



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

Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717057

Vítima: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717057

Vítima: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **000000435572-0**

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



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717057

Vítima: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717057 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 5,8,10-ANEXO; 37 E 39.
OBS: VITIMA PASSOU POR NOVA CIRURGIA EM 12/05/2020 DEVIDO PSEUDOARTROSE. PG. 7

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: TRATATIVA OMNI.

SINISTRO ATUAL COM PAGAMENTO PARA DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

**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: 3190717057

Nome do(a) Examinado(a): ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R JOANA GUEDES DE AQUINO, 125, , Campina Grande/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/PB / 2635564

Data e local do acidente: 21/09/2019 - Campina Grande/PB

Data e local do exame: 26/01/2021 - 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 DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

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

FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA SUBMETIDA DA TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXADOR EXTERNO QUE EVOLUIU PARA PSEUDOARTROSE DA TIBIA ESQUERDA NECESSITANDO DE NOVO TRATAMENTO CIRURGICO HOJE EVOLUINDO COM DÉFICIT RESIDUAL APRESENTANDO CLAUDICAÇÃO AO DEAMBULAR E DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR GRAU 4

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 130°, extensão aos 160°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

IV. Nexo 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)

Sim

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

DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO MIE GRAU 4 CLAUDICAÇÃO AO DEAMBULAR

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"

() "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.

Joelho Esquerdo - Leve - 25%

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

APRESENTA COMO SEQUELA O DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PRINCIPALMENTE PARA DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO E A MARCHA CLAUDICANTE . AO EXAME: ALTERAÇÕES DA PELE QUE FICOU MAIS DELGADA EM AREAS DE CICATRIZES DE ESPOSIÇÃO OSSEA E DE INCISÃO CIRURGICA.



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 04660151-39 3 - CPF da vítima: 01037177495 4 - Nome completo da vítima: Ana Patrícia Mourinho da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
5 - Nome completo: Ana Patrícia Mourinho da Silva 6 - CPF: 010.371.77495
7 - Profissão: serviços gerais 8 - Endereço: Rua Seno Guedes Aguiar 9 - Número: 125 10 - Complemento:
11 - Bairro: Boqueirão 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58433326
15 - E-mail: _____ 16 - IN (DDD): 83 17 - Nº (DDD): 986434993

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____
19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00435572 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/combustão 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 do Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa anulação ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data de 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 nasceros (vovavós)? 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 provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim de responsabilizar criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 23/12/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declaração): Ana Patrícia Mourinho da Silva
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



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 000248/19 registrada em 22/10/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e dois dias do mês de outubro do ano de 2019, 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, ai, por volta das 10:37 horas, compareceu a Sra. ANA PATRÍCIA MARINHO DA SILVA, com 37 anos de idade, filha de HERCULANO VIEIRA DA SILVA e GERALDINA ELITA MARINHO DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Casada, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão SERVIÇOS GERAIS, portadora da Cédula de Identidade Nº 2.635.564, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 01037177495, residindo à rua JOANA GUEDES DE AQUINO, 125, CONJUNTO MARIZ II, bairro NALVINAS, na cidade de Campina Grande - PB, celular 9-9151.5142.

Declarou que:

Informa a comunicante, que por volta das 14h02min do dia 21.09.2019, estava parada no acostamento da Rua Joaquim Amorim Junior, Bairro de Bodocongó, nesta cidade, montada em sua motocicleta HONDA/POP 110I, ano/modelo 2017/2018, de cor vermelha, chassi nº 9C2JB0100JR005625, de placa QFL-8783/PB, licenciada em seu nome (Ana Patrícia Marinho da Silva), quando ao dar partida para entrar na faixa de rolamento foi atingida por uma motocicleta de marca, placa e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava no mesmo sentido da via, cujo condutor acinda chegou a cair ao solo mas nada sofreu, evadindo-se do local em seguida, enquanto que a comunicante sofreu fratura exposta no membro inferior esquerdo, além de escoriações pelo corpo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhada para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi submetida a tratamentos médicos e permaneceu alguns dias internada, encontrando-se ainda convalescendo em uma cadeira de rodas; Que, no momento do acidente não estava chovendo e a visibilidade do local era boa, não encontrando-se a comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, a comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista causador do acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. 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, Terça-feira, 22 de Outubro de 2019

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 000.241-1

ANA PATRÍCIA MARINHO DA SILVA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 04660151-39 3 - CPF da vítima: 01037177495 4 - Nome completo da vítima: Ana Patrícia Mourinho da Silva

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

5 - Nome completo: Ana Patrícia Mourinho da Silva 6 - CPF: 010.371.77495

7 - Profissão: serviços gerais 8 - Endereço: Rua Seno Guedes Aguiar 9 - Número: 125 10 - Complemento:

11 - Bairro: Boqueirão 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 5843326

15 - E-mail: _____ 16 - IN (DDD): 83 17 - Nº (DDD): 986434993

DADOS CADASTRAIS

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: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

18 - CPF 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 ATE R\$5.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATE 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 CONTA: 00435572

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/combustão 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

Peço 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 do Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, artº 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa anulação ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data de 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) (ver 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 provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim de responsabilizar criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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: Campina Grande - PB 23/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declaração): Ana Patrícia Mourinho da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA
RUA JOANA GUEDES AQUINO, 125 - BOBÓCORGO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 5843326 (AG: 401)

Ligação: MONOFÁSICO
Civ/Ser: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 11-401-802-8600 Referência: Set / 2019
Medidor: 00998051441 Emissão: 18/09/2019



ENERGISA BONEFINEMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Azevedo, 4789 - BR200 - KM159 - Três Rios
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.505.598/0001-05 Insc. Est. 16.003.839-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº004.860.404
Cód. para Dth. Automático: 90380296481

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	18/09/2019	18/10/2019	010.871.774-66

UC (Unidade Consumidora): **4/29545-1**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias			
Data	Leitura	Data	Leitura				
18/09/18	4718	18/09/18	4907	30			
Demonstrativo							
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor
0801	Consumo em kWh	189,00	0,52842	99,84	99,84	0,57	1,08
2801	Adic. B. Verbetes	9,25	9,25	85,79	1,75	0,21	1,74
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTROLE LIMPULÇA	1,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORÁ (120%)	1,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	MULTA (120%)	1,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCl Código de Classificação do Item TOTAL: 99,81 85,14 29,26 86,14 0,57 1,08
Tarifa alíquota: 0,527382

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
111	25/09/2019	R\$ 99,61

Histórico de Consumo (kWh)

114	121	115	105	111	117	89	108	116	112	105	111
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVADO AO FISCO

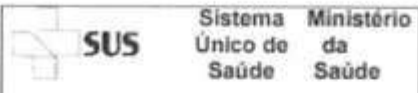
ede2.bf83.a4d0.64be.ac7d.892e.a7e3.a77c.

Indicadores de Qualidade - 7/2019 RECORDEM			
	Limites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,25	1,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,70		
DIC ANUAL	22,21	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	9,50		
FIC TRIMESTRAL	19,00	1,00	LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	38,00		
DMSC	12,22		
DICRI	12,22		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	17,76	17,86
Compra de Energia	94,10	94,23
Serviço de Transmissão	4,77	4,78
Encargos Defensivos	4,01	4,03
Impostos Diretos e Encargos	39,94	40,10
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	99,61	100,00

Valor do ELC (Rel. 7/2019): R\$26,20

Data da internação: 21/09/2019 Hora: 16:01:48



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 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

ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1997093

7 - CARTÃO DO SUS

700003060220403

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/09/1982

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

GERALDINA ELITA M DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83

N° DE TELEFONE 87191914

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

JOANA GUEDES DE AQUINO, 125, MALVINAS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - Cód. IBGE

MUNICÍPIO 250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

POUCO VITIM DE AUSENTE DE MATO (JLC) APRESENTA DEFORMIDADE E IMPOTENCIA FUNDADA POR MÚLTIPLOS GORTOS COM GRAVE LESÃO DE PARTES MOLES E FORTUM EXCESSO DE TUBO GORTOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS DUMA

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

ANA MNOJE T GUMA FISICA T MYOLOGIA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

ERATUM EXPOSTO ASSJ DA PENA GSO/GESP

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CML T OSTEOSSINTOSE TUBIA GSO/GESP

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016002656095

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FABIO DE MOURA SPA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/09/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° 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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

cumpr



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1997052

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: 21/09/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: ANA PATRICIA

CEP:58400002 Nascimento:13/09/1982

MARINHO DA SILVA

Sexo:F Telefone: 87191914

Endereço:JOANA GUEDES DE AQUINO

Idade:037 Bairro:MALVINAS

Cidade: Campina Grande

RG: 2635564 Nº:125

Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA

Responsável:

CPF: Profissão:SERVICOS GERAIS

Estado Civil:Casado(a)

Data de Atend:21/09/2019 CNS:700003060220403

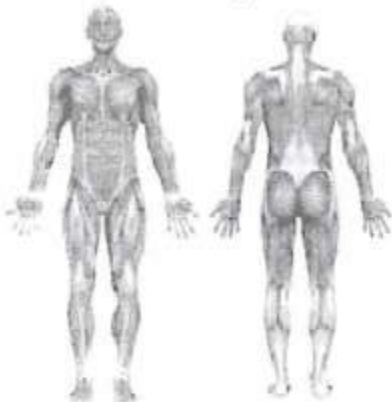
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 14:41:37 CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DAD LÍNICOS

paciente vítima de acidente moto x moto apresentando dor insuportável em M.E associado a deformidade do membro, não digo se refere ter o corpo caído no solo, não queixas abalomingas e torácicas.

(A) Vias aéreas livres e apresentando cetera sítio com color cervical (B) Tórax sem abauldamentos, ritmos das
ALERGIA: (C) da ce vértices, MV+em AHT 1/ RA, SatO2 97

MEDICAMENTOS:

Fluoxetina

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 *97*

EXAMES SOLICITADOS:

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

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 21/09/19

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Autonecha* às _____ Dia / /
Especialista: _____ / _____ às _____ Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Trombol 100mg + 100ml SFO,9% EV apena</i>	<i>Fato Ju=48</i>
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

REALIZADO EM: 21/09/19

Dr. Sebastião Viana Filho
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PA: 8502
CREMÉPE 20596



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: 21/09/2019

Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Idade: 037 N° ATEND: 1997052

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 21/09/2019 HORA : 14:43:59

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

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

DIABETES ()SIM ()NAO HAS ()SIM ()NAO

DEF. MOTORA ()SIM ()NAO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL:

AValiação Neurológica

() CONVULSAO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO

() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APATICO

() 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 () SIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO/COREN
Dra. Patrícia Marinho da Silva
OAB 5078

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 22727

DATA DA CIRURGIA: 21/09/2019

Número do Atendimento: 1997093 Clín: AMARELA / Enf: 1 / Lei: 5

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Data da Internação: 21/09/2019

Atendimento:1997093

Diagnostico Pré-Operatório:FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:LMC+FIXACAO EXTERNA DA TIBIA ESQUERDA

Data da

Cirurgia:21/09/2019

Equipe:

Cirurgião:FABIO DE MOURA SPA

Aux 1:AMARO JORGE PINTO NETO

A 2:

Aux 3:

Instrumentador:CARLOS ANDRÉ

Anestesiata:MARCIO ROSSANI FARIAS DE BRITO

Tipo de anestesia:RAQUEANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:NÃO

Exame Radiológico no Ato:NÃO

Acidente Durante Operação:NÃO

Descrição da Operação:1.PACIENTE EM DECUBITO DORSAL MESA CIRURGICA.

2.ASEPSIA E ANTISSEPSIA

3.COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS.

4.DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO,LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICA E IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DA FERIDA COM SF 0,9%.

5.REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA BIPLANAR DA TIBIA ESQUERDA.

6.SUTURA DA FERIDA

7.CURATIVO.

OBS:PULSOS DISTAIS AMPLOS EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO.

Data 21/09/2019

Assinatura/Carimbo
Fabio De Moura Spa
Dr. Fábio de Moura Spa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5119

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:		

Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Ama Patrícia marinho da Silva

DN 13/09/82

QI	LEITE <i>Sulu 04</i>	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>37a</i>	REGISTRO <i>1499052</i>
----	-------------------------	------------------------	---------------------	----------------------------

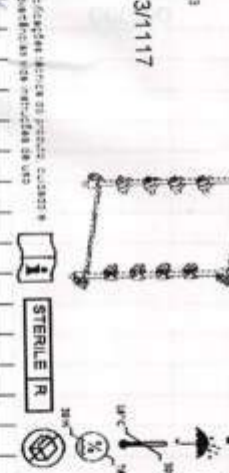
CIRURGIA *L.M.C + Fixação externa da* CIRURGIÃO *Dr Fabio Spa*

ANESTESIA *T3bin + Sufentanil* ANESTESIA *Dr Murcio*

INSTRUMENTADORA *Andre* DATA *23/09/2019* INÍCIO *16:00* FIM *17:30*

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	<i>01</i> Calef. p/ O ₂		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepan amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
<i>02</i>	<i>Dimofa amp. 92mg</i>	Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolanina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix
<i>1</i>	<i>Fentanil ml 1ml</i>	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond
	Ketaiar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond
<i>01</i>	<i>Mercaina 100mg % ml</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.	Equipo de Sanguie		Fio de Algodrão Sertix
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
	Protigmine amp.	<i>05</i> Esparadrappo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak
	Quelicin ml	<i>05</i> Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	<i>04</i>	Mononylon <i>20-0-00</i>
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.	Intracath Infantil	<i>02</i>	Prolene Serfix <i>2</i>
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i> Lâmina de Bisturi n° 20		Prolene Serfix
<i>02</i>	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix
<i>02</i>	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix
<i>02</i>	Dipirona amp.	Luvax 7.0		Vicryl Serfix
	Flaxidól amp.	<i>03</i> Luvax 7.5		Vicryl Serfix
	Flebocortid amp.	<i>02</i> Luvax 8.0		Vicryl Serfix
	Geramicina amp.	Luvax 8.5		
	Glicose amp.	<i>3L</i> Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.	Polifix		
	Haemacel ml.	<i>05</i> PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.		
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico	Qtd.	SOROS
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml
	Medrotinazol.	<i>01</i> Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml	<i>02</i>	SG Hipertérmico fr 500 ml
	Prolamina	<i>02</i> Seringa desc. 05 ml	<i>01</i>	SG Ringr fr 500 ml
	Revivan amp.	Sonda	<i>07</i>	SG fr 500 ml
	Stuptanon amp.	Sonda foley		<i>SFOAT. P/ lúmen Fixamento</i>
<i>02</i>	<i>Cefazolin 1g</i>	Sonda Nasogátrica	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
<i>02</i>	<i>Trombolisic</i>	Sonda Uretral n°		
		Sterydrem ml		
		Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml		
<i>02</i>	<i>Agulha desc. 25x1.40x12</i>	Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28	<i>02</i> Latex		
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i> <i>8/10/12/14</i>		
	Agulha p/ raque n°			
<i>05</i>	<i>Álcool de Enfermagem 70%</i>			
	Álcool Iodado ml			
<i>03</i>	<i>Ataduras de Crepon 20cm</i>			
	Ataduras de Gessada			
	Azul metileno amp.			
	Benzina ml			

REGISTRO ANVISA: 10108770128
 REEP: TEO RODRIGUES PAULIN - CRM: 55208/119
 CLASSE: I QTD: 1 LOTE: 0433/117
 REF.: 0933-001-350



- EQUIPAMENTOS**
- Oxímetro de Pulso
 - Serra
 - Desfibrilador
 - Foco Frontal
 - Fonte de Luz
 - Foco Auxiliar
 - Eletrocautério
 - Oxícapiógrafo
 - Cardiomonitor
 - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

NO. A DE SALA - CIRURGIA GERAL

Handwritten notes:
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

INPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA
 Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

REGISTRO ANVISA: 10108770114
 Resp. Téc. Douglas C. Nunes - CREA: 50336/2811

CLASSE: III QTD: 8
REF.: 0920-005-180 LOTE: 0324/1017

PINO E FIO RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS
PINO DE SCHANZ
TAM Ø5,0 X 180MM
MATERIAL: ASTM F139

02/2018

VAL: 02/2023

0004857

PRODUTO DE ALTA QUALIDADE
 REPOSICIONAR DANOS SEM O LAR

PREZADO CLIENTE, SEU PRODUTO FOI TESTADO DE ACORDO COM O
 MÉTODO DE ENFERMAGEM E ENFERMEIRO PARA GARANTIR A
 SEGURANÇA E EFICÁCIA DO PRODUTO EM USO

STERILE R




FIXADORES EXTERNOS
FIXADORES LINEAR ESTÉRIL - INPOL
FIXADOR LINEAR ROFAI II

01/2018

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Ana Patricia M. A. SILVA</i>			IDADE: <i>37</i>	SEXO: <i>F</i>	COR
DATA: <i>21/09/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL: <i>130 x 90 mmHg</i>	PULSO: <i>85 bpm</i>	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: <i>fratura exposta do osso da perna esquerda</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	Q'	[Grid for Anesthetics]					
		[Grid for Anesthetics]					
LÍQUIDOS	[Grid for Liquids]	[Grid for Liquids]					
		[Grid for Liquids]					
CÓDIGOS: VP - ARTERIAL; P - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO	[Grid for Codes]	[Grid for Codes]					
		[Grid for Codes]					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	[Grid for Symbols]	[Grid for Symbols]					
		[Grid for Symbols]					
POSIÇÃO	[Grid for Position]						
AGENTES	[Grid for Agents]						
TÉCNICA	[Grid for Technique]						CÂNULAS
OPERAÇÃO	<i>Trat. Cirúrgico</i>						
CIRURGIÕES	<i>Fábio SPA</i>						
ANESTESISTAS	<i>Marcos</i>						
OBSERVAÇÕES	<i>3801</i>						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL DE ASSUMI
 CIDADE: G. GRANDE TEL / FAX / E-MAIL:
 NOME DO PACIENTE: SRA. TATIANA MARINHO DA SILVA
 Nº DO PRONTUÁRIO: 1997093 Nº ALH: Cód. PROCEDIMENTO: CONVÊNIO:
 PROCEDIMENTO REALIZADO: 110.: Cirurgia de fraturas e abscisões

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
FIXADOR EXTERNO Linear		01	

IMPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA
 Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

IMPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA
 Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

FIXADORES EXTERNOS
 FIXADORES LINEAR ESTÉRIL - IMPOL
FIXADOR LINEAR ROFA II
 TAM: 350MM X 200MM
 MATERIAL: ASTM F899, NBR 206

PINO E FIO RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS
 PINO DE SCHANZ
 PINO DE SCHANZ Ø 5,0 X 180 MM - ROSCA 50 MM
 TAM: Ø5.0 X 180MM
 MATERIAL: ASTM F138



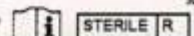
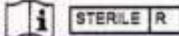
REGISTRO ANVISA: 10108770128
 RESP. TÊC: Roberto L. Paula - CREA 5060931163
 CLASSE: I QTD: 1
 REF.: 0933-001-350 LOTE: 0433/1117

REGISTRO ANVISA: 10108770114
 RESP. TÊC: Douglas C. Nunes - CREA 5063482611
 CLASSE: III QTD: 8
 REF.: 0920-005-180 LOTE: 0324/1017



produto de uso único, proibido reprocessar; destruir após o uso. demais especificações técnicas do produto, cuidados e manuseio, advertências vide instruções de uso.

produto de uso único, proibido reprocessar; destruir após o uso. demais especificações técnicas do produto, cuidados e manuseio, advertências vide instruções de uso.



DATA DA UTILIZAÇÃO: 21/09/19 DATA DA COMUNICAÇÃO: MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM: DR. FABIO SPA

OBSERVAÇÕES: Q. FIXADOR EXTERNO

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: [Handwritten Signature]

Dr. Fábio de Moura Spá
 CRM-PE 0119
 Ortopedia e Traumatologia



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



GOVERNO DA PARAIBA

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

3-3

PACIENTE: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Identidade:
2635564

Idade: 037

ENDEREÇO: JOANA GUEDES DE AQUINO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: MALVINAS

Nº 1997093

TIPO DO ATENDIMENTO: IMEDIATO

Nº DA SOLICITAÇÃO: 62086

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA ,

Campina Grande - PB 25/09/2019 Hora:
10:31:49

Médico: Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTODONTIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/09/2019

Horas: 09:53:23

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1997093 Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Idade: 037 Sexo: F

Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA Data de Nascimento: 13/09/1982 Admissão: 21/09/2019 DIH - 5

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 26/09/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 2FRASCO, 8h/8h	
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h 3D/7D Diluir em 50 ML SF	
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, USO IMEDIATO 3D/7D Diluir em 50 ML SF DILUIR 03 FA EM SF 0,9% 100 ML, EV, 1 VEZ AO DIA	
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 4AMPOLA, 6h/6h	
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
7	RANTIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
8	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 H	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/09/2019 HORA: 09:50:29

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, COM QUEIXA DE DOR (++)/4+).
 PRESENÇA DE FIXADOR TRANSARTICULAR EM MIE.
 EXTREMIDADE DO MIE FRIA, MAS COM PERFUSÃO NORMAL.
 LATA AUSÊNCIA DE DIURESE NO PÓS-OPERATÓRIO.
 DIURESE + EM SVD
 HOSPITAL SEM CLEXANE, PRESCREVO AAS

CONDUTA: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, ATESTADO MÉDICO, RETORNO PARA CONSULTAS
 AMBULATORIAIS, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FIXADOR EXTERNO, CASO
 INTERCORRÊNCIAS RETORNAR, PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 15 DIAS, ARFLEX 200 MG
 VO 1 XAO DIA POR 06 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR.

ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
 MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Data da Internação: 21/09/2019

Data da Alta: 26/09/2019

Registro: 1997093

Tempo de Permanência: -18161

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050225

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA

Data: 21/09/2019

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM DOR, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. FOI REALIZADO FIXAÇÃO DE EXTERNA SEM INTERCORRENCIAS. SEGUNSO ORIENTAÇÃO DE DR BRUNO BRILHANTE A FIXAÇÃO EXTERNA SERA TRATAMENTO DEFINITIVO, MEMBRO ESTA BEM ALINHADO

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, ATESTADO MEDICO, RETORNO PARA CONSULTAS AMBULATORIAIS, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FIXADOR EXTERNO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 15 DIAS, ARFLEX 200 MG VO 1 XAO DIA POR 06 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR.

Condições de Alta: Melhorado

Data: 26/09/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA
CRM / PB 8.346

RESPONSÁVEL : Wagner Luiz Egito de Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/09/2019

Horas: 10:43:25

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1997093 Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Idade: 037 Sexo: F

Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA Data de Nascimento: 13/09/1982 Admissão: 21/09/2019 DIH - 3

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 24/09/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 2FRASCO, 8h/8h	24 22 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h 1D/7D Diluir em 50 ML SF	24 22 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, USO IMEDIATO 1D/7D Diluir em 50 ML SF DILUIR 03 FA EM SF 0,9% 100 ML, EV, 1 VEZ AO DIA	24 22 06
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 4AMPOLA, 6h/6h	24 22 06
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	24 22 06
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	24 22 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 H	SIN
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
10	CURATIVOS	11

EVOLUÇÃO

J. S. V. D.

DATA: 24/09/2019 HORA: 10:42:07

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, COM QUEIXA DE DOR (++)/4+).
 PRESENÇA DE FIXADOR TRANSARTICULAR EM MIE.
 EXTREMIDADE DO MIE FRIA, MAS COM PERFUSÃO NORMAL.
 RELATA AUSÊNCIA DE DIURESE NO PÓS-OPERATÓRIO.
 DIURESE +

CONDUTA:

RX DE PERNA ESQUERDA EM PERFIL
 - VPM.
 AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
 MR. ORTOPEDIA
 CRM 10.148/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/09/2019

Horas: 11:12:40

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1997093 Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Idade: 037 Sexo: F

Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA Data de Nascimento: 13/09/1982 Admissão: 21/09/2019 DIH - 2

Clínica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: *Fx exposta Esq. perna. OK OK*

DIA 23/09/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 2FRASCO, 8h/8h	12 24 36
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h 0D/7D Diluir em 50 ML SF	12 24 36 DC
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, USO IMEDIATO 0D/7D Diluir em 50 ML SF DILUIR 03 FA EM SF 0,9% 100 ML, EV, 1 VEZ AO DIA	12
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 4AMPOLA, 6h/6h	12 24 36 DE
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 24 36 DE
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12 DC
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8/8 H	SN
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 23/09/2019 HORA: 11:10:49

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, COM QUEIXA DE DOR (++)/4+).
 PRESENÇA DE FIXADOR TRANSARTICULAR EM MIE.
 EXTREMIDADE DO MIE FRIA, MAS COM PERFUSÃO NORMAL.
 RELATA AUSÊNCIA DE DIURESE NO PÓS-OPERATÓRIO.
 EM USO DE SVD

INDUTA:

- DESMAME DE SVD

- VPM.

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA → *[Handwritten Signature]*
 Ana Maria Da Silva Anselmo
 Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
 MR. Ortopedia e Traumatologia
 CRM-1025



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

POI (3-3)

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1997093 Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Idade: 037

Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA Data de Nascimento: 13/09/1982 Sexo: F

Clinica: AMARELA Enfermaria 3 Leito 3 Diagnóstico:

DIA 21/09/2019

MÉDICO(A): Fabio De Moura Spa /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 2FRASCO, 8h/8h	22 06
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 2FRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	24 06
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 4AMPOLA, 6h/6h	24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 2FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 12/12H	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	N

ORTOPEDIA ->

FRATURA EXPOSTA OSSO DA PERNA ESQUERDA

Paciente admitida apresentando fratura exposta
osso da perna esquerda. Submetida a
limpeza mecânica - irrigação e drenagem
da ferida com SF 0,9%. Fixação externa
bipolar. Pulsos distais amplos ao
término do procedimento em MG.
Sinais vitais dentro da normalidade

Dr. Fábio de Moura Spa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6119

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ol.pl.

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153686 Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Idade: 037 Sexo: F
Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA Data de Nascimento: 13/09/1982 Admissão: 12/05/2020 DIH - 0
Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 2 Diagnóstico:

6.2

DIA 12/05/2020

MÉDICO(A): Joao Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 01COMP, FAZER SE NECESSARIO	SU
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT.

EVOLUÇÃO

DATA:12/05/2020 HORA:07:44:02

12/05/20 PACTE, PROCEDENTE DO AMBULATORIO COM HISTÓRIA DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, EVOLUINDO COM PSEUDOARTROSE DA TÍBIA. CD: SOL. EXS. PRE-PO.

ASSINATURA + CARIMBO

Joao Paulo Oliveira Nunes

Ericsson A. Marques
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM 4779 SBOT 729



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/05/2020

Horas: 12:27:03

Médico(a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153686 Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Idade: 037 Sexo: F

Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA Data de Nascimento: 13/09/1982 Admissão: 12/05/2020 DIH - I

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico:

G. 2

DIA 13/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 01COMP, FAZER SE NECESSARIO	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	etc

EVOLUÇÃO

DATA: 13/05/2020 HORA: 12:23:02

paciente no 1 dih devido a quadro de pseudoartrose de tibia esquerda.
cd: solicito nova radiografia de tibia esquerda, precevo enoxaparina

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRA-PB 10211

paciente consciente orientado sinais vitais
afectados, assistida - sem nenhuma queixa
relati das -vidas da Coquise de plantão

OBS: Pc. sem
queixas

M. etano
Téu agem
CORREIO Nº 414683

13.05.2020 { HGT 110 x 70 - Hg
20:00



14.05.2020
06:00h

HGT: 91 cm / 61

Paciente segue sem
queixas até o momento
e foi medicada com
sucesso





Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/05/2020

Horas: 12:27:03

Médico(a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

6.2

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153686 Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Idade: 037 Sexo: F

Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA Data de Nascimento: 13/09/1982 Admissão: 12/05/2020 DIH - 1

Clínica: ALA AMARELA Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 13/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>zona dieta e partir das 00:00</i>	SND
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 01COMP, FAZER SE NECESSARIO	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	(22) etc
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

DECLARAÇÃO

DATA: 13/05/2020 HORA: 12:23:02

paciente no 1 dih devido a quadro de pseudoartrose de tibia esquerda.
cd: solicito nova radiografia de tibia esquerda, precevo **enoxaparina**

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
Médico
CRP 10.848.190/0001-55



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153686 Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Idade: 037 Sexo: F
 Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA Data de Nascimento: 13/09/1982 Admissão: 12/05/2020 DIH - 2
 Clínica: ALA AMARELA Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico:

6-2

DIA 14/05/2020
 MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	CT 24
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	24 24
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	24 24
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SN
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 01SERINGA, 24h/24h FAZER ÀS 6H	SN
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO	SN
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

paciente com
 bronquite
 psise da
 cirurgia

EVOLUÇÃO

DATA: 14/05/2020 HORA: 16:33:01

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAIOS X DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

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

14
05
20

19 00 PA-110160 FC-80

Paciente retornar
ao CC nos
POS operatório

Marlene de Queiroz
COREN - PB 433.167 - TE

14
05
20

2200als

Realizado curativo
compressivo

Marlene de Queiroz
COREN - PB 433.167 - TE



Número do Prontuário: 22727

DATA DA CIRURGIA: 14/05/2020

Número do Atendimento: 2153686 Clín: ALA AMARELA / Enf: 6 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Data da Internação: 12/05/2020

Atendimento: 2153686

Diagnostico Pré-Operatório: PSEUDOARTROSE DE TÍBIA ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

0 *none*

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 14/05/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO

Anestesista: RAONI DE ARAUJO LIMA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASEPSIA + ANTISSEPÇÃO + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM FACE LATERAL DE PERNA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. OSTEOTOMIA DE FÍBULA;
5. INCISÃO INFRA-PATELAR ESQUERDA;
6. PASSAGEM DE FIO GUIA SOB FLUOROSCOPIA;
7. FRESAGEM TIBIAL ATÉ NÚMERO 10;
8. INSERÇÃO DE HASTE TIBIAL 9X280MM;
9. REALIZADO 2 BLOQUEIOS DISTAIS E 2 PROXIMAIS;
10. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Data 14/05/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

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

dupla

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Cma Patricia maunha Da Silva DM. 1310911982						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
	Sala 03	Sus	37 a	2123505			
CIRURGIA tro curuj. Fract. cesso da pele			CIRURGIÃO Dr. Ricardo Amorim + Dr. Euler (R3)				
ANESTESIA Rogui			ANESTESIA Dr. Wagner (R2)				
INSTRUMENTADORA Flores		DATA	INICIO	FIM			
		14/05/2020	15:10	17:30			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepan amp.		Compressa Grande 100		Catgut cromado Sertix		
01	Dimora amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegam 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		
01	Mercaina Resaca		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix		
	Protigmine amp.	015	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak		
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak		
01	Quelicin ml Tenaxenic	015	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	04	Mononylon 2.0	...	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi n° 23 10		Prolene Serfix		
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix		
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix		
02	Dipirona amp.	04	Luvas 7.0 0100		Vicryl Serfix		
	Flaxidól amp.	03	Luvas 7.5 100	01	Vicryl Serfix 2.0	...	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0 100		Vicryl Serfix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.	3ml	Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix				
	Haemacel ml.	015	PVPI Degemante ml				
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.	015	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.	05	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml 10		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml 10		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml 10		SG fr 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda				
	Stuptanon amp.		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
01	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	01	BIO ASTER DE TIBIA		
	nausedron		Sonda Uretral n°	04	Paraf. Bloqueio		
			Sterydrem ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS		
01	Aguilha desc. 25x740x12		Gelcon 18		(+) Oxímetro de Pulso	(+) Foco Auxiliar	
	Aguilha desc. 28 x 28		Latex		() Serra	() Eletrocautério	
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	elétricos		() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo	
	Aguilha p/ raque n°				(+) Foco Frontal	(+) Cardiomonitor	
015	Álcool de Enfermagem				(x) Fonte de Luz	(x) Perfurador Elétrico	
	Álcool Iodado ml						
04	Ataduras de Crepon						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Jean Nogueira
TEC. ENFERMAGEM
COREN-PA 115887

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Am Patricia MARINHO DA SILVA</u>			IDADE: <u>37</u>	SEXO: <u>F</u>	COR	
DATA: <u>14/05/2020</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>120 x 80</u>	PULSO: <u>70</u>	RESPIRAÇÃO: <u>espontânea</u>	TEMPERATURA: <u>36,3°C</u>	PESO: <u>60kg</u>	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO: <u>normal</u>					ASMA: <u>NEGA</u>	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO: <u>normal</u>					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO: <u>sem dor</u>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL: <u>orientada</u>			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA: <u>NEGA</u>	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>proctostomia de tibia</u>					ESTADO FÍSICO: <u>I</u>	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>midazolam - 2,5mg + fentanil - 50mcg</u>					APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTE ANESTÉSICO					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
LÍQUIDOS	12:00 - 12:30 - 13:00 - 13:30 14:00 - 14:30 - 15:00 - 15:30				MANUTENÇÃO ③ cefazolin - 3g ④ dexmedetomidina - 10g ⑤ rocurônio - 4g ⑥ Di Pinava - 3g ⑦ cetorolaco - 30g			
CÓDIGOS	VP-ARTE: O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO				ANESTESIA SATISF: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Não, por quê? _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	① Naqi → Asséptico/Anestésico, Pompão 10kg, mediano, único, asinus 26, em limbo, T-3-4-5 (1) + (2), sem intercorrências				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____			
POSIÇÃO	DDH → Sentado (Naqi) → DDH							
AGENTES	① Sol. Propofol - 15mg ② Primorf - 80mcg							
TÉCNICA	Naqi				CÂNULAS			
OPERAÇÃO	Expt. Cir. Proctostomia de tibia							
CIRURGIÕES	Dr. Ricardo + Dr. ELLER (13)							
ANESTESISTAS	MAONI LIMA							
OBSERVAÇÕES	Anest. de Aráquio-Linha MELB 6 ANESTESIOLOGISTA CRM 8029							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Dna Patrícia Mourão da Silva</i>	Idade: <i>37 a</i>	
Convênio:	Data: <i>14.05.2020</i>	
Procedimento: <i>TTO cirurgia pseudoartrose de tibia</i>		
Cirurgião: <i>Dr. Ricardo Queiroz</i>	Auxiliar: <i>Dr. Euler</i>	Anestesista: <i>Dr. Romi</i>
Início: <i>15:10</i>	Término: <i>17:10</i>	Anestesia: <i>Roqui</i>

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
<i>18:00</i>	<i>106 X 67</i>	<i>66</i>	<i>96</i>	<i>Orlando</i>	<i>-</i>	<i>Consciente</i>
<i>18:35</i>	<i>106 X 67</i>	<i>68</i>	<i>100</i>	<i>Orlando</i>	<i>+</i>	<i>Consciente</i>

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista 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		2
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:		10

Araino Lima
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM 8029

Assinatura do anestesista



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: Hospital de Inverno Código: _____
 Procedimento: Fixação de protese total de quadril Cód. Procedimento: _____
 Paciente: Ana Patricia Maranhão da Silva
 Data da Cirurgia: 31/05/12 Nº prontuário: 2153686 Convênio: BRICIM
 Cirurgião: Dr. Ricardo Pinheiro Código: _____
) Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	haste bloqueada tubular 09x280			
01	Parafuso Tempas			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (5.5) mm <i>Bloquear</i>	Nº	35	40				
	Qtd.	03	01				
	Cód.						
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Assinaturas do Médico

Wagner Luiz Egito de Arruda
MEDICO
 CRM - PB. 3926
 CRM - PB. 8926

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
 Faturar N.F para: _____
 Cód. do consultor: _____ Total: _____
 Cód. Instrumentador: _____

1. Name of the patient: _____
 2. Date of admission: _____
 3. Room No.: _____
 4. Ward No.: _____
 5. Name of the doctor: _____
 6. Name of the nurse: _____

MEDICAL
 10/10/2020
 10/10/2020

Time	Temp	Pulse	Respiration	B.P.	SpO2	Remarks
08:00						
10:00						
12:00						
14:00						
16:00						
18:00						
20:00						
22:00						
24:00						

7. General condition: _____
 8. Present illness: _____
 9. Past history: _____
 10. Family history: _____
 11. Social history: _____
 12. Allergies: _____
 13. Current medications: _____
 14. Investigations: _____
 15. Treatment: _____
 16. Prognosis: _____
 17. Signature of the doctor: _____
 18. Signature of the nurse: _____



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/05/2020

Horas: 11:04:07

Médico(a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153686 Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Idade: 037 Sexo: F

Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA Data de Nascimento: 13/09/1982 Admissão: 12/05/2020 DIH - 3

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico:

6.2

DIA 15/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 24h/24h	12
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 24
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,	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h FAZER ÀS 6H	20
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 15/05/2020 HORA: 11:03:32

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: ALTA HOSPITALAR PROGRAMADA PARA AMANHÃ

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Santos Rozendo
Médico Diarista
C.R.O. 117.172



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Data da Internação: 12/05/2020

Data da Alta: 16/05/2020

Registro: 2153686

Tempo de Permanência: -18395

Diagnóstico Inicial: PSEUDOARTROSE DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos: NÃO

Infecção F.O: NÃO

Coleta de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO, DAPIRONA E XARELTO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 16/05/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

NOME:										PRONTUÁRIO:											
Ana Patrícia																					
IDADE:			SEXO			COR:			PESO:			ALTURA:			CLÍNICA:			ENF.:		LEITO:	
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>												6.2			

DADOS CLÍNICOS:
MATERIAL A EXAMINAR:
EXAMES SOLICITADOS:
Radiografia do Tórax esquerdo AP + Perfil
URGÊNCIA:
ROTINA:
DATA:
 13/05

HORA DA SOLICITAÇÃO:

 Nattan Rosário
 CRM

Carimbo e Assinatura do Médico



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Semas todos
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Identidade:
2635564

Idade: 037

ENDEREÇO: JOANA GUEDES DE AQUINO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: MALVINAS

Nº 2153686

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PERNA , RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) , RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ,

Campina Grande - PB 14/05/2020 Hora:
16:34:00

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

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

RAIO X
REALIZADO EM:
14/05/2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Semas todos
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Identidade:
2635564

Idade: 037

ENDEREÇO: JOANA GUEDES DE AQUINO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: MALVINAS

Nº 2153686

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PERNA , RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) , RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ,

Campina Grande - PB 14/05/2020 Hora:
16:34:00

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

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

RAIO X
REALIZADO EM:
14/05/2020



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DE LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: A D A A M I L A M A R I A M A R I A										PRONTUÁRIO: 233			
IDADE:		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

catoble

RAIO X
REALIZADO EM:
12/05/20

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx PENNA (E) Av + mgl

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

12/5/20

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Ericsson A. M. M.
ORTOPEDIA E TRAUMATISMO
MEDICINA ESPORTIVA
SBOT 72w7

Sr(a): ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Protocolo: 0000526600 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): ERICSSON A. MARQUES Data: 12-05-2020 11:52 Origem: AREA AMARELA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 37 anos Destino: ENF 06 - L.02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 11:51]

Resultados**Valores de Referências****SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	4,09 milhões/mm ³	3,9 à 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,3 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	37,0 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	90 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 32,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	5.000 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	200	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Segmentados.....	60,0	3.000	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Basófilos.....	0	0	
Linfócitos			
Típicos.....	34,0	1.700	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	100	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	253.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


 Ana Cassia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3468-A3F8-9EEA-C4B9-723E-9A46-17AC-966E

Sr(a): ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Protocolo: 0000526600 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): ERICSSON A. MARQUES Data: 12-05-2020 11:52 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 37 anos Destino: ENF 06 - L 02

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'30"

Resultados anteriores: 22/09/19: 1'58" |

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 11:52]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO..... 8'30"

Resultados anteriores: 22/09/19: 7'00" |

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 11:52]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS


**Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411**

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: ESE2-0567-15B5-0D14-8D5F-5738-C4A8-5786

Sr(a): ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA Protocolo: 0000526600 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): ERICSSON A. MARQUES Data: 12-05-2020 11:52 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 37 anos Destino: ENF 06 - L 02

GLICEMIA

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 11:52]

Resultado..... **84 mg/dL**

VALORES DE REFERENCIA: 70 a 99 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: PLASMA OU SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

URÉIA

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 11:52]

Resultado..... **17 mg/dL**

VALOR DE REFERENCIA: 17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores: 22/09/19: 15 |

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO WIENER, METROLAB 2300

CREATININA

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 11:52]

Resultado..... **0,8 mg/dL**

Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00 mg/dL
5 dias a 3 anos.....: 0,20 a 0,40 mg/dL
4 a 11 anos.....: 0,30 a 0,70 mg/dL
12 a 17 anos.....: 0,50 a 1,00 mg/dL
Para adultos:
Homens:
18 a 60 anos.....: 0,90 a 1,30 mg/dL
61 a 90 anos.....: 0,80 a 1,30 mg/dL
Acima de 90 anos.....: 1,00 a 1,70 mg/dL
Mulheres:
18 a 60 anos.....: 0,40 a 1,10 mg/dL
61 a 90 anos.....: 0,60 a 1,20 mg/dL
Acima de 90 anos.....: 0,60 a 1,30 mg/dL

Resultados anteriores: 22/09/19: 0,5 |

Material: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300


**Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 6411**

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 138B-B26A-4DC0-1227-04F6-23C7-9DF7-A9C4

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

1. IDENTIFICAÇÃO Ana Patrícia Novinho

DATA: 12/05/20

Nome: _____ Idade: 37 Sexo F Enf/Leito 6.2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Pseudo osteíte Tibial E.

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:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

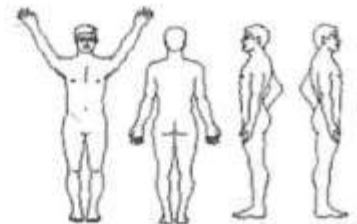
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) 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 (X) DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

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

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

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
			<u>86</u>								SOG/SNG/SNE	
<u>09:00</u>	<u>116 /</u>										SVF	
	<u>68</u>										CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

1950

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ana Patrícia Idade: 37 anos Sexo Tem. Enf/Leito 6/2. DATA: 13/05/2020

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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: _____

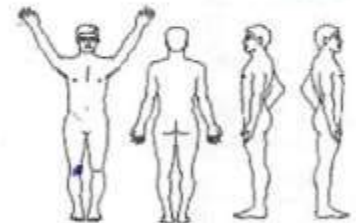
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

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: PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°c)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
09:00	110x80	36°	79	98	433						SOG/SNG/SNE	
											SVF	
					129						CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Paciente permanece estável, sem queixas até o momento, aos cuidados da equipe 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 () BATOMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUIZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input checked="" type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	<input checked="" type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input checked="" type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	<i>CAVP.</i>
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input checked="" type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR <input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR <input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS <input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	<i>6/6 hvo.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS <input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>Sempre</i>	<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
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

Fonte:

Assinatura e Carimbo:

Cássia Mirelly E. da Costa
 COREN-PB/336022-ENF

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

1. IDENTIFICAÇÃO *Ana Patrícia Marinho da Silva* DATA: *15/05/2020*
 Nome: Idade: *37* Sexo: *F* Enf/Leito: *6.2*

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: *FO - Pseudotumorose Tibia E*

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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: _____

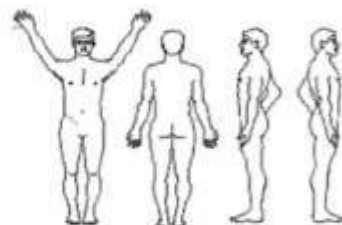
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

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 () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
<i>09:28</i>	<i>110x60</i>									<i>stb</i>	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 () BATOMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> 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% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR <input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	6/6hs	<input checked="" type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS <input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
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

FORTE:

ASSINATURA E CARIMBO:

Barbara Albuquerque V. Araujo
 COREN-PB 538.571-ENF

Marcia de Oliveira Catano
 Técnica de Enfermagem
 COREN-PB 1114683



Somos todos PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2153648 CLASS. DE RISCO: AZUL

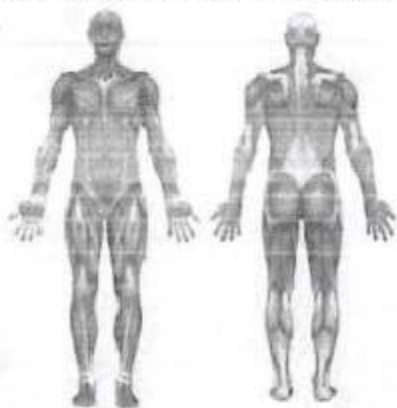
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 12/05/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA
CEP:58400002 Nascimento:13/09/1982
Sexo:F Telefone: 87191914
Endereço:JOANA GUEDES DE AQUINO
Idade:037 Bairro:MALVINAS
RG: 2635564 Nº:125
Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA
Responsável: CPF: Profissão:SERVICOS GERAIS
Estado Civil:Casado(a) Data de Atend:12/05/2020
Motivo: RETORNO AMBULATORIO ORTOPEDIA Hora: 07:02:01
CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LÓCAL 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. Creptação 23. Laceração
6. Dor 24. Lesão tendinía
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:

Handwritten medical notes and signature in the diagnosis field.

Handwritten note: raio x no pé da Pn Bricsson

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLINICOS
Handwritten notes and signature in the primary exam section.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às Dia
Especialista: / às Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Table with columns: Nº, PRESCRIÇÕES E CONDUTAS, HORÁRIO REALIZADO. Contains handwritten entries for procedures.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X REALIZADO EM: 12/05/20

Handwritten signature and stamp of Dr. GOTTI ASSOLI A. Marques, CRM 4770 SBOT 7297















REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA



SOCIEDADE / ORGANIZADOR
2635564 SSP PB

CPF 010.371.774-95 DATA NASCIMENTO 13/09/1982

RESIDENCIA
HERCILANO VIEIRA DA SILVA
GERALDINA ELITA M DA SILVA

FORMACAO ACC CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO 06518239832

VALIDADE 06/07/2026

VALIDACAO 27/11/2015

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1350656167



LOCALIDADE DE EMISSAO

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSAO 29/11/2016

Arvalde
ASSINATURA DO DETRAN

59445511880
PB033645671

PROBADO PLASTIFICAR
1350656167

DETRAN - PB (PARAIBA)



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190717057 Data de solicitação: 21/09/2019
DD/MM/AA
Nome do beneficiário: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA CPF do beneficiário: 01037177495
Nome do solicitante: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA CPF do solicitante: 01037177495

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 999953165 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
 Novos documentos médicos
 Laudo do IML
 Boletim de Ocorrência
 Notas fiscais complementares
 Outros: _____ (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

REQUER A REANALISE DA LESÃO DA AUTOR, EM FACE DE NOVAS CIRURGIAS REALIZADAS EM FACE DA LESÃO DOA CIDENTE, REQUERENDO QUE SE POSSIVEL SEJA DETERMINADO PERICIA MÉDICA PARA ANALISE DA LESÃO QUE SÓ VEM SE AGRAVANDO A CADA DIA!

CAMPINA GRANDE-PB 09/12/2020

Local e Data

Ana Patrícia Marinho da Silva.
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assinie e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466015/19

Vítima: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

CPF: 010.371.774-95

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA : 010.371.774-95

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: 23/12/2019
Nome: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA
CPF: 010.371.774-95

ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA