Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2017

Carta n°: 11914743

A/C: EMANUEL ALMEIDA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170583340 ASL-0415676/17**
Vitima:	**EMANUEL ALMEIDA COSTA**
Data Acidente:	**10/07/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**JOSEILTON FARIAS PEREIRA**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00877/00878 - carta_01
00020439

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2017

Carta n°: 11934386

A/C: EMANUEL ALMEIDA COSTA

Sinistro:	**3170583340 ASL-0415676/17**
Vítima:	**EMANUEL ALMEIDA COSTA**
Data Acidente:	**10/07/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**JOSEILTON FARIAS PEREIRA**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00881/00882 - carta_02
00060441

Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Carta n°: 12040614

A/C: EMANUEL ALMEIDA COSTA

Nº Sinistro:	**3170583340**
Vitima:	**EMANUEL ALMEIDA COSTA**
Data do Acidente:	**10/07/2016**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**JOSEILTON FARIAS PEREIRA**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **EMANUEL ALMEIDA COSTA**
Valor: **R$ 2.531,25**
Banco: **104**
Agência: **000002221**
Conta: **0000018635-9**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**2.531,25**

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R$	**2.531,25**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01139/01140 - carta_15R - INVALIDEZ
00020570

Autorizacao de pagamento

LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 22120
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	104-919-984-73	EMANUEL ALMEIDA COSTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
EMANUEL ALMEIDA COSTA	104-919-984-73	NECUSO

Endereço	Número	Complemento
RUA - FRÉICLEMENTINO	119	

Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	LAGOA SÊCA	PB	58.117000

Email	Telefone (DDD)
luisgustavoredasilvanascimento@gmail.com	83 998 555576

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2221		18635-9	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

LAGOA SÊCA, 25 de OUTUBRO de 2017
Local e Data

Emanuel Almeida Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG BORBOREMA
DATA: 19/10/2017 HORA: 17:00:32
TERMINAL: 07371686 CONTROLE: 073716860299

AGENCIA: 2221 - FIEP
CONTA: 013.00018635-9
CLIENTE: EMANUEL ALMEIDA COSTA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG BORBOREMA
DATA: 19/10/2017 HORA: 17:00:32
TERMINAL: 07371686 CONTROLE: 073716860299

AGENCIA: 2221 - FIEP
CONTA: 013.00018635-9
CLIENTE: EMANUEL ALMEIDA COSTA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA MUNICIPAL DE LAGOA SECA -
R. José Jerônimo da Costa,412 - Centro - Lagoa Seca - PB PC01 - 58117-000 - 83-3310-9300

Boletim de ocorrencia

OCORRÊNCIA Nº 000981/16

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 000981/16 registrada em 10/08/2016, que passo a transcrever na Integra: Aos dez dias do mês de agosto do ano de 2016, nesta cidade de Lagoa Seca - PB PC01, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA MUNICIPAL DE LAGOA SECA - PB, quando encontrava-se presente o Bel. LUCIANO MENDONÇA CAVALCANTI, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:28 horas, compareceu o Sr. EMANUEL ALMEIDA COSTA, com 2 anos de idade, filho de JOSE JERONIMO DA COSTA e COSMA ALNEIDA COSTA, de nacionalidade BRASILEIRA,natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão MECANICO DE AUTO, portador da Cédula de Identidade Nº 3486943, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10491998473, residindo à rua FREI CLEMENTINO, 119, CASA, bairro CENTRO, na cidade de Lagoa Seca - PB PC01 - PB, fone 9-.

Declarou que:

QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO - QUE O CONDUTOR TEM CNH DE Nº 05914819061 - NO DIA 10/07/2016 POR VOLTA DE 20:22 HORAS DEU ENTRADA NO HOSPITAL DE TRAUMAS DE CAMPINA GRANDE/PB QUE UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO BATEU DE FRENTE QUANDO IA CHEGANDO NO FLORIANO - DISTRITO DE LAGOA SECA/PB, QUE A VITIMA PILOTAVA O SEGUINTE VEICULO TIPO: HONDA CB 300 R DE COR VERMELHA ANO:2013/13, DE PLACA: OGA 5446/PB CÓD. RENAVAM : 00546914-8 CHASSI: 9C2NC4910DR016286 QUE O MOTORISTA QUE BATEU NA VITIMA AINDA NÃO FOI IDENTIFICADO - QUE SOCORREU A VITIMA FOI O SAMU DA CIDADE DE ALAGOA NOVA/PB, NO DIA 10/07/16, POR VOLTA DE 19 HORAS NA PISTA; QUE QUEBROU O TORNOZELO, A "BACIA", E O JOELHO ESQUERDO E TEVE VARIAS LESÕES PELO CORPO - COM FRATURAS - COPIA EM ANEXO - QUE APRESENTOU DUAS TESTEMUNHAS: ARTUR ALCANTARA DA SILVA RG DE Nº 3530895 SSPPB E JANAINA LIMA DE SANTANA RG DE Nº 3276651 SSPPB. 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.

Lagoa Seca - PB PC01, Sexta-feira, 1 de Setembro de 2017

Emanuel Almeida Costa
EMANUEL ALMEIDA COSTA
Declarante

JOSÉ FERREIRA NUNES
Escrivão

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaracao de Inexistencia de

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, EMANUEL ALMEIDA COSTA, portador da carteira de identidade nº 3486943 e inscrito no CPF/MF sob o nº 104-919-984-73 residente e domiciliado na RUA FREI CLEMENTINO Nº 119, Cidade LAGOA SECA, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Emanuel Almeida Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

LAGOA SECA 25/10/2017

Local e data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

02

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
10ª DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPINA GRANDE
DELEGACIA DE POLÍCIA DE LAGOA SECA

Comprovacao de ato declaratorio

CERTIDÃO

Certifico que, em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, é que revendo neste Cartório Policial, nele verifiquei constar o Registro da Ocorrência Policial Nº 000981\17, versando sobre o acidente de transito que tem como vítima o senhor EMANUEL ALMEIDA COSTA, ocorre que, inicialmente por lapso da vítima, apresentou a documentação de uma MOTO HONDA CB 300, COR VERMELHA, PLACA OGA – 5446-PB, mas que em correção faz juntada nestes autos, a documentação da MOTOCICLETA DE MARCA HONDA CCB 300, COR AMARELA, ANO 2009, MODELO 2010, PLACA NPW – 2916-PB, CHASSI Nº 9C2NC4310AR000341, registrada em nome de JOSEILTON FARIAS PEREIRA, como verdadeiramente, sendo o veiculo envolvido no mencionado sinistro. Nada mais havendo a constar encerramos estes termos, que vai devidamente assinada por mim JOSÉ FERREIRA NUNES, escrivão que o digitei.

Campina Grande – PB, 31 de agosto de 2017

José Ferreira Nunes
Escrivão de Polícia Civil

Emanuel Almeida Costa
Notificante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaracao Circular SUSEP 445/

JOSEILTON FARIAS PEREIRA
RUA UNIAO, 157 - CENTRO
LAGOA SECA / PB CEP: 58117-000 (AG: 484)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rodovia BR 230 - KM 158 - Alça Sul/Leste - Três Irmãos - Campina Grande/PB - CEP 58428-700
CNPJ 09.049.489/0001-96 Insc Est 16.003.839-1

Emissão 21/08/2017 Referência Ago/2017 BR230-KM158-Alça Sul/Leste - Três Irmãos - Campina Grande/PB - CEP 58428-700
Classe/Subcls RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 11-462-257-9100 Nº medidor N107164181B

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000.122.847
Cód. para Déb. Automático: 000000875298

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

prevista da ima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
09/2017	6734144429

Insc. Est.: **4/87509-6**

NR. AUTENTICACAO F.1CC.ACF 71C.A8E.259

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/07/17	20800	21/08/17	20933	1	133	33

Demonstrativo

CO	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos	Valor Total(R$)	Base Calc ICMS(R$)	Aliq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,157%)	Cofins(R$) (5,3335%)
0001	Consumo em kWh	133,000	0,842140	85,40	85,40	27	23,06	85,40	0,88	4,55
0E01	Adic. B. Amarela			1,44	1,44	27	0,39	1,44	0,02	0,08
0L01	Adic. B. Vermelha			3,83	3,83	27	1,03	3,83	0,04	0,20
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0I07	CONTRIB ILUM PUBLICA			10,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0I80	JUROS DE MORA 08/2017			1,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0I05	MULTA 08/2017			1,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CI	Código de Classificação Solicitent		TOTAL:	104,19	90,67		24,48	90,67	1,04	4,83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Média últimos meses (kWh)*	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
131	28/08/2017	R$ 104,19

Histórico de Consumo (kWh)

117	138	114	121	159	120	121	117	151	144	140	132
Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16	Ago/16

5899.685e.4d2a.37c0.51ce.429b.aa4b.cc40.

Indicadores de Qualidade 07/2017 - Alto Branco

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,66	2,49
DIC TRIMESTRAL	11,10	
DIC ANUAL	22,21	
FIC MENSAL	3,42	2,00
FIC TRIMESTRAL	6,95	
FIC ANUAL	13,70	
DMIC	3,20	2,03

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Discriminacao	Valor (R$)	%
Serviços de Dist da Energisa/SO	20,07	19,26
Compra de Energia	31,05	29,80
Serviço de Transmissão	1,12	1,07
Encargos Setoriais	8,08	7,76
Impostos Diretos e Encargos	43,87	42,11
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	104,19	100,00

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EMANUEL ALMEIDA COSTA,

RG nº 3486943, data de expedição 06/09/2006 Órgão SSP-PB,

CPF nº 104-919-984-73 Venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA = FREI CLEMENTINO
Número	Nº 119
Apto / Complemento	
Bairro	CENTRO
Cidade	LAGOA SECA
Estado	PARAÍBA
CEP	58.117 000
Telefone de Contato	83 99855 8526
E-mail	Luizgustavodasilvaalmeida@gmail.com

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: LAGOA SECA 25/10/2017

Assinatura do Declarante: Emanuel Almeida Costa

JOSE JERONIMO DA COSTA
TV FREI CLEMENTINO 119 CENTRO
LAGOA SECA / PB CEP 58117000 (AG 401)

energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Emissão 20/09/2017 Referência Set / 2017 BR230 - KM 156 - Alça Sudeste - Tito Silva - Campina Grande / PB - CEP 58425-700
Classe/Subcla: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO CNPJ 09 138 565/0001-85 Insc. Est. 16.001.100-1
Roteiro 11 - 402 - 257 - 2200 Nº medidor N1009188137

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N000 124 014
Chave para Débito Automático: [illegible]

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2017	20/09/2017	20/10/2017	79300227734

UC (Unidade Consumidora): 4189 406-6

Canal de contato

Acesse sua www.energisa.com de você e resolva tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como segunda via de conta, informação de Multa e Juros, impressão, consulta a débitos, entre outros.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
21/08/17	16547	20/09/17	16644	1	97	30

Demonstrativo

C.F	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos	Valor Unit. (R$)	Base Cálc. ICMS (R$)	Alíq. ICMS (%)	Valor ICMS (R$)	Base Cálc. PIS/COFINS (R$)	Alíq. PIS/COFINS (%)	Valor PIS/COFINS (R$)
0001	Consumo em kWh	110,000 0,620010	68,20	68,20	27	18,64	75,38	0,65		5,71
0F01	Adic. B Vermelha		1,64	1,64	27	0,45	1,86	0,01		0,08
0F02	Adic. B Amarela		2,27	2,27	27	0,61	2,27	0,02		0,08
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0R07	CONTRIB ILUM PUBLICA		10,87	10,87	0	5,00	0,00	0,00		0,00
0L04	JUROS DE MORA 08/2017		0,04	0,04	0	0,00	0,00	0,00		0,00
0L06	MULTA 08/2017		2,16	2,16	0	0,00	0,00	0,00		0,00
C.F: Código de Classificação de Item		TOTAL		85,19		25,00	79,51	0,68		5,85

Média Atividade mensal (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
99	27/09/2017	R$ 88,72

Histórico de Consumo (kWh)

129	108	101	99	89	102	81	52	89	43	53	94
Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16

NÚMERO DO ATO FATO
88b0.50b5.a23f.6d1e.ec00.bd55.8d93.2513.

Indicadores de Qualidade 7/2017 Não Blanco

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,55	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,13	
DIC ANUAL	22,21	
FIC MENSAL	3,92	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,85	
FIC ANUAL	18,20	
DMIC	3,20	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INF (-5%)	209
LIMITE SUP (+5%)	[illegible]

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia (TUSD)	17,98	20,28
Compra de Energia	25,04	28,23
Serviço de Transmissão	1,00	1,13
Encargos Setoriais	7,22	8,14
Impostos, Tributos e Encargos	36,48	41,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	88,72	100,00

Valor do KWh (Set / 2017) R$ 22,83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

...JERONIMO DA COSTA
...FREI CLEMENTINO, 119 - CENTRO
...DA SECA / PB CEP 58117000 (AG 401)

ENERGISA BORBOREMA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 08.820.000/0001-66

Emissão: 21/08/2017 Referência: Ago/2017
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL
Potência: 11 - 402 - 267 - 2300
Emissão: 09160127
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2017	21/08/2017	20/09/2017	79300227734

UC (Unidade Consumidora): 4/89103-6

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/07/17	16908	21/08/17	18037	1	129	33

Demonstrativo

Cód	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total(R$)	Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc. PIS/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,6799%)	Cofins(R$) (5,2035%)
101	Consumo em kWh	129,000	0,842140	62,18	62,18	27	22,18	62,18	0,86	4,28
101	Adic. B Amarela			1,39	1,39	27	0,37	1,39	0,01	0,07
101	Adic. B Vermelha			3,69	3,69	27	1,00	3,69	0,04	0,20
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
107	CONTRIB ILUM PUBLICA			10,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
108	JUROS DE MORA 07/2017			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
106	MULTA 07/2017			1,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	Codigo de Classificação do item	TOTAL		99,27			23,53	67,25	1,01	4,55

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
91	28/08/2017	R$ 99,27

Histórico de Consumo (kWh)

105	101	80	86	100	81	58	89	69	93	94	101
06/17	07/17	08/17									

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LIDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSEILTON FARIAS PEREIRA inscrito (a) no CPF 067.341.444-79 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EMANUEL ALMEIDA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 104-919-984-73, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima EMANUEL ALMEIDA COSTA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 104-919-984-73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA = UNIÃO		157	
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
CENTRO	LAGOA SECA	PB	58.117000
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
luiz.gustavo.da.silva.araujo@gmail.c	83 998 55 8526	83 991 482 505	

J. Pessoa 26 de Outubro de 2017
Local e Data

Joseilton Farias Pereira
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNC
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PES

DLDRL.001 V001/2017

Declaracao do proprietario do

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSEILTON FARIAS PEREIRA,

RG nº 2812011, data de expedição 11/07/09/2000

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 067.241.444-28 com domicílio na cidade de LAGOA SÊCA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA = UNIÃO, nº 157, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima EMANUEL ALMEIDA COSTA cujo o condutor era EMANUEL ALMEIDA COSTA.

Veículo: PAS/MOTOCICLE/NÃO APLIC
Modelo: HONDA CD 300 R
Ano: 2009 2010
Placa: NFW 2916/PB
Chassi: 9C2 NC4310 AR 000341
Data do Acidente: 10-07-2016
Local e Data: LAGOA SÊCA 18-10-2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Joseilton Farias Pereira
Assinatura do Declarante

Emanuel Almeida Costa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E NOTAS
Rua Cícero Faustino da Silva, 281, Centro, Lagoa Seca - PB
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSEILTON FARIAS PEREIRA
Dou fé. Lagoa Seca/PB - 18/10/2017
Substituto: DEMETRIUS TARGINO MOREIRA RODRIGUES
Selo Digital: AFX21291-RF5S
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$ 9,27 FARPEN R$ 0,28 MP R$ 0,15 FEPJ R$ 1,85

Lagoa Seca - PB
Cartório do Registro Civil

64

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

→ Pós 7ª bacia

DIAGNÓSTICO
→ Pós lua exp trq (E)
→ Exoftalmia grave (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Emanuel Almeida	Alojamento: 09	Leito	03	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
	1. Dieta zero até 2ª ordem.					3 DIAS / 3 DPO
	2. SNL 1500ml EV/24h, SF 0,9% 2000ml.					
12/10	3. Dipirona 02AMP + AD EV 06/06h					Pct em REG estável clinicamente hipocorado (3/4+)
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h					
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum					
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN					Fraqueza: exceção em MIE c/ dor + leve parestesia em face de agulha (E)
	7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN					
	8. Clexane 40mg SC/dia					
	9. SSVV + CGGG					
	Decadron 8 → 01 FA EV 8/8h					ADNV: ok
	Clavicin 600 → EV 6/6h					
	Gentar 240 → EV 1/1h					Cd: VPM.
	D2 Chemnecin					
	01 Pó para preparo.					Pó CC urgente após hemo (amanhã);
	Cefepim					Suspender decadron.
						R-X de MIE + Bacia

Palíssia Barros da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 3669

PROTOCOLO
UNIDADE
26 OUT. 2017
Nº 0435 627

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Documentação médico-hospit.

13.07.16

Pcte transferido da enfermaria (5-2) para a enfermaria (9-2) no final da tarde, onde aguarda intervenção cirurgica em MI. Sem tempo não foi realizado procedimento cirurgico, que segundo o residente de ortopedia Walison Barros, a ~~[illegible]~~ Tarquesa sanguinea teria sido realizada tarde e por esse motivo o procedimento não foi realizado hoje.

Trocado acesso venoso

Valiria

13.07.16 22h PA: 120x60 mmHg

Pcte apresenta varias escoriações por todo o corpo, e fratura em braço e MIE. O mesmo não apresenta queixas ou intercorrencias. Avaliado o plantão, M.C.P.M.

Valiria

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM JOSÉ GONÇALVES DE MARANGUAPE

Pó fx torácica
DIAGNÓSTICO
→ fx 2 x.p. fem dir
Pó Lux exp tmg

FICHA DE TRATAMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente	Emanuel Almeida	Alojamento: 5	Leito 2	Convênio

Data	Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica
	1.Dieta livre						
	2.SHL 1500ml EV/24h						2º DIH / 2º DRO.
	3.Dipirona 02AL + AD EV 06/06h						
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h						Pct RCG estável clinicamente
12/10	5. Omeprazol 40mg EV/jejum						hipocorado (2/4+)
	6. Tromal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SIN					FO:
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SIN					
	8. Clexane 40mg SC/dia						
	9.SSVV + CCGG						ADNV: OK
	Cefuroxima 750mg EV 8/8h						
	Gentamicina 240mg EV 1x/dia						Cor. VPM
	Curativo						Boa aceitação
							S/ queixas. Trata cirurgia
	O2 cateterismo						O2 cateterismo

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8642

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8642

ACCOMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. LOAS

N Boletim: 236	H4138405	CNPJ:	
		N Boletim: 7461566344	
Hora da Alta: 15:30	Temp:	Hora do início: 17:58	Temp:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Disj. sim7 prática

Diagnóstico

fx exp fémur dist (E)
~~OMC QUADRILÉ~~
Lux exp tm (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO MÉDICA

EMANUEL ALMEIDA | LEITO 531

Paciente | Alojamento 05 | Leito 02 | Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE					1º DIA (1º PO)
	2 SF0,9% 1500ml EV P/ 24h	15	21	9		
4/07	4 DIPIRONA 500mg/ml-01amp. + ABD EV 6/6h	12	18	24	06	
	5 OMEPRAZOL 40mg -01 FA /JEJUM	06				Pct em intuito grave/regular
	6 NAUSEDRON 8mg/ml - 1amp. + ABD EV 8/8h (SN)	SN				
	7 TRAMAL 100mg/ml- 01amp + SF0,9% 100ml EV 8/8h (SN)	SN	20			c/ fixador em bacia, equan-
	8 CLEXANE 40 UI - SC 1x/DIA	14				cloto preservado com fêmur
	9 CLINDA 600mg EV 6/6 h	12	18	24	06	
	10 GENTA 240mg EV 1X/DIA	14				APNV: ok
	11 CURATIVO					
	12 SSVV + CGG					cd: VPM
	13					
	14					Exames pré op
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
	25					

PROTOCOLO AG. LOAC PESSOA
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 OUT. 2017

Data	Hora	T	Ex	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
11/07/16							Paciente evolui estável consciente orientado mantido em leito medidas de segurança e cuidados da enfermagem	[illegible]
11.07.2016	20:00			120/80			Recebeu medicação prescrita pelo médico de plantão	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
28 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Disjunção da sínfise pública
Fx exposta do côndilo lateral fêmur (A)
luxação do tmt (E) exposta
lesão do LCP / quadriceps parcial

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	EMANUEL ALMEIDA COSTA	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
10/10/16	Dieta livre após jejum anestésico			± ortopedia.
	SFOAX 500ml EV, 8/8h			
	SAT 1FA, IM	(F)		Realizado redução + fixação
	CLINDAMICINA 600 mg + SFOAX 100ml EV, 6/6h. em 30'		04	da disjunção da sínfise pública,
	GENTAMICINA 240 mg + SFOAX 100ml EV, 1x/dia		04	redução + fixação da luxação
	Tilatil 40 mg, EV, 12/12h		03	do tmt e Desbridamento
	Dipirona 1Fa, EV, 6/6h		04	e lavagem c/ SFOAX. da
	TRAMADOL 50 mg + SFOAX 100ml, EV, 8/8h	(S/N)		fratura exposta do côndilo
	ONDANSETRON 40 mg, SC, 12h após cirurgia		06	lateral do fêmur, sob
	OMEPRAZOL 40 mg + AA, EV, 1x/dia	06		grau de contaminação
	HIDROMORFONA 8 mg + AA, EV, 8/8h	(S/N)		grave, decidido por
	Sondo vesical de alívio	(S/N)		fixação do côndilo femoral
	• PARECER DA NCR			em 2º tempo.
	• PARECER DA CIRURGIA VASCULAR			
	MN + CCGO			Cd: enc. à UTI-PA.
	Dr. Valth Menezes Guimarães Ortopedia / Traumatologia CRM-PB 6326 / TEOT 15.090			Dr. Valth Menezes Guimarães Ortopedia / Traumatologia CRM-PB 6326 / TEOT 15.090
				11/10/16 08:30h - PARECER DO CIRURGIÃO VASCULAR
	11/10/16 #CIR VASCULAR 5:00 PACIENTE GRAVE COM BOA PERFUSÃO ALGUM GR FERIDAS INFECTADAS NO DORSO DE ANTEBRAÇO PERNA DIREITA ISQUÊMICA			Dr. Valth Menezes Guimarães Ortopedia / Traumatologia CRM-PB 6326 / TEOT 15.090
	Dr. Valth Menezes Guimarães			Dr. Valth Menezes Guimarães

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
26 OUT. 2017
COMPREV
GOMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente Emanoel Miranda		Nº Prontuário
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador 14.7.16	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		
Tipo de Operação		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Pcte DVH sob anestesia
Assepsia, anti-sepsia ...
Campos estéreis
Abertura de sutura a pele (Via anterior de pelve)
Dissecção por planos
Limpeza, desbridamento de TEC desvitalizados
Redução + fixação provisória 4.5 + 6.5
Observado perda de tecido osteomuscular (Tríceps Sural)
Lavagem ...
Hemostasia
Sutura + curativos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE ANESTESIA

NOME		LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
IDADE	SEXO	COR			
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ALTURA					
HIPERTENSÃO	HEMATIA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA
GLICOSE					
GRUPO					
ÁGUA	BRONQUITE				
Nº RESPIRADOR					
Nº CIRCUITO					ELETROCARDIOGRAMA
Nº DRENO		DENTES	DENTIÇÃO	AR UMIDÁRIO	
TORAX MENTAL		ESTRABISMO	CONTRATURA	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO				CIRURGIA PRÉVIA	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES					
INDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			INDICADA	AS	GRAU

AGENTES ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS

CÓDIGOS
● ARTERIAL ⊙ PULSO ⊗ RESPIRAÇÃO
AX ANESTESIA ⊕ OPERAÇÃO

NOÇÃO
Sangue: Exa: Fezes
Líquido espinhal: Lágrimas
Náuseas: Vômitos
Outros:

MANUTENÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ANESTESIA SATISF.: Sim Não
Não, por quê?

DESPERTAR
Reflexo em 30'
Cons.: Co.: Exa
Náuseas: Vômitos
Outros:

Com Cama:
Pela Lei: Sim Não
CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ABREVIAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ATENTAR NO RISCO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

assinatura carimbo

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Emanuel Almeida Costa dn 1/21/04/1993

OI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
			23	1314687

CIRURGIA: Trat. Cir. com fixação Cúbito Lateral

CIRURGIÃO: Dr. Goldman

ANESTESIA: Raqui Bloqueio sensitivo

ANESTESISTA: Dr. Rafael

INSTRUMENTADOR:

DATA	INÍCIO	FIM
14/07/16	08:30 hs	11:40 hs

GOVERNO DA PARÁ

Hospital de Emergência e Trauma Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Coletor p/ Ong.		Catgut cromado Sarfix	
	Atropina amp.		Coletor De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sarfix	
	Dazepan amp.	15	Compressa Grande		Catgut cromado Sarfix	
	Dipirona amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Difantina amp.		Colarinho		Catgut Simples	
01	Hypocaína		Dreno		Catgut Simples	
01	Xylocaína		Dreno Kehr nº		Catgut Simples	
01	Xylocaína c/v		Dreno Penrose nº		Seda p/ passa	
02	Efedrina		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
02	Ketamin Ipiaróma		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Metadina 1 ml		Equipo de Microgotas		Ethibond	
	Nubetrin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Seda	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Simples	
	Prostigmine amp.	05	Esparadrapo Larga		Fio de Algodão Simples	
	Protocido f/m		Furacin ml		Fio de Algodão Sulugat	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cadarço	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml	03	Ucanyon 2.0	
	Thiopentabital ml		Intratail Adulto		Mentayfon	
	Tracrium amp.		Intratail Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23 24		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 21		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Diprona amp.	02	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Fibrinol amp.		Luvas 7.5	02	Vicryl Serfix	
	Fibrocorti amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Gentamicina amp.		Luvas 8.5	05	Fraldas de procedimento	
	Glicose amp.		Oxigênio f/m		Fio de Kochner 2	
	Gluco de Cálcio amp.		Pelíticx			
	Hemagel ml.		PVP Degermante ml			
	Heparina ml.		PVP Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kinaldon amp.	01	Sabão Antisséptico Lucena		SG Normotônico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Glicose fr 500 ml	
	Metronidazol	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertônico fr 500 ml	
	Plasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Profenino		Seringa desc. 05 ml		SG 0,9 500 ml	
	Rivotrin amp.		Sonda			
	Succinato amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefazolina 1g		Sonda Nasogástrica			
		01	Sonda Uretral nº 10			
			Stenstron ml			
			Termômetro			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
03	Agulha desc. 25 x 40 x 12		Gelcom 10			
	Agulha desc. 28 x 28		Luvas			
01	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Luvas cirúrgicas			
0,5	Agulha p/ raque nº 22					
	Álcool de Enfermagem 70%					
02	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessado					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- (X) Oximetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- (X) Foco cirúrgico
- ( ) Foco Auxiliar
- (X) Eletrocautério
- ( ) Oxicapnógrafo
- (X) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 OUT 2017
PROTOCOLO
AGENOR PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
Código da Unidade: 00023671 CNPJ:08-778.258/0001-60
me: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA UF:25

DADOS DO PACIENTE
TUÁRIO Nº: 1314587
NOME: ESTUDANTE MASCULINO Sexo: 23.2 Idade:
Endereço: PROF. CLEMENTINO, 115 Complemento: CENTRO
Município: CABOBA SECA PB Bairro
Atendimento: 10/03/2015 20:22h Estado: CEP:
DATA NASCIMENTO: 21/04/1992 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO Código do Município:

RAÇA/COR
( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: [illegible]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO [illegible]
[illegible] / FAST / TC [illegible]

RESULTADOS
ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 10/03/16

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
[illegible] 2.000 ml EV
Veriana Olga Tan
TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 10/03/16

NATUREZA DA CONSULTA
Consulta Básica (PAB):
Consulta Especializada: NCL / Ortopedia

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO
- [ ] 01 - URGÊNCIA
- [ ] 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
- [ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO
- [ ] 01 - PRESCRITA
- [ ] 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO
- [ ] AMBULATORIAL
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

PROTOCOLO ASSISTENCIAL JOÃO PESSOA 16 OUT. 2017
COMPREV COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO
Jeremias Alves de Santana

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Jonathan Almeida Leite
Mãe: Maria Fran Bezerra Bairro: 339
Data de Nascimento: 21-04-93 Documento de Identificação: Boletim Ocor
Leito: Data do Atend.: 30-07-16 Hora: 20:20 Documento:
Acidente de trabalho? ( ) Sim (x) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fácies de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
Pressão arterial: Temperatura axilar:
Dextragem de HGT: Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Estratificação

COD. 110

(x) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
COMPREV
25 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Receituário Simples

CHANGE ROLETA

SAT 5000 US
MFA
IM

Dr. Yalth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 6326 / TEOT 15.098
Médico

Data 30 / 07 / 16

COD. 001

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Emanuel Almeida Costa DN. 21.04.1993

CI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
	Sala 04	SUS	23	1314637

CIRURGIA:

CIRURGIÃO: Dr. Walter

ANESTESIA:

ANESTESIA: Dr. Carlos Roberto

INSTRUMENTADOR/A	DATA	INÍCIO	FIM
Jose	30.03.2016	22:30	00:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01	Cateter de Oxo		Catgut cromado Serfix
	Atropina amp.		Cateter de Uretra Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix
	Diazepan amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Serfix
01	Dimetroma		Compressa Pequena		Catgut simples
	Dolantina amp.		Coloscopio		Catgut Simples Serfix
	Etomo ml		Dreno		Catgut Simples Serfix
	Fenergan amp.		Dreno Kehr		Catgut Simples Serfix
01	Fortum ml		Dreno Penrose		Seda 2/0 caso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethicord
	Ketalar ml		Equipo de Nutrição		Ethicord
01	Morfina 1% ml		Equipo de Nutrição		Ethicord
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sultpat
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sultpat
	Plasgine amp.	05	Esparadrapo Leve		Fio de Algodão Sultpat
	Plasvida lim		Fenergan ml		Fio de Algodão Sultpat
	Quelicin ml	05	Gaze Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca
	Rapten amp.		H.G. ml	03	Mononylon 3.0
	Thiopentatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
02	Dipirona amp.	05	Luvas 7.0	01	Vicryl Serfix
	Flagyl amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix
	Flebocortid amp.	05	Luvas 8.0 Procedimento		Vicryl Serfix
	Gentamicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Gluconato de Cálcio amp.		PetFix		
	Hemisol ml		PVPI Degermante ml		
	Hepatonia ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanitkon amp.	05	Sabão Antisséptico		SG Normotônico fr 500 ml
	Lasix amp.	04	Saco coletor	CX	SF Gelado fr 250 ml 01 Soro 30
	Metoclopramida	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertônico fr 500 ml
	Pasi amp.		Seringa desc. 20 ml	10	SG Ringer fr 500 ml
	Profenid	01	Seringa desc. 03 ml		SG fr 500 ml
	Reviglan amp.		Sonda		
	Sustaron amp.		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		utilizado material c
01 Naloxona			Sonda Uretral nº		tm
01 Neosaldina			Stonydrom ml		
			Tem-telinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Lateso		
	Agulha desc. 40 x 12 / 45 x 12	03	Algodão		
01	Agulha ataque nº 25				
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

- (X) Gerador de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Oxicapnógrafo
- ( ) Cardiomonitor
- (X) Perfurador Elétri

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Emanuel Calmida Costa — Idade:
Convênio: SUS — Data: 11/08/1
Procedimento: TE cirúrgico fat. Baixo

Cirurgião: Walter — Auxiliar: — Anestesista: Jairão

Início: 22:30 — Término: 00:30 — Anestesia: Raquia

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciênci
00:35	83x113	98	92	[illegible]	+	+
01:40	97x45	82	93%	Francisca Souza	+	+
03:42	101x53	100	99%	[illegible]	+	+
04:52	105x59	101	98%	[illegible]		
06:00	119x74	98	100%	Simone	+	+

COMPREV
COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Medicamentos / Materiais	Qauntidad

Observações:
Às 03:15h comunicado ao NCR sobre o paciente
[illegible] pela ortopedia, o mesmo já foi avisado
que iria responder ao parecer pela manhã
pela ortopedia.
Às 03:15 comunicado ao cirurgião vascular sobre
o paciente solicitado, o mesmo solicitou que chamo
ia ortopedista, tentado varias vezes falar com Dr
Valth, sem êxito o mesmo não esteve no hospital
nem na sala de atendimento, nem atendeu
ligações, Dr. João Paulo veio no P.C às 04:50 pa
a cirurgião vascular solicita a presença do staff

Assinatura Anestesista — Circulante

GOVERNO DA PARAÍBA

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

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 0 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 02 < 90 com oxigênio = 0 *Sat 02 > 90 com oxigênio = 1* *Sat 02 < 92% sem oxigênio = 2*		2
Não responde ao chamado = 0 *Despertado ao chamado = 1* *Completamente acordado = 2*		2
TOTAL DE PONTOS		10

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Valdilene Abre

Assinatura Anestesista

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente: EMANUEL ALMEIDA COSTA	Nº Prontuário
Data da Operação: 10/07/16	Enf. / Leito
Operador: Dr. VARTH	1º Auxiliar
2º Auxiliar / 3º Auxiliar	Instrumentador: José
Anestesia	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório: Luxação do ombro prótese + fx exposta cô lateral do fêmur (E) + lesão parcial do tendão do quadríceps	
Tipo de Operação: + fixação externa do tmt (E) Ho cirúrgica	
Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo	
Relatório Imediato da Patologia	
Exame Radiológico no Ato	
Acidente Durante a Operação	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Viscerais

01. Decúbito dorsal sob anestesia
02. asepsia e antissepsia
03. campos estéreis
04. redução incruenta da disjunção da sínfise púbica + fixação externa
05. Desbridamento de tecidos desvitalizados na borda do joelho e do tmt (E)
06. irrigação c/ soro 9% abundante
07. 1º tempo: lesão aprox de partes moles perda de substância do vasto lateral, alto grau de contaminação + lesão parcial do tendão do quadríceps, decidido por Ho cirúrgica definitiva do fêmur em 2º tempo.
08. Tenorrafia do tendão do quadríceps
09. redução da luxação do tmt (E) + fixação transarticular
10. Sutura dos ferimentos
11. Ao exame anotamos lesão LCP, LCA e LCM íntegros.

12. No final do procedimento não consegui palpar pulsar distal porém c/ boa perfusão distal, solicito parecer do cirurgião vascular.

13. Urgente

Dr. Valth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 6326 / TEOT 15.090

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TM Cirúrgica
Ortopedia • Neurologia • Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

Nº 0991

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL DE TRAUMA
CIDADE: C. GRANDE
TEL / FAX / E-MAIL:
NOME DO PACIENTE: EMANUEL ALMEIDA COSTA
Nº DO PRONTUÁRIO: 1314637
Nº AIH:
CÓD. PROCEDIMENTO:
CONVÊNIO:
PROCEDIMENTO REALIZADO: TRAT. CIRÚR. DE FRATURA DE JUGO E MANDÍBULA

PRODUTO	REF	QUANT	CÓD. ROMP
FIXADOR EXTERNO JÁLMER		02	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA DA UTILIZAÇÃO	DATA DA COMUNICAÇÃO	MÉDICO RESPONSÁVEL - CIRA
10/07/2016		Dr WALT

OBSERVAÇÕES:
FIXADOR EXTERNO

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

23

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

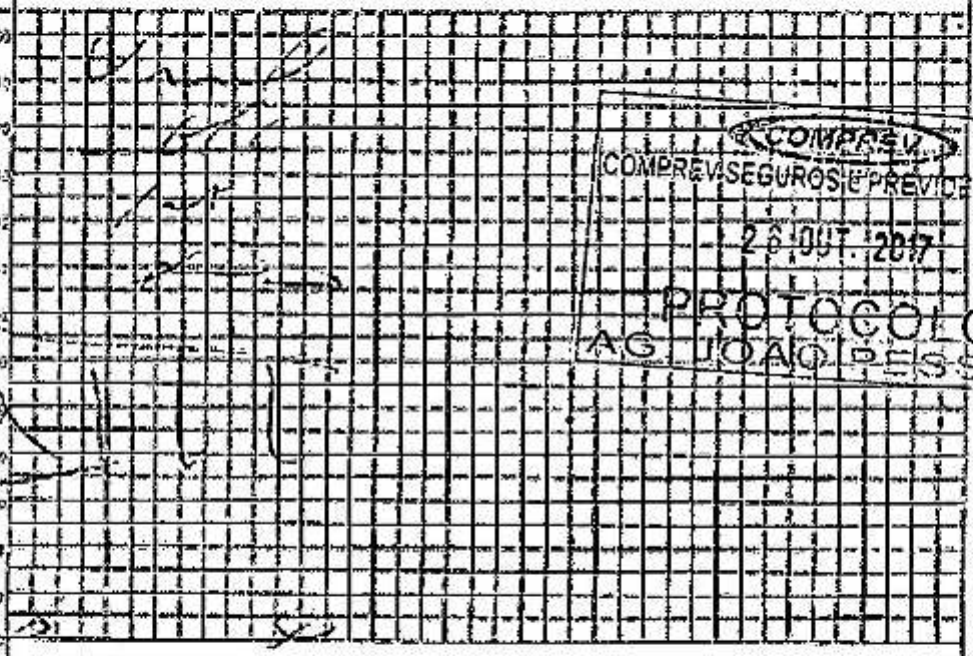
FOLHA DE ANESTESIA

CONVÊNIO	LEITO	Nº PROTOCOLO				
NOME		DATA 23	SEXO M	COR		
DATA 10-07-16	PRESSÃO ARTERIAL 120/80	PULSO 96	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO	PÉRVIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
	DENTA					
Nº RESPIRATÓRIO					AÇÚCAR	BIOQUÍMICA
Nº CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
Nº INGESTÃO		DENTES	PESCOÇO		Nº URINÁRIO	
ESTADO DENTÁRIO		ATENDIDOS	DOTTICO DIO		ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura exposta do Rádio e Ulna				ESTADO FÍSICO	PESO
ANESTESIAS ANTERIORES						
PREDIAGNÓSTICO PRÉ-ANESTÉSICO				ÀS	EFEITO	

ANESTESIA ANESTÉSICO

LÍQUIDOS

CÓDIGOS
VP: ARTERIAL; OCULAR; RESPIRAÇÃO
AX: ANGIOCATÉTER; OPERAÇÃO



HAVIDAS
Salivá: ____ Excit: ____ Tess
Laringo espasmo: ____ Lesão:
Náuseas: ____ Vômitos: ____
Outros: ____

MANUTENÇÃO
- Lidocaína 2%
- Fentanil
- Propofol

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ANESTESIA SATISF.: Sim ____ N
Ar-cond? ____

DESPERTAR
Reflexos no SO: ____
Cons: ____ Co: ____ Exc
Náuseas: ____ Vômitos: ____
Outros: ____

Com cânula:
Para o Leito Sim ____ Não ____

CONDIÇÕES

DIAGNÓSTICOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

ANESTESIA: Raquianestesia 2,5% 1,8 ml + Fentanil 0,06

TÉCNICA: Agulha e plex 4,5 mm 0,25

CÂNULAS

OPERAÇÃO: Osteossíntese

CIRURGIÕES: Dr. Walber + Dr. João Paulo

ANESTESISTAS: Dr. Carlos Alberto 7914

DATA DE NASCIMENTO

GOVERNO DA PARAÍBA

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

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: Emmanuel Almeida Costa DN: PRONT. Nº:

NATURALIDADE: PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO: 10 07 16 ALTA: 19 07 16.

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Pct vítima de trauma c/ deformidade em ba
+ deformidade + ferida em tmz (E) + joelho (

2. Resultado dos principais exames

R-X [illegible] + x físico

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

Fixador externo de bacia
Drenos + fix. ext. coxa tmz + fixação cirúrg
Osteossíntese em joelho (E)

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Disjunção de sínfise púbica
Fx exposta joelho (E)
Lux + expost. tmz (E)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Alta c/ orientações + retorno ambu
[illegible] + antibióticos + analgésicos + fisioterapia + X
tmz c/ 60 dias

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ Inalterad

☐ Transferido para:

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Srta():	EMANUEL ALMEIDA COSTA	Protocolo:	0000286472	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	HALLISSON BARROS DE ALMEIDA	Data:	11/07/2016 15:32	Setor:	CLÍNICA ORTOPEDIA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Leito:	[illegible]

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 11/07/2016 15:54)

	Resultados		
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	2,55 milhões/mm³		
Hemoglobina	7,4 g/dL		
Hematócrito	22 %		
V.C.M.	87 fL		
H.C.M.	29 pg		
C.H.C.M.	33 g/dL		
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	5.900 /mm³		
	(%)	(/mm³)	
[illegible]			
Promielócitos	0	0	
[illegible]	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	6,0	354	
Segmentados	78,0	4.602	
Eosinófilos	0	0	
Basófilos	0	0	
[illegible]			
Linfócitos	15,0	885	
Atípicos	0	0	
Monócitos	1,0	59	
CONTAGEM DE PLAQUETAS	119.000 mm³		

OBSERVAÇÕES: Contagens repetidas e confirmadas.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Ana Cláudia Barroso
Biomédica
CRBM-6753

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional

Sr(a):	EMANUEL ALMEIDA COSTA	Protocolo:	0000286472	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	BALLISSON BARROS DE ALMEIDA	Data:	11-07-2016 15:42	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Unidade:	ANF05-A.02

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE ..... 22.2 %

(Data da Coleta: [illegible])
Material: [illegible]
Método: [illegible]

Valores de Referência:
[illegible] - [illegible] % (Masculino)

Ana Claudia Barroso Bonates
CRBM - 5593

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SU Siste Úni de Saú

Setor:	EMANUEL ALMEIDA COSTA	Prontuário:	00000206472	RG:	NÃO INFORMADO
Drfa:	HALLISSON BARROS DE ALMEIDA	Data:	11-07-2016 15:42	Origem:	CLINICA ORTOPEDIA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Sexo:	[illegible]

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... **1'30"**

DATA DA COLETA: [illegible]
Especially Sangue
Sangue Fresco

Valores de Referências
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO **7'00" min**

DATA DA COLETA: [illegible]
Material: Sangue
Sangue Heparinizado

Valores de Referências
De 5 a 15 minutos

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 6786

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ
Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	Emanuel Almeida Costa
DATA DO EXAME:	10/07/2016

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
COMPREV
25 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320

Bio Implants

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreame
568

Hospital: Código:
Procedimento: Cód. Procedimento:

Paciente:
Data da Cirurgia: Nº prontuário: Convênio:
Cirurgião: Código: ( ) Reposição ( ) Caixa Pro

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Tot

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor T
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº								
	Qtd								
	Cor								
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curto	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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:

Anotações do Médico

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2 3 6 2 3 5

3 - NOME DO ESTAB. EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2 3 6 2 3 5

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: EMANUEL ALMEIDA COSTA — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 250 700

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 0 7 4 0 0 1 0 7 1 1 3 7 3 4 7 1 1 — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 21 / 04 / 1993 — 9 - SEXO: Masc. X Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: — 11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD — Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. 30 Jrd Bimentinho 112

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Bonzaga Sano — 14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO — 15 - UF: PB — 16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

trauma na barriga, perfho e TNT (+), acidente de moto.
evoluindo c/ hemo open book,
fx cândilo lateral exp. fêmur + luxação

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

sec. tto cirúrgico

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

Anamnese + ex. físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Poli trauma — 21 - CID PRINCIPAL — 22 - CID SECUNDÁRIO — 23 - CID CAUSAS ASSOCIADAS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO — 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO — 28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF — 29 - Nº DOCUMENTO — 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE — 31 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR DO CONSELHO

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE — 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 10 / 07 / 16 — 34 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Paulo Roberto Guimarães
Ortopedista / Traumatologista
CRM/PB 6320

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
32 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
33 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - Nº DO BILHETE SEGURO — 38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - CÓD ÓRGÃO EMISSOR — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF — 47 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 49 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONCEDENTE

3

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emanuel Almeida | Registro: | Leito: 9-3 | Setor Atual:

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente (✓) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) C

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (✓) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: (✓) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Afonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (✓) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VNI ( ) VNI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH20

(✓) Eupnéia: ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (✓) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (✓) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: (✓) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Pressão arterial ( )

Ausculta cardíaca: (✓) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data de punção __/__/__

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo sômático: (✓) Normo ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: __/__/__

Alterações: (✓) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: (✓) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: (✓) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (✓) Normal ( ) Líquido ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (✓) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito mlh,

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (✓) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: (✓) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica | Turgor da pele: ( ) Preservado

Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas | Manifestações de sede: ( )

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em __/__/__

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: __/__/__

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: __/__/__

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (✓) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória | Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: (✓) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Nome Maria S. Moraes Enfermeira COREN-PB 351642 - Enf DATA 18/07/16 HORA:

32

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emanuel Almeida | Registro: | Leito: 9_3 | Setor Atual:

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: ipm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: (X) Local: MIE Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) (

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Miótico ( ) Mediúricas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Oral? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (✓) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos: ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M.S.D Data da punção 15/10/16

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (✓) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: (✓) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: Data: __/__/__

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Náusea ( ) Outros:

Abdômen: (✓) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (✓) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (✓) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h:

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA.

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas (✓) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: (✓) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Icérica ( ) Cianótica | Turgor da pele: ( ) Preservado

Condições das mucosas: (✓) Úmidas ( ) Secas | Manifestações de sede: ( )

Incisão cirúrgica: (✓) Local/Aspecto: Curativo em: 15/10/16

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: __/__/__

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: __/__/__

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (✓) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória | Higiene Corporal: (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: (✓) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: (✓) Cooperativo ( ) Medo:

(✓) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 15/10/16 HORA:

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emanuel Almeida da Costa | Registro: | Leito: 9-3 | Setor Atual: Ortope

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: ipm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2:

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( )

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (x) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorrageantes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: (x) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupnéia ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data de punção __/__/__

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: presente discreto MIE 1 cruz

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) jejuado na cama.

Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: Data: __/__/__

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h:

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas (X) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Icterícia ( ) Cianótica | Turgor da pele: ( ) Preservado

Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas | Manifestações de sede: ( )

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: __/__/__

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: __/__/__

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: __/__/__

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória | Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

14/07/16 às 18:10hs pcte em pós operatório imediato, sem queixas no momento. segue medicado c/ EPM, aos cuidados da equipe.

Karola R. L. Porto
Enfermeira

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 14.07.16 HORA: 18:10

Karola R. L. Porto
Enfermeira

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Cliente: Emanoel Almeida da costa | Enfermaria: 9 | Leito: 3 | Data: 14/07/16

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
Constipação	Diuréticos ( ) Desidratação ( ) Estresse ( ) Outro ( )	Abdômen distendido ( ) Dor à evacuação Outro ( )
	Hábitos de evacuação irregulares ( ) Lesão neurológica ( )	Anorexia ( ) Dor abdominal ( )
Nutrição desequilibrada: menos do que os necessidades	Fatores biológicos ( ) Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	Cavidade bucal ferida ( ) Diarréia ( ) Outro ( )
	Fatores psicológicos ( ) Outro ( )	Dor abdominal ( ) Mucosas pálidas ( )
Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( ) Dor ( ) Fraqueza ( ) Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( ) Outro ( )
	Ansiedade ( )	Incapacidade de lavar o corpo ( )
Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )	Alterações na pressão sanguínea ( ) Outro ( )
	Outros ( )	Relato verbal de dor ( )
Hipertermia	Anestesia ( ) Desidratação ( ) Trauma ( ) Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )
	Aumento da taxa metabólica ( )	Taquicardia ( ) Taquipnéia ( ) Outro ( )
Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( ) Circulação prejudicada ( )	Destruição de camadas da pele ( ) Invasão de estruturas do corpo ( )
	Hipotermia ( ) Imobilização física (X) Outro ( )	Rompimento da superfície da pele (X) Outro ( )
Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ( ) Desconforto ( ) Rigidez articular	Dificuldade para virar-se ( ) Dispnéia ao esforço ( ) Outro
	Prejuízos músculo esquelético (X) Desuso ( ) Outro ( )	Movimentos descontrolados ( )
Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( ) Dor ( ) Fadiga ( ) Obesidade ( ) Outro ( )	Alterações na profundidade respiratória ( ) Dispnéia ( )
		Batimento de asa de nariz ( ) Ortopnéia ( ) Outro ( )
Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ( ) Queimaduras ( ) Vômito ( ) Diarréia ( )	
	Drenos ( ) Outros ( )	
Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ( ) Defesas primárias inadequadas ( )	
	Procedimentos invasivos (X) Outro ( )	
Risco de queda	Mobilidade física prejudicada (X) Medicações ( )	
	Extremos da idade ( ) Agitação/Desorientação ( )	
Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ( ) Outro ( )	Mudança no padrão normal do sono ( ) Outro ( )
	Ruído ( ) Imobilização física ( )	Relatos de dificuldade para dormir ( )
Outro		
Outro		

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
PROTOCOLO
22 OUT. 2017
ASSOCIAÇÃO PRIVADA

	TRATAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) Avaliar distenção abdominal.		
( ) Estimular a ingestão de alimentação hipocalórica e não irritante		( ) Obtenção da dimensão abdominal ideal / ( ) Estagnada / ( ) melhorada.
( ) Observar e registrar a evacuação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar GHV		
( ) Atentar para as queixas de náuseas e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Questionar e anotar sobre a alimentação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		( ) Manutenção da glicemia estável
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		
(X) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo	Lydia	( ) Auxílio diário de necessidades de higiene.
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
( ) Avaliar características, intensidade e local da dor.		( ) Controle da dor melhorada / ausente
(X) Avaliar alterações de sinais vitais.		
(X) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação	Lydia e P.M	
( ) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados		
(X) Incentivar a ingestão de líquidos.	continuo	( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
( ) Observar reações de desorientação/confusão.		
(X) Proporcionar condições de higiene oriteroso e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	Lydia	( ) Manutenção da integridade da pele.
( ) Avaliar condições da cavidade		
( ) Orientar e estimular a hidratação da pele		( ) Diminuição do risco de lesão.
( ) Orientar e estimular a movimentação no leito.		
( ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		( ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores da SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		
( ) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		( ) Melhora da perfusão tecidual. ( ) Pulsos presentes e fortes
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, esclera, pulso e frequência cardíaca).		
( ) Realizar balanço hídrico.		( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
( ) Observar o local da venóclise/curativo e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
(X) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e dor.	S/N.	
( ) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		( ) Diminuir o risco de infecção.
( ) Utilizar técnica asséptica para higienização, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
( ) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de ansiedade, limitações dos movimentos, resistência).		
(X) Manter as grades do leito elevadas	continuo	( ) Diminuir o risco de queda.
( ) Conter o paciente quando necessário.		
(X) Manter ambiente calmo e tranquilo.	continuo	
(X) Orientar repouso no leito.	continuo	( ) Melhora da postura do sono.
(X) Administrar medicação CPM	e P.M	
( ) Outros		( ) Outros
( ) Outros		( ) Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): Karola R. L. Paria Enfermeira

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: [illegible]

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 25 OUT 2017 PROTOCOLO ACJ JUDICIAL

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emanuel Almeida de Sousa Registro: Leito: 09/03 Setor Atual: Ortopedia

2.AVALIAÇÃO GERAL 23 anos

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Miósicas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontâneo ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e Aspecto: Dreno de tórax: ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda; Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo do enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( ) Precordialgia ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ___/___/___

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: Data: ___/___/___

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outras:

Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h:

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Icterícia ( ) Cianótica | Turgor da pele: ( ) Preservado

Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas | Manifestações de saúde: ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória | Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo; ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações.

INTERCORRÊNCIAS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 13/07/2016 HORA:

Dr. Valdir Da Silva Cavalcante
ENFERMEIRA
COREN-PB 249.001

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 12-07-16

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emanuel Almeida da Rosa | Leito: 5-2 | Setor: Ortopedia

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outr

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: prejudicada

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % Mask ( ) Traqueostomia ( ) Aym/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia: ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: (X) Improdutiva ( ) Produtiva | Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. (X) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD / Sb Data da punção __/__/__

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: (X) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT: Hora: Data: __/__/__

Alterações: ( ) Anorexia ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: (X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: (X) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h:

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas (X) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Icterícia ( ) Cianótica | Turgor da pele: ( ) Preservado

Condições das mucosas: (X) Úmidas ( ) Secas | Manifestações de sede: ( )

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo externo / Drenagem volante Curativo em: 12.07.1

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: __/__/__

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: __/__/__

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória | Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: Católico, diço ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

Católico S/C paciente

INTERCORRÊNCIAS

Solicitado e realizado CH, CDM.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Camila Sobral Cavalcanti Enfermeira COREN 440387-PB

DATA: 12.07.16 HORA: 17

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emmanuel Almeida da Silva | Registro: | Leito: 05/02 | Setor Atual: Ortopedia

2. AVALIAÇÃO GERAL 23 anos

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: ifpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) O

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Miióticas ( ) Mediátricas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % FEEP cmH20

(X) Eupnéia: ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmico ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso. ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção __/__

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (X) VO ( ) SKG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: __/__/__

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h:

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica | Turgor da pele: ( ) Preservado

Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas | Manifestações de sede: ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: __/__/__

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: __/__/__

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: __/__/__

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória | Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Dr. Natalia Lopes de Carvalho ENFERMEIRA COREN-PB 358.099 DATA: 11 / 09 / 2016 HORA:

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO MÉDICA

Diagnóstico

PO. fx exp gelo (E) + PO luz exp. MJ E

LEITO 9-3

Paciente	Emanuel Almeida	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE					8 out 06
	2 SFO,9% 250ml EV 7 24h					
	4 DIPIRONA 500mg/ml-01amp. + ABD EV 6/6h	12	18	24	06	RE.G sem sinais de distúrbios
18/07	5 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h — Suspo					
	6 OMEPRAZOL 40mg -01 FA /JEJUM	(06)				FO: lúc secreção c/ edema em regressão.
	7 NAUSEDRON 8mg/ml -1amp. + AHD EV 8/8h SN	S/N				
	8 TRAMAL 100mg/ml- 01amp + SSD 0,9% 100ml EV 8/8h SN	S/N				
	9 ~~CLEXANE 40UI-SC 12/12h SIS, alog — 18h~~	18				
	10 CLINDA 600mg EV 8/8 h	12	18	24	06	APNV: de 5.
D8	11 SENTA 240 mg EV 12/12h	14				
D5	12 DECADRON 8mg EV 6/8 h	14	20	06		Cd: VPM.
	13 (Parecer C. Geral)					C Geral: pct c/ recomendações de AT 25 EV p/ com s/ sequelas no AVE Sindr AVC.
	14					
	15					
	16					
	17					
19/07	18 Alta hospitalar - Vide					
	19					
	20 Resumo					
	21					
	22 Dr Ricardo					
	23					
	24					
	25					

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
25 OUT 2017

Data	Hora	°T	P	R	PA	Diurese	Observações/Enfermagem	Assis
18.07.2016	08:00	36				800 20	Paciente consciente orientado medicado com Tedo realizado banho leito e mamãe segue em cuidado de Enfermagem	
		36,5						
18.07.2016								

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX EXP JOELHO E + PO LUX EXP TNZ E

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

EMANUEL ALMEIDA — LEITO 9 3

Paciente | Alojamento | Leito | Convênio

Data		Prescrição Médica	CTG	Horário				+ DPO	Evolução Médica
	1	DIETA LIVRE							
	2	SFO 9% 1500ml EV / 24h							
	4	DIPIRONA 500mg/ml - 01amp + ADD EV 6/6h							REG estável s/ alterações
	5	TILATIL 20mg + AD - EV 12/12h (Suspenso)		Falta de Seringa de 20ml					
17/07	6	OMEPRAZOL 40mg - 01 PA / JEJUM							Ent: Rua seriedos + queixa de enjoo sem gastro
	7	NAUSEDRON 8mg/ml - 1amp. + ADD EV 8/8h SN							
	8	TRAMAL 100mg/ml - 01amp + SFO 0,9% 100ml EV 8/8h SN							
	9	LACTULOSE 20ml VO 8/8h							APN v: ok
	10	CLINDA 600mg EV 6/6h							
	11	GENTA 240mg EV 1X/dia							cod: VPM
D4	12	DECADRON 8mg EV 8/8h							
	13	CURATIVO	ATT						
	14	SSVV + CCGG	ATT						
	15								
	16								
	17								
	18								
	19								
	20								
	21								
	22								
	23								
	24								
	25								

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. LOAD PESSOA

Data	Hora	T	P	FC	PA	Diurese	Observações Enfermagem	ASSIS
17/07	15:10	36,3		74	12/7	S	paciente evolui bem, consciente orientado acordado limpo e cheiroso + medicado seg. por cuidadores	[illegible]
17-07-16	22:00	-	-	-	120/70		Paciente regular e sem queixas no momento	

PROTOCOLO
28 JUL 2017
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
AG. JOÃO PESSOA

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

9-3

DIAGNÓSTICO
PO fx bacia
PO luxação exp TN3
fx exp. patela

FICHA DE TRATAMENTO / MEDICAÇÃO

Paciente	Emanuel Almeida	Alojamento: 8	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
16/07	1.Dieta livre						6DIH 16DPO
	2.SRC 1500ml EV/24h SF 0,9% 2000ml	10	20	30	40		
	3.Dipirona 02Ml+ AD EV 06/06h	X	18	X	06		EGB, uphilia, edema de membro sup. MIE
	4. Tiletil 20mg + AD EV 12/12h	X	X				
	5. Omeprazol 40mg EV/Jejum	06					
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN						RPNV: ok
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN						
	8. Clexane 40mg SC/dia	18					CD: 1/DH.
	9.SSVV + CCGG						Aprovado condições p/ trat. cirúrgico
D3	10. Nacdron 8mg 01FA, EV, 8/8h	X	X	06			tempo cirúrgico
	11. Clinda 600mg EV, 6/6h	X	18	X	06		
	12. Genta 240mg EV 1x/dia	12					
	13. Curativo						
	14. Vit. C VO 1º noite - 01 PA	10					

Hellisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PA 6682

Hellisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 6682

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
25 OUT. 2017
AG. JUDAPO PISSOA

26/07/16 24:00

PA = 120x80 P = 76 Sat = 97%

Realizado curativo. Paciente consciente/orientado, sem queixas até o momento. Feito medicação e CLG

Técnica de Enfermagem
COREN: [illegible]

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AÇÃO PESSOA

26/07/16 23:00

PA = 120x70 P = 92

Paciente segue sem queixas, feito medicação e cuidados gerais.

GOVERNO DA BAHIA — SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DIAGNÓSTICO
Po 2x bacia
Po lux esq tm
Fx esq fem

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Emanuel Almeida	Alojamento: 9	Leito 3	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta livre		
	2.SFL 1500ml EV/24h SF0,9%/ 2000ml		SDH/ SDRO.
	3.Dipirona 02ML+AD EV 06/06h		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		RGG ativo s/ distúrbios
15/07.	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		negue uso crônico de AINEs
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		p/ MIE
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		APNV: ok
	9.SSVV + CCGG		
	Dexametasona 8mg 01 FA EV 8/8h		cd: VOM
	Cefazolina 2g EV 6/6h		
	Gentex 240mg EV 24/24		Aguardo cirurgia p/
	Curativo		
	Vit C no 1º soro - 01 FA		proximo Finde enfermaria

Dr. [illegible] CRM-PB 9552

Dr. [illegible] CRM-PB

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
AG. SOAP PESSOAL
PROTOCOLO
23 OUT. 2017

15-07-16
PA- 120x80
Paciente estável sem queixa de dor no momento.
Realizado cuidados de enfermagem m.c.p.m

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

21 hs - PA: 110 x 80 mmHg. Valéria

GOVERNO SECRETARIA DO SAÚDE

Pb 7x bacia

DIAGNÓSTICO
Pb lux esq tom (E)
fx exposta punho (E)

Paciente	Emanuel Almeida	Acomodação	9	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
	1. Dieta livre					
	2. SFL 1500ml EV/24h, SF0,9%	18	22	3		4 DIH / 4 DPO.
	3. Dipirona 2g Mt + AD EV 06/06h	12	18	24	06	
41	4. Plavix 75mg + AD EV 12/12h	12	24			Pct em REE estável clinicamente, segue em P.O.F. de procedimento cirúrgico ortopédico s/ intercorrências
	5. Omeprazol 40mg EV/24h	06				
	6. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 6/6h SN	SN	24			
	7. Metoclopramida 01 Fr + AD EV 8/8h SN	SN				
	8. Clexane 40mg SC/dia (Suspenso) para hoje! (POI)					
	9. SSVV + CCGG					
	Dexadrona 8mg 01 FA EV 5/8h	14	22	06		HPN: ok
	Cimetidina 300mg EV 8/8h	12	18	24	06	
	Gentax 240mg EV 12/12h	12				Lesões: edema
	Cuidados:	ct				
						Cd: XPM.

Dados Básicos de Cirurgia
Verificado em ___/___/___
Sala ___

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AO UPA

07/16 — 20

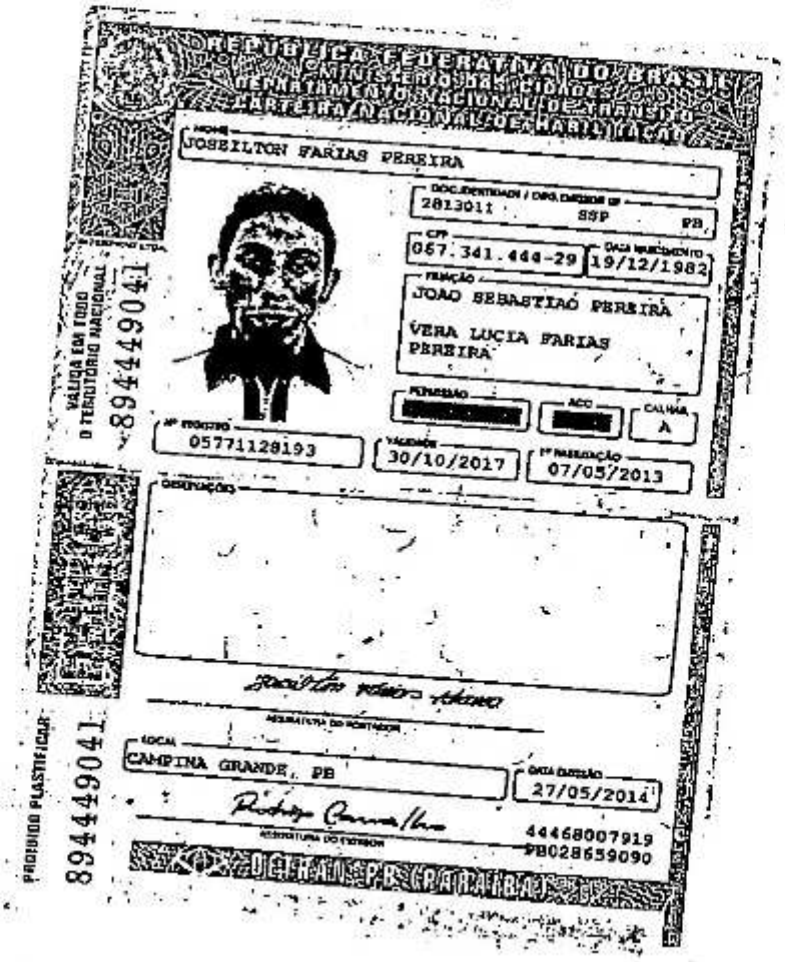
Paciente evolui estável no pós analgésico realizado curativo nos MM Superiores medicado conforme prescrição médica segue os cuidados da enfermagem. Sonda

14 Paciente evolui sem queixas no momento medicado conforme prescrição médica 20:00h.

Paciente evolui sem queixas no momento medicado conforme prescrição médica. Feito banho conforme 21hrs

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
COMPREV
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentos de identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JOSEILTON FARIAS PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 2813011 SSP PB

CPF: 067.341.444-29

DATA NASCIMENTO: 19/12/1982

FILIAÇÃO: JOÃO SEBASTIÃO PEREIRA
VERA LUCIA FARIAS PEREIRA

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CATEGORIA: A

Nº REGISTRO: 05771128193

VALIDADE: 30/10/2017

1ª HABILITAÇÃO: 07/05/2013

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO: 27/05/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

44468007919
PB028659090

DETRAN-PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

894449041

PROIBIDO PLASTIFICAR

894449041

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

67

Documentos de Identificacao

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Nome do(a) Examinado(a): ***EMANUEL ALMEIDA COSTA*** **Sinistro:** ***3170583340*** **Data:** ***10/07/2016***

Endereço do(a) Examinado(a): ***RUA FREI CLEMENTINO , 119 - CENTRO - Lagoa Seca - PB - CEP 58117-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***3486943***

Data local do exame: [***23/11/2017***] ***Campina Grande*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE BACIA, LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO, FRATURA DO CÔNDILO FEMURAL ESQUERDO, LESÃO DO TENDÃO QUÁDRICEPS. PREÇÃO DE CICATRIZES, RETRAÇÕES E ATROFIAS

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 10\07\2017, COLISÃO MOTO-CARRO; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE -PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DE BACIA, LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO, FRATURA DO CÔNDILO FEMURAL ESQUERDO, LESÃO DO TENDÃO QUÁDRICEPS. SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. RECEBENDO ALTA NO DIA 19\07\2017. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO, DEFICIT DE 100 GRAUS DE FLEXÃO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO, DEFICIT DE 100 GRAUS DE FLEXÃO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
JOELHO ESQUERDO

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio (***X***) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
LESÃO LIGAMENTAR DE JOELHO ESQUERDO, COM INSTABILIDADE ARTICULAR

Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415676/17
Vítima: EMANUEL ALMEIDA COSTA
CPF: 104.919.984-73

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/07/2016
Titular do CPF: EMANUEL ALMEIDA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros

EMANUEL ALMEIDA COSTA : 104.919.984-73
Autorização de pagamento
Comprovante de residência
JOSEILTON FARIAS PEREIRA : 067.341.444-29
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 26/10/2017	Data do cadastramento: 26/10/2017
Nome: JOSEILTON FARIAS PEREIRA	Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF/CNPJ: 067.341.444-29	CPF: 105.999.304-03
JOSEILTON FARIAS PEREIRA	NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170583340
Cidade: Lagoa Seca
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL ALMEIDA COSTA
Data do acidente: 10/07/2016
Seguradora: BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Luxação exposta de tornozelo esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170583340
Cidade: Lagoa Seca
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL ALMEIDA COSTA
Data do acidente: 10/07/2016
Seguradora: BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE BACIA, LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO, FRATURA DO CÔNDILO FEMURAL ESQUERDO, LESÃO DO TENDÃO QUÁDRICEPS

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZES, RETRAÇÕES E ATROFIAS APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO, DEFICIT DE 100 GRAUS DE FLEXÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 10\07\2017, COLISÃO MOTO-CARRO; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE -PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DE BACIA, LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO, FRATURA DO CÔNDILO FEMURAL ESQUERDO, LESÃO DO TENDÃO QUÁDRICEPS. SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. RECEBENDO ALTA NO DIA 19\07\2017.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/11/2017

Conduta mantida:

Observações: LESÃO LIGAMENTAR DE JOELHO ESQUERDO, COM INSTABILIDADE ARTICULAR.
Indenização em grau intenso do joelho devido a instabilidade articular e limitação da flexão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Procuracao

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: EMANUEL ALMEIDA COSTA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: NECUSO, portador(a) do RG 3486947, órgão expedidor SSP-PB
e do CPF: 104-919-984-77, residente no(a) NA RUA - FREI CLEMENTINO
nº 119, bairro: CENTRO, município: LAGOA SÊCA / PB.

OUTORGADO:

Nome: JOSELTON FARIAS PEREIRA brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: NECUSO, portador(a) do RG 28-13-OAB, órgão expedidor SSP-PB
e do CPF: 069.341.444-29, residente no(a) RUA - UNIÃO Nº 157
nº 157, bairro: CENTRO, município: LAGOA SÊCA / PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima EMANUEL ALMEIDA COSTA.

Local e Data: Campina Grande - PB 30/10/2017

2º CARTÓRIO

Emanuel Almeida Costa
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabelião: Maria de Fátima Cartaxo Carneiro
Praça da Bandeira, 180, Centro - Campina Grande - PB
(83) 3321-8399 - 3014-8399

Tabellionato de Notas

Reconheço, por autenticidade a(s) firma(s) de:
EMANUEL ALMEIDA COSTA
Dou fé. Campina Grande/PB - 30/10/2017
Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO
Selo Digital AFX06878-3HZM
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$ 9,23 ISS R$ 0,46 FARPEN R$ 0,27 MP R$ 0,15 FEPJ R$ 1,20

Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

2º CARTÓRIO DE NOTAS CAMPINA GRANDE-PB

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 OUT. 2017
PROTOCOLO