



Número: **0812318-53.2021.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **22/06/2021**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA (AUTOR)	GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
JANIO DANTAS GUALBERTO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74324032	05/06/2023 11:48	Petição	Petição
74324033	05/06/2023 11:48	2838233_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
74324034	05/06/2023 11:48	2838233_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Carta nº 15283750

Pag. 00703/00704 - carta_01 - INVALIDEZ

00010362





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

Pag. 01863/01864 - carta_15R - INVALIDEZ





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, 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: INTERRUPÇÃO 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

Pag. 01455(01456 - carta_02 - INVALIDEZ

00030728



Carta nº 16489535



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 - OSTEOSSÍNTESE 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



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000435572-0

Nr. da Autenticação 67522DBA6A7ADC03



**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 seqüela 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.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 04660151-99 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: 01037177495

7 - Profissão: servidora pública 8 - Endereço: Rua Seno Guedes Aquino 9 - Número: 125 10 - Complemento:

11 - Bairro: Pedreiras 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58433326

15 - E-mail: 16 - IN (DDD): 83 986424993

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 SEM RENDA R\$1.000 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00435572 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico-Legal (IML) para os fins de requerimento 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, considerando, 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 nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou 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 nasoburo (viriassos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

MORTE

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 _____

NÃO ALFABETIZADO

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 23/12/2019

Ana Patrícia Mourinho da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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



OCORRÊNCIA Nº 000248/19

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

ANA PATRÍCIA MARINHO DA SILVA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Nº 000.341-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 04660151-19
 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: 01037177495
 7 - Profissão: servidora pública
 8 - Endereço: Rua Seno Guedes Aquino
 9 - Número: 125
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Pedreiras
 12 - Cidade: Campina Grande
 13 - Estado: PB
 14 - CEP: 58433326
 15 - E-mail: 83986424993

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00435572
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico-Legal (IML) para os fins de requerimento 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, considerando, 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 nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NAO 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/beneficiário (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 GURDES AQUINO, 125 - BODOCONGO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58433325 (AG: 401)



ENERGISA ENERGIA E DISTRIBUICAO DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Azevedo, 4750 - BR200 - KM 159 - Três Rios/RJ
Campina Grande/PB - CEP 58423-700
CPF: 08.625.526/0001-05 - Insc. Est. 16.020.829-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº004.666.404
Cód. para Deb. Automático: 0010026461

Ligação: MONOFÁSICO
CIR/SEC: RES MTC 21 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 11 - 401 - 802 - 8600 Referência: Set / 2019
Medidor: 00006051441 Emissão: 18/09/2019

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	18/09/2019	18/10/2019	010.371.774-06

UC (Unidade Consumidora): 4/29545-1

Canal de contato

Anterior	Atual		Constante	Consumo	Dias
	Data	Leitura			
18/09/18	4718	18/09/19	4907		30
Demonstrativo					
0801 Consumo em kWh	139.000 070394		70,00	70,00	30
0801 Adq. B. Veredito	9,23		8,28	1,70	0,23
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0907 CONTRA LUM. PUBLICA	10,74		0,00	0,00	0,00
0904 JUROS DE MORATÓRIO	1,11		0,00	0,00	0,00
0906 MULTA DN2018	1,82		0,00	0,00	0,00

CCI. Código de Classificação do Item TOTAL 98,21 88,14 29,26 88,14 0,57 2,65
Tarifa at. Tributos: 0,607380

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

Histórico de Consumo (kWh)

Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Agv/19
114	121	113	105	111	117	88	105	116	112	105	111

RESERVADO AO FISCAL
ede2.bf83.a4d0.64be.ac7d.892e.a7e3.a77c.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 9,55	1,00	NORMAL 220	Serviços de Dist. de Energia	17,76	17,86
DIC TRIMESTRAL 11,10			Comércio de Energia	34,10	34,23
DIC ANUAL 22,21	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202	Encargos de Transmissão	2,17	2,18
FC MENSAL 9,55			Encargos Setoriais	4,21	4,21
FC TRIMESTRAL 13,33	1,00	LIMITE SUPERIOR 231	Recursos Distas e Encargos	79,92	80,18
FC ANUAL 14,41			Outros Serviços	0,00	0,00
DMSC 10,20	1,00		Total	99,61	100,00
DCRI 12,21					

Valor do D.U.30 (Ref. 7/2019): R\$ 28,20



21/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

compr

GOVERNO DA PARAIBA 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 MARINHO DA SILVA CEP:58400002 Nascimento:13/09/1982

Endereço:JOANA GUEDES DE AQUINO Sexo:F Telefone: 87191914

Cidade: Campina Grande Idade:037 Bairro:MALVINAS

Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA RG: 2635564 Nº:125

Responsável: CPF: Profissão:SERVICOS GERAIS

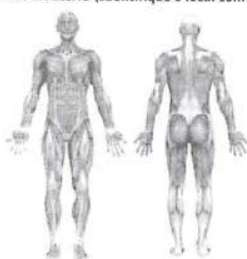
Estado Civil:Casado(a) Data de Atend:21/09/2019 CNS:700003060220403

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 19. Fratura óssea fechada
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
3. Anúsião 21. Hematoma
4. Contusão 22. Ingurgitamento Venoso
5. Creptação 23. Laceração
6. Dor 24. Lesão tendínia
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. Parestia
14. F. Cortante 32. Parestesia
15. F. Cortante 33. Queimadura
16. F. Corte-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: Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DAD LÍNICOS

paciente vítima de acidente moto x moto apresentou dor da imputação em MIE associado a deformidade do membro, não, não, não, não e comete cado no glo, não, não, não, não e folicos.

ALERGIA: (A): Vici crônico, (B): Toux seu, (C): Toux seu, (D): Toux seu, (E): Toux seu, (F): Toux seu, (G): Toux seu, (H): Toux seu, (I): Toux seu, (J): Toux seu, (K): Toux seu, (L): Toux seu, (M): Toux seu, (N): Toux seu, (O): Toux seu, (P): Toux seu, (Q): Toux seu, (R): Toux seu, (S): Toux seu, (T): Toux seu, (U): Toux seu, (V): Toux seu, (W): Toux seu, (X): Toux seu, (Y): Toux seu, (Z): Toux seu.

MEDICAMENTOS: Fluoxetina

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Autoneira Realizada em: 21/09/19 Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Table with columns: Nº, PRESCRIÇÕES E CONDUTAS, HORÁRIO REALIZADO. Row 1: 1, Tramadol 100mg + 100mg SFO, 98% EV apena, 21/09/19.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Realizado em: 21/09/19

Dr. Sebastião Viana Filho CIRURGIÃO GERAL CRM: 5502 CREMEPE 20598



HOSPITAL DE EMERGENCIA 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
ESPECIFICACAO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

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

DIABETES ()SIM ()NAO
DEF. MOTORA ()SIM ()NAO

ALERGIAS:

MEDICACAO EM USO:

ESTADO GERAL:

AVALIACAO NEUROLOGICA

SINTOMAS REFERIDOS
() CONVULSAO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APATICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

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



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG
ENFERMEIRO COREN
DIA: 21/09/2019
DIA: 21/09/2019



21/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Ma. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Fabio De Moura Spa

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 21/09/2019



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

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: CARLOS ANDRÉ

Anestesista: 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. ASSEPSIA 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-PA 3119



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, Dispnéia = 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: Ana Patrícia marinho da Silva N 13/09/82

QI — LEITE Sulu 04 CONVÊNIO SUS IDADE 37a REGISTRO 1497092

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

ANESTESIA Tábita + Squirula ANESTESIA Dr Murcio

INSTRUMENTADORA André DATA 21/09/2019 INÍCIO 16:00 FIM 17:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.			Catgut cromado Sertix
02	Dimofa amp. <u>92mg</u>			Catgut Simples
	Dolanina amp.			Catgut Simples Sertix
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.			Catgut Simples Sertix
1	Fentanil ml <u>font</u>			Cera p/ osso
	Inova ml			Ethibond
	Ketalar ml			Ethibond
01	Mercaína <u>Desodor</u> % ml			Ethibond
	Nubahin amp.			Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	05		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml	05		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		09	Mononylon <u>20-0-00</u>
	Thionembatal ml			Mononylon
	Tracrium amp.		01	Prolene Serfix <u>2</u>

Qtd.	MEDICAÇÕES	Qtd.	SOROS
02	Água Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi n° 20
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 11
02	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi n° 15
	Flaxidól amp.	03	Luvas 7.0
	Fiebo cortid amp.	02	Luvas 7.5 <u>cep</u>
	Geramicina amp.		Luvas 8.0 <u>ce</u>
	Glicose amp.	36	Luvas 8.5
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m
	Haemacel ml.	05	Poliflix
	Heparema ml.		PVPI Degemante ml <u>luvas, chup</u>
	Kanakion amp.		PVPI Tópico ml.
	Lasix amp.		Sabão Antisséptico
	Medrotilnazol.	01	Saco coletor
	Plasil amp.		Seringa desc. 10 ml
	Prolamina	02	Seringa desc. 20 ml
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml <u>ce</u>
	Suptanon amp.		Sonda
02	Cefazolin 1g		Sonda foley
01	Toragasic		Sonda Nasogátrica
			Sonda Uretral n°
			Sterydrem ml
			Torneirinha
			Vaselina ml
			Gelcon 18

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	Aguilha desc. 25x140x12		
	Aguilha desc. 28 x 28	02	
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	
	Aguilha p/ raque n°		
05	Álcool de Enfermagem <u>70%</u>		
	Álcool Iodado ml		
03	Ataduras de Crepon <u>20cm</u>		
	Ataduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		

EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	Oxímetro de Pulso
<input type="checkbox"/>	Serra
<input type="checkbox"/>	Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	Foco Frontal
<input checked="" type="checkbox"/>	Fonte de Luz
<input type="checkbox"/>	Foco Auxiliar
<input type="checkbox"/>	Eletrocautério
<input type="checkbox"/>	Oxicapnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Cardiomonitor
<input type="checkbox"/>	Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

REGISTRO ANVISA: 10108770128
 REEP: TEO RODRIG L PAULA - CREA 552031183
 CLASSE: I QTD: 1
 REF: 0933-001-350 LOTE: 0433/1117

0004505

ESTERILIZADO

VAL: 01/2023



NO. A DE SALA - CIRURGIA GERAL

FIXADORES EXTERNOS
FIXADORES LINEAR ESTERIL - IMPOL
FIXADOR LINEAR ROFA II

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

PINO E FIO RIGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS
PINO DE SCHANZ
TAM. Ø5,0 X 180MM
ROSCA 50 MM
MATERIAL ASTM F138

REGISTRO ANVISA 10108770114
RESP. TEC. Douglas C. NUNES - CREA 5038828-1
CLASSE: III QTD: 8
REF.: 0920-005-180 LOTE: 0324/1017

PRODUTO DE USO ÚNICO
"Prezado(a) usuário(a), este produto é destinado para uso único e não deve ser reutilizado para nenhuma outra finalidade." (Instruções para o usuário)

VAL: 022023
02/2018

STERILE R




SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>ANA PATRÍCIA M. A SILVA</u>			IDADE: <u>37</u>	SEXO: <u>F</u>	COR	
DATA: <u>21/09/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>130 x 90 mmHg</u>	PULSO: <u>85 bpm</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>fratura exposta dos ossos da RN-A EIA</u>					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂							
LÍQUIDOS								
CÓDIGOS VP - ARTERIAL; P - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO	250	<u>REC6 x PA = 2 x SpO2</u>						
	240							
	220							
	200							
	180							
	160							
	140							
	120							
	100							
	80							
	60							
	40							
20								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>Início -></u> <u>Termino -></u>							
POSIÇÃO								
AGENTES								
TÉCNICA					CÂNULAS			
OPERAÇÃO	<u>Proct. Chingilo</u>							
CIRURGIÕES	<u>Fábio SPA</u>							
ANESTESISTAS	<u>Max - UO</u>							
OBSERVAÇÕES	<u>3801</u>							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



GOVERNO DA PARAÍBA

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)

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 DE SEDIMENTO DA URINA ,

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

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTODONTIA TRAUMATOLOGIA
C.R.M. - PB 8926
Médico: Wagner Luiz Egito de Araujo





GOVERNO DA PARAÍBA

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	RANITIDINA 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 MEDICO, RETORNO PARA CONSULTAS AMBULATORIAIS, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FIXADOR EXTERNO, CASO INTERCORRENCIAS 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 - TRANMATOLOGIA
CRM - PB 8926





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, LIMITACAO DE MOVIMENTO. FOI REALIZADO FIXACAO DE EXTERNA SEM INTERCORRENCIAS. SEGUNSO ORIENTACAO DE DR BRUNO BRILHANTE A FIXACAO EXTERNA SERA TRATAMENTO DEFINITIVO, MEMBRO ESTA BEM ALINHADO

orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, ATESTADO MEDICO, RETORNO PARA CONSULTAS AMBULATORIAIS, ORIENTACOES 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: Wagner Luiz Egito de Araujo
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA
CRM - PB 81495

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 24 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 24 06
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 4AMPOLA, 6h/6h	24 24 06
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	24 24 06
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	24 24 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8/8 H	SIN
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	sim
10	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

J.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 10.148/19.215





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 osso perna.* **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 18 24
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 0D/7D Diluir em 50 ML SF	12 18 24 30 36 42 48 54 60 66 72 78 84 90 96 102 108 114 120
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 18 24 30 36 42 48 54 60 66 72 78 84 90 96 102 108 114 120
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 4AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30 36 42 48 54 60 66 72 78 84 90 96 102 108 114 120
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30 36 42 48 54 60 66 72 78 84 90 96 102 108 114 120
7	RANTIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12 18 24 30 36 42 48 54 60 66 72 78 84 90 96 102 108 114 120
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 H	5N
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 (++/+).
 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

NDUTA:

- DESMAME DE SVD
- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
 Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
 MR. Ortopedia Traumatologia
 CRM-17785





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
Clínica: 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 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	V

ORTOPÉDIA +

FÊMUR EXPÓSITO OSSO DO PERNO ESQUERDO

PACIENTE ADMITIDA APRESENTANDO FÊMUR GROSSO
OSSO DO PERNO ESQUERDO. SUBMETIDA A
CAMPANA MECÂNICA - CIRURGIA DE REDUÇÃO GROSSA
DA FÔRMA COM SF 90%. FLEXÃO EXTENSÃO
BIPOLAR PULSOS DISTAIS AMPLOS AO
TÉRMINO DO PROCEDIMENTO COM MIG.
SOLICITA MAIS GREFE CONTRA O

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





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/05/2020

Horas: 07:45:38

Médico (a) Diarista : Joao Paulo Oliveira Nunes

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 SÓDICA 500 MG V.O, 01COMP, FAZER SE NECESSARIO	SU
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

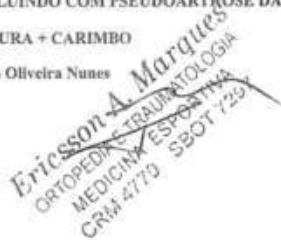
EVOLUÇÃO

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





Somos 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 - 1

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

6.2

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
CRM-PS 10227

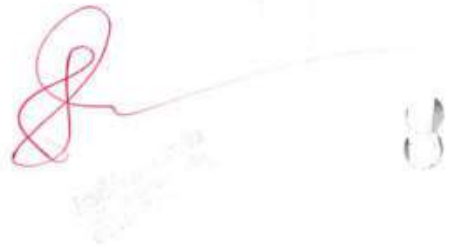


paciente consciente orientado sinais vitais
afirmados, assistida sem nenhuma queixa
relati aos cuidados da Coqueiro de Plantão

OBS: Pac. sem
queixas

M. etano
Tel. ragem
CORRENTE 114683

13.05.2020 { H 110 x 70 - Hg
20:00


8

14.05.2020
06:00h

HGT: 91 cm / alt
Paciente segue sem
queixas até o momento
e foi medicada conforme
na prescrição


CORRENTE 114683





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/05/2020

Horas: 12:27:03

Médico(a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

C.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

Clinica: 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 a partir das 00:00</i>	<i>SND</i>
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O, 01COMP, FAZER SE NECESSARIO	
3	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>(22) etc</i>
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

E-RECEIÇÃO

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
CRM 10.100



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. IFRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR 12h/12h 0D/1D	
4	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	
7	Reconstituir 2ML ABD,	
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 01SERINGA, 24h/24h	
10	FAZER ÀS 6H	
11	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

paciente com tromboembolia pós-operatória

EVOLUÇÃO

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

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

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

ASSINATURA + CARIMBO
 Euler Fabricio Alves Cruz

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



04
05
20

1900 PA-110x60 FC-80

Doente retarda
do cc ms
POS operatório

Marlene de Queiroz
COREN - PB 433.167-TE

14
05
20

2200bs

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 *memo*

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. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + 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

[Handwritten signature]

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



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Ampa

PACIENTE: <i>Uma Patricia marinha da silva DM. 1310911902</i>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<i>sala 03</i>	<i>Sus</i>	<i>37 a</i>	<i>2123506</i>		
CIRURGIA <i>Trc curvy. Fract. cesso da pele (E)</i>			CIRURGIÃO <i>Dr. Ricardo Amorim + Dr. Euler (R3)</i>			
ANESTESIA <i>Raqui</i>			ANESTESIA <i>Dr. Wagner (R2)</i>			
INSTRUMENTADORA <i>Flores</i>		DATA <i>14/05/2020</i>	INÍCIO <i>15:10</i>	FIM <i>17:30</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
		<i>01</i>	Calel. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
			Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
			Compressa Grande <i>1.0</i>		Catgut cromado Sertix	
<i>01</i>			Compressa Pequena		Catgut Simples	
			Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
			Dreno		Catgut Simples Sertix	
			Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
			Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
			Dreno Pezzer nº		Ethibond	
			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<i>01</i>	<i>Mercaina Resada</i>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
			Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
			Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
		<i>015</i>	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
			Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
<i>02</i>	<i>Quelicim Terapexic</i>	<i>015</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
			H ₂ O ₂ ml	<i>04</i>	Mononylon <i>2.0</i>	<i>0.000</i>
			Intracath Adulto		Mononylon	
			Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23 <i>1.0</i>		Prolene Serfix	
		<i>02</i>	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
<i>01</i>			Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
<i>02</i>		<i>04</i>	Luvas 7.0 <i>0.00</i>		Vicryl Serfix	
		<i>03</i>	Luvas 7.5 <i>1.0</i>	<i>01</i>	Vicryl Serfix <i>2.0</i>	<i>0</i>
		<i>02</i>	Luvas 8.0 <i>0.0</i>		Vicryl Serfix	
			Luvas 8.5			
		<i>3ml</i>	Oxigênio l/m			
			Poliflix			
		<i>015</i>	PVPI Degemante ml			
			PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
		<i>015</i>	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
		<i>05</i>	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
		<i>02</i>	Seringa desc. 10 ml <i>0.0</i>		SG Hipertérmico fr 500 ml	
		<i>01</i>	Seringa desc. 20 ml <i>0.0</i>		SG Ringr fr 500 ml	
		<i>02</i>	Seringa desc. 05 ml <i>0.0</i>		SG fr 500 ml	
			Sonda			
			Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
<i>02</i>			Sonda Nasogátrica	<i>01</i>	<i>BIO ASTER DE TIBIA</i>	
<i>01</i>	<i>nausedron</i>		Sonda Uretral nº	<i>04</i>	<i>Paraf Bloqueio</i>	
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
<i>01</i>			Gelcon 18		(+) Oxímetro de Pulso	(+) Foco Auxiliar
			Latex		() Serra	() Eletrocautério
		<i>05</i>	<i>eletrodos</i>		() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo
					(+) Foco Frontal	(+) Cardiomonitor
<i>015</i>					(x) Fonte de Luz	(x) Perfurador Elétrico
<i>04</i>						

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Jeanne Patrícia da Silva
 TEC. ENFERMAGEM
 COREN-PB 1015067

MOD 066





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

Arápio Lima
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM 8029

Assinatura do anestesista





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: Hospital de Incuráveis Código: _____
 Procedimento: Fixação de protese total de quadril Cód. Procedimento: _____
 Paciente: Ana Patrícia Maranhão da Silva
 Data da Cirurgia: 24/05/18 Nº prontuário: 2153686 Convênio: OROCIM
 Cirurgião: M. Ricardo F. ... Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	haste bloqueada lateral 09x280			
01	parafuso tempo			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

				Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (1,5) mm <i>Bloqueado</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.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

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

Assinaturas do Médico

Wagner Luiz Egito de Araújo
MEDICO
 CRM - PB - 3926
 CRM - PB - 0926



Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 05/06/2023 11:48:13





Seamos todos
PARAIBA
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
Clínica: 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	1 ^o
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	TENOXCAM 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	

EXCLUSÃO

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





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:OSTEOSSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião:RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção F.O:NAO

Coleta de Material:NAO

Bacteriologia:NÃO

Anatomopatológico:NÃO

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

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

Medicações para Casa::CIPROFLOXACINO, DAPIRONA E XARELTO

Condições de Alta::Melhorado

Data16/05/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL : Nattan Santos Rozendo De Oliveira





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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: <i>Ana Torres</i>										PRONTUÁRIO:		
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.: <i>6.2</i>	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: *Reduções do Papanicolaou SP4 Partil*

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		 Nattan Romão Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: <i>13/05</i>		HORA DA SOLICITAÇÃO:		

RAIO X
REALIZADO EM:
13/05/20

MOD. 002







Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



ESTADO DA PARÁIBA - 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

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

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

RAIO X
REALIZADO EM:
14/05/2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



ESTADO DA PARÁIBA - 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

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

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

RAIO X
REALIZADO EM:
19/05/2020





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DE LUÍZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: A DA AMÍLIA MARQUES DA						PRONTUÁRIO: 239	
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: *costela*

RAIO X REALIZADO EM: 12/05/20

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: *Rx PENNA (E) Aq + mgl*

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 12/5/20	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Ericsson A. Moreira
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DE LUÍZ GONZAGA FERNANDES
CLÍNICA ESPORTIVA
SBOT 7247

MOD. 002



6.2



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): 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]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referências
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 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

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

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
Ana Cassia Miguel Agra
Biomedica
CRBM 5411

Emissão : 12/05/2020 13:17 - Página 2 de 3

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





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): 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

Emissão : 12/05/2020 13:17 - Página 3 de 3

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]

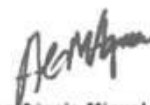
Resultado..... 0,8 mg/dL

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 1,30 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
Biomedica
CRBM 5411

Emissão : 12/05/2020 13:17 - Página 1 de 3

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 Mourão DATA: 12/05/20

Nome: Idade: 37 Sexo F Enf/Leito 6.2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias (N) Qual? Doença (N) HAS (N) DM
() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: ___ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Pseudo tuberculose

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:

ALTAÇÃO: () 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

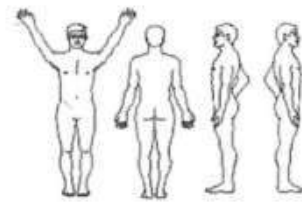
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	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)			
			86								SOG/SNG/SNE	
09:00	116 / 68										SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% () 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	MIT / N	<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	simples	<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 () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? SIM () NÃO

FONTE:

ASSINATURA E CARIMBO:

Samara Veríssimo Quaresma
 Enfermeira
 CRP 10.123/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/06/2023 11:48:13





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

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEÇÃO 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: _____

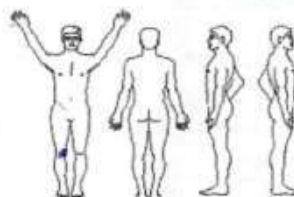
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

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	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)		(0a10)	(Kg)			
09:00	110x80	36°	79	98	133						SOG/SNG/SNE	
											SVF	
					129						CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORREÇÕES 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 () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input checked="" type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	<input checked="" type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA <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	CAUP.
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	6/6 hvb.	<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	Sempre	<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:


 Cassia Mireilly F. 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: ___ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

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

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) 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:

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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) 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 () DEPENDENTE (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

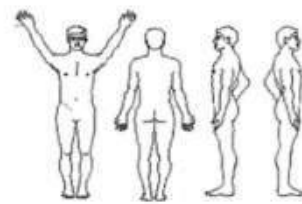
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
09:23	110/60									stb.	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
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	6/6 hs	<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 () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? SIM () NÃO

FONTE:

ASSINATURA E CARIMBO:

Barbara Albuquerque V. Araujo
 COREN-PB 538.571-ENF

Marcia Evelyn Castano
 Técnica de Enfermagem
 COREN-PB 1114683



12/05/2020

HTCG-Painel Administrativo



Seamos todos PARAIBA

Governo do Estado

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 Boleim 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:JANA GUEDES DE AQUINO Idade:037 Bairro:MALVINAS

Cidade: Campina Grande Idade:037 Bairro:MALVINAS

Nome da Mãe: GERALDINA ELITA M DA SILVA RG: 2635564 Nº:125

Responsável: CPF: Profissão:SERVICOS GERAIS

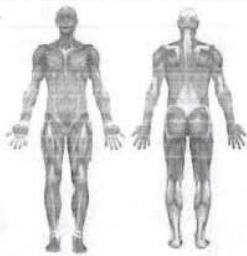
Estado Civil:Casado(a) Data de Atend:12/05/2020 CNS:700003060220403

Motivo: RETORNO AMBULATORIO ORTOPEDIA Hora: 07:02:01 CONVÊNIO:SUS

ORFICHA: Mecanismos do Trauma

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 tendínia
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. Cortante 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: Fratura de tíbia

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLINICOS

Alfina M. M.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às Dia: /

Especialista: / às Dia: /

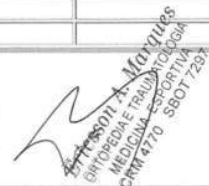
MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Table with columns: Nº, PRESCRIÇÕES E CONDUTAS, HORÁRIO REALIZADO. Contains handwritten notes and a signature.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X REALIZADO EM: 12/05/2020



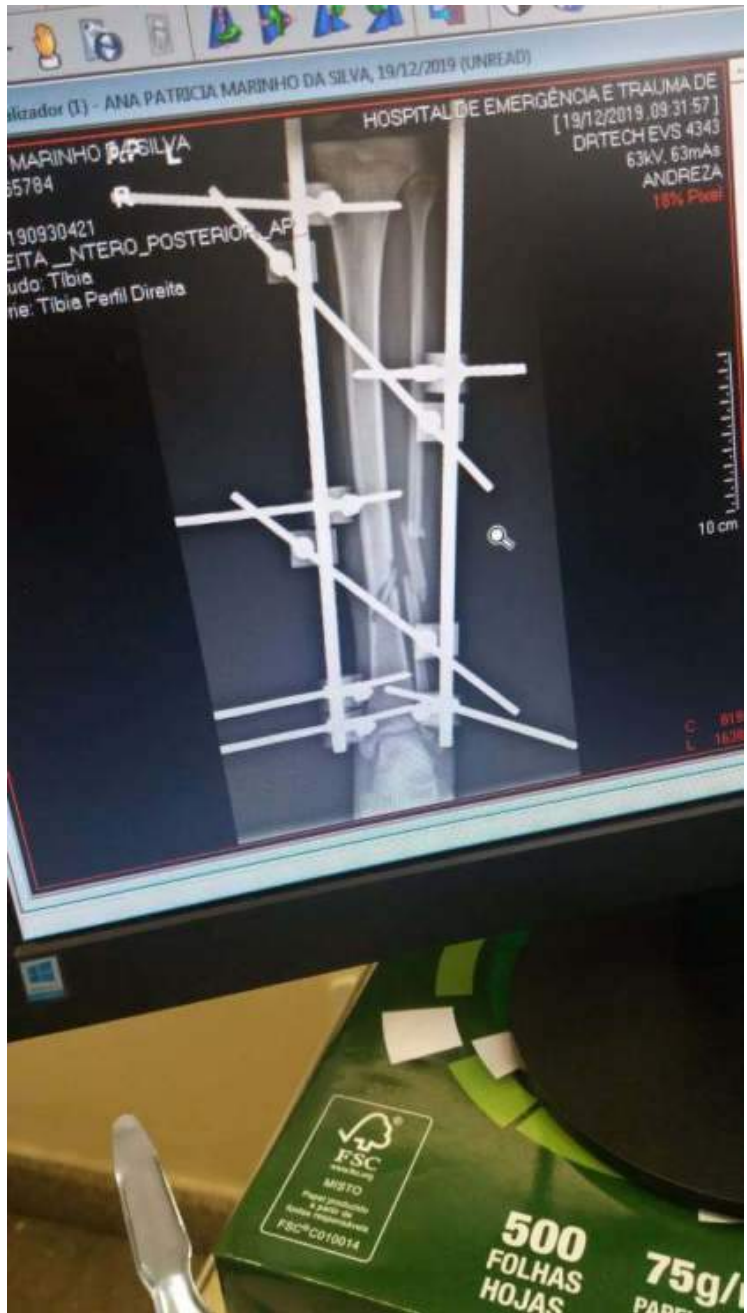














REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

SOCIEDADE / ORIGEM DE F: 263564 SSP PB

CPF: 010.371.774-95 DATA NASCIMENTO: 13/09/1982

FRACAO: HERCULANO VIEIRA DA SILVA GERALDINA ELITA M DA SILVA

FRENTE: [] [] [] CATEGORIA: AB

Nº INSCRIÇÃO: 06518239832 VALIDADE: 06/07/2020 1ª EMISSÃO: 27/11/2015

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1350656167

A :

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO: 29/11/2016

59445511880 PB033645671

DETRAN - PB (PARAIBA)

HABILITADO PLÁSTICA 1350656167





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 2583 | 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, assine 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANA PATRICIA MARINHO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08123185320218150001

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

DO LAUDO PERICIAL

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 1 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/06/2023 11:48:14
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060511481372600000070041210>
Número do documento: 23060511481372600000070041210

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/06/2023 11:48:14
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060511481372600000070041210>
Número do documento: 23060511481372600000070041210