F30B-ECD0-2F9D-1E63-76DE-4431-90E6-1D23



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente <i>Fábio Leonardo Camplaci</i>			Prontuário <i>Fábio</i>		Ala <i>Pediatria</i>		Leito <i>2</i>	Enfermaria <i>9</i>
Data	Hora		Data	Hora				
02.03.20	Tarde	Paciente em EGR, acordado, contactuante, eupneico, normoventilado, no pós-operatório de cirurgia da perna esquerda. ED: movimentos ativos livres e resistidos do tornozelo esquerdo na posição deitada (30° na cabeceira); mov. ativo global; orient. gerais;	04/03/20	Não há	Paciente evoluindo em EGR eupneico, ativo, global. Resp. esp. em O ₂ ambiente. Sem fôsse; 4 de amplitude no MIE/Fx fíbula. ed; linxotopia ativa 3ox + posicionamento + O. gerais. Alta Hosp.	<i>Ana Lúcia Oliveira</i> FISIOTERAPEUTA CREFITO 111198-F		
03.03.	M	Paciente em estado geral regular, no pós-operatório de cirurgia da perna esquerda, faixa compressiva e curativos; contactuante, acordado, normoventilado, hidratado. ED: mov. ativo livre do tornozelo esquerdo; mov. de dedos;				<i>Ana Mª Barbosa de Sousa</i> Fisioterapeuta CREFITO 68275-F		

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Falvo Leonardo G. Idade: _____ Sexo: _____ Enf/Leito: _____

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? _____ Doença () ASMA () DM
() Neoplasia () Outros: _____ Medicamentos em uso: ortop

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fa. Fíbula

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

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: 02/03/2020

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: (☒) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

SONO / REPOUSO: (☒) PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (☒) PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

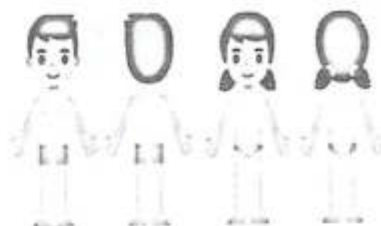
RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
18:00	-	36,5	82	98%	-	-	-	-	-	<i>[assinatura]</i>	SOG/SNG/SNE	
24:00	-	36,5	82	98%	-	-	-	-	-	<i>[assinatura]</i>	SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

18:00h. Realizado curativo por enfermeira -

24:00h. Monitorização, medicação e p.médica



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
NUTRIÇÃO DESE-	() CAVIDADE BUCAL FERIDA () DIARRÉIA () OUTRO () DOR ABDOMINAL () MUCOSAS PÁLIDAS	() FATORES BIOLÓGICOS () OUTROS () CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS
PADRÃO RESPIRA- TÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO- RAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE () OUTRO () DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO
RISCO DE Desequilí- brio Eletrolítico	() ASCTE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL () AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTestinal		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTestinal EFICAZ
() AFERIR GLICEMIA CAPILAR E REGISTRAR		() MELHORA DA ACAEITAÇÃO ALIMENTAR
() MANUTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR <95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ () CONTROLE DA DOR (MELHO- RADA 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		() MANUTENÇÃO DA TEMPERA- tura CORPORAL DENTRO DOS LI- MITES FISIOLÓGICOS
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE- SULTADOS		() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE DesequilíBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE(MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFEC- ÇÃO
() JOSEVAR A FERIDA E INSEÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS () REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

2.03.2020
Liliana Barbosa de Albuquerque
Enfermeira
COREN 323655

1. IDENTIFICAÇÃO *Fabiano de Almeida*

Nome: Idade: Sexo: Enf/Leito *9.2*

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () ASMA () DM
() Neoplasia () Outros: _____ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

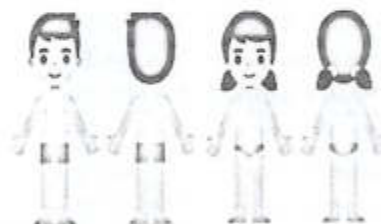
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida; Curativo em: ____/____/____.



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
<i>04:30</i>		<i>35.8</i>	<i>98</i>	<i>98</i>							SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

04:30 Admitida do e.e. Ex. da Fibula (E).

Fabiano

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL	
NUTRIÇÃO DESE- QUILIBRADA	() CAVIDADE BUCAL FERIDA () DIARRÉIA () OUTRO () DOR ABDOMINAL () MUCOSAS PÁLIDAS	() FATORES BIOLÓGICOS () OUTROS () CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS	
PADRÃO RESPIRA- TÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO	
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO- RAL 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 DESEQUI- LÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS		
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL () AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL () AFERIR GLICEMIA CAPILAR E REGISTRAR			() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() MANUTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR <95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA			() MELHORA DA AACEITAÇÃO ALIMENTAR () MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() 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			() CONTROLE DA DOR(MELHO- RADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE- SULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			() MANUTENÇÃO DA TEMPERA- TURA CORPORAL DENTRO DOS LI- MITES FISIOLÓGICOS
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE(MUCOSA, EDEMA, PULSO)			() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR A FERIDA E INSEÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS () REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			() DIMINUIR O RISCO DE INFEC- ÇÃO
OUTRO			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Enf/Leito: _____

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

() Neoplasia () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

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

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

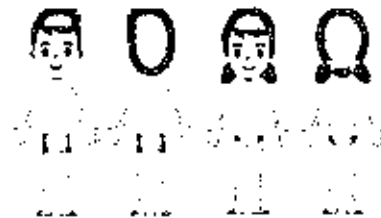
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
NUTRIÇÃO DESE- QUILIBRADA	() CAVIDADE BUCAL FERIDA () DIARRÉIA () OUTRO () DOR ABDOMINAL () MUCOSAS PÁLIDAS	() FATORES BIOLÓGICOS () OUTROS () CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS
PADRÃO RESPIRA- TÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO- RAL 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 DESEQUILÍ- BRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL () AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL () AFERIR GLICEMIA CAPILAR E REGISTRAR		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ () MELHORA DA ADEQUAÇÃO ALIMENTAR
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR <95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() 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	cpm	() CONTROLE DA DOR (MELHO- RADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE- SULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERA- TURA CORPORAL DENTRO DOS LI- MITES FISIOLÓGICOS
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR A FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS () REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		() DIMINUIR O RISCO DE INFEC- ÇÃO
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Handwritten signature and date: 10/03/23

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo

Enf/Leito

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias ()

Qual?

Doença () ASMA () DM

() Neoplasia () Outros: _____

Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTAÇÃO: () 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

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTELO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida; Curativo em: ____/____/____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

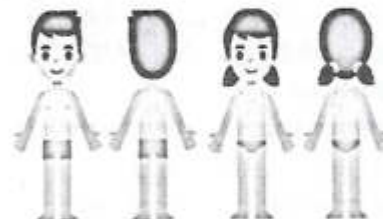
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fabio Leonardo Idade: 14A Sexo M Enf/Leito 9-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () ASMA () DM
() Neoplasia () Outros: _____ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: frat. fíbula

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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: (X) COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: ____/____/____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

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

SONO / REPOUSO: (X) PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
10:15'		36	84	97						<u>[assinatura]</u>	SOG/SNG/SNE	
11h		35	96	97%						<u>[assinatura]</u>	SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Ass. Redigido enfermeiro
marcelo benquinto R.O

Clínica Gonçalves de Lima
Unidade de Enfermagem
Cidade: São Paulo



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2118174

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: 01/03/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente : acolhimento

PACIENTE: FABIO LEONARDO

CEP:58150000

Nascimento:10/02/2006

CANTALICE GALDINO

Sexo:M

Telefone: 93911797

Endereço:GERALDO LOURENCO DE SOUSA

Idade:014

Bairro:CENTRO

Cidade: Pocinhos

RG: -

Nº:13

Nome da Mãe: SILVANA DOS SANTOS GALDINO

CPF:

Profissão:ESTUDANTE

Responsável: SILVANA

Data de

CNS:9554758

Atend:01/03/2020

Estado Civil:Solteiro(a)

CONVÊNIO:SUS

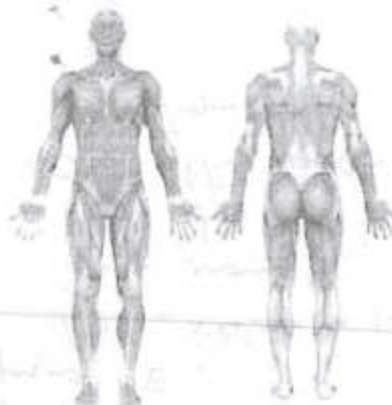
Hora: 19:14:04

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

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 Encaixado |
| 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. Rinoorragia |
| 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

DIAGNOSTICO / CID:

Amputação / Trauma Mieg.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Mena sono ampolunha, esc 15, convulsc
e vomito livre, ariz - torax moim, mullu
o mullu e mld, cor tume no mld*

ALERGIA:

(EXTRA)

MEDICAMENTOS:

Nora W cin gmc

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow *15* PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *CIPE* / às : Dia / /Especialista: *OTOMIA* / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>SC 0,04 1000 / 10</i>	
2		
3	<i>Djme 1mg / 10</i>	
4	<i>101 / 10</i>	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

**BAIXO X
REALIZADO EM:**
01/03/2020

Dr. Ronaldo Sadelha
CRM: 4739
Cirurgia Geral

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

CIBB:

Paciente nítido de atropelamento. com
nos sinais físicos, estado hemodinâmico estável.
glossos de 15. Período gestacional exposto em
para B.

ABD: Glândula a indolores a palpção.

Tórax normal

Sem dor a mobilização de quadril.

CO: Alta da CIBB, com cuidados de
ortopedia.

Arthur de Andrade Sales
MÉDICO
CRM-PR. 5974

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

Thiana de Santos Galvão
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



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: 01/03/2020

Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO Idade: 014 Nº ATEND: 2118174

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 01/03/2020 HORA : 19:14:56

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ATROPELAMENTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : POR MOTO

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

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

ALERGIAS :
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

[Handwritten signature]
Mª Helena
02/03/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-098




Clementino cantalice Neto

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.485.825 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 16/04/2019

NOME CLEMENTINO CANTALICE NETO

FILIAÇÃO FRANCISCO CANTALICE
IRACEMA RODRIGUES CANTALICE

NATURALIDADE JUAZEIRINHO-PB DATA DE NASCIMENTO 18/04/1977

DOC ORDEM NASC.N.2208 FLS.298V LIV.A2
CARTORIO JUAZEIRINHO-PB

CPF 038.599.134-76

Alcides Pereira Siqueira

LEI Nº 7.116 DE 09/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-098

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Fábio Leonardo cantalice galdino

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.764.983 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/06/2019

NOME FÁBIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

FILIAÇÃO CLEMENTINO CANTALICE NETO
SILVANA DOS SANTOS GALDINO

NATURALIDADE POCINHOS-PB DATA DE NASCIMENTO 10/02/2006

DOC ORIGEM NASC.N.18177 FLS.97V LIV.A18
CARTORIO POCINHOS PB

CPF 712.554.494-03

Assinatura do Diretor

CPF DO DIRETOR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238382/20

Vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

CPF: 712.554.494-03

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 01/03/2020

Titular do CPF: FABIO LEONARDO
CANTALICE GALDINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CLEMENTINO CANTALICE NETO : 038.599.134-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO : 712.554.494-03

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: 25/08/2020
Nome: CLEMENTINO CANTALICE NETO
CPF: 038.599.134-76

CLEMENTINO CANTALICE NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/08/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA