

DOCUMENTO 3 "T390"



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional - CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Talysson Henrique Souza do Ó**, vítima de acidente de trânsito dia 18 de janeiro de 2017, aproximadamente às 09hs00min, no End: R. Pedro Leal - Tambor, sendo o mesmo atendido e removido para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 27 de julho de 2017.



Paulo Alexandre G. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deocleio Francisco do Nascimento
Coordenação Administrativa



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA CLAUDIA CHAGAS DE SOUZA

BANCO: 104

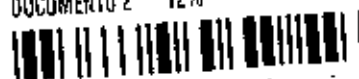
AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000089501-5

Nr. da Autenticação 72FF401F249758F1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

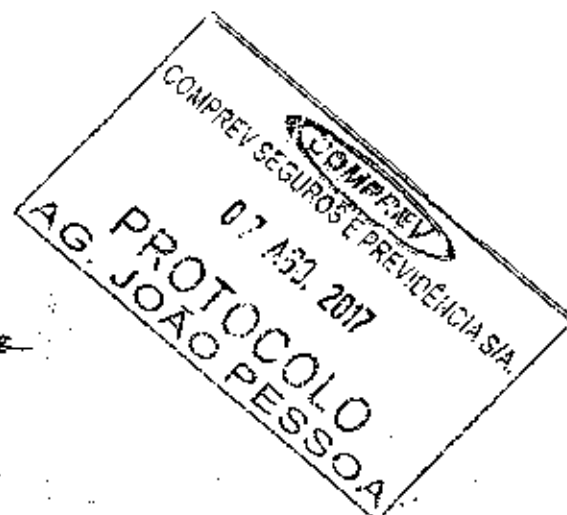
DOCUMENTO 2 "T2"

Eu, Ana Claudia Chagas de SouzaRG nº 3637004, data de expedição 23/05/2017 Órgão SSPPB

CPF nº 016142274-89, 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)	<u>Rua João Caetano Andrade</u>
Número	<u>70</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Estação Velha</u>
Cidade	<u>Campina Grande</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58410-080</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 9997-5596</u>
E-mail	<u>clarice.fernandes_meda@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina Grande, 30/07/2017Assinatura do Declarante: Ana Claudia Chagas de Souza

JUSSARA ALVES FERREIRA
RUA JOAO CASTANO ANDRADE, 10 - ESTACAO VELHA
CAMAPUA GRANDE / PB CEP: 58410-080 (AG: 401)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL (R22) / R22
Roteiro: 17 - 401 - B22 - 6400
Nº medidor: 0000078421

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Trib. Imp. - Companhia Grãndes / PB - CEP 58422-700
CNPJ: 08.826.386/0001-05 - Ins. Est. 16.003.839-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.200.002
Código para Dúvidas Atendimento: 0000143421

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 4/143421-6

Jun / 2017

Canal de contato

Apresentação

28/06/2017

Data prevista da
próxima leitura

27/07/2017

CPF / CNPJ / RANI

5089937448
Data Anterior 28/06/17 4235
Data Atual 28/06/17 4316
Consumo 80
Dias 33

Faturas em atraso

Demonstrativo

	Destiny	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
02/08/2017	Consumo em kWh	80	0,42703	34,16
05/05/2017	Adic. e Vencido			0,27
	ICMS			2,10
	PIS			0,25
	COFINS			1,17
	LANCAMENTOS E SERVIÇOS			
	FORÇA DE MORA 03/2017			1,08
	MULTA 03/2017			1,19

Histórico de Consumo
(kWh)

Ver 17	50
40-17	52
Mai 17	77
Fev 17	59
Jan 17	57
Out 16	58
Nov 16	78
Out 16	70
Sep 16	7
Ago 16	0
Jul 16	26
Jun 16	42

	BASE DE CÁLCULO	AUMENTO	VALOR R\$
KVS	22,4	2,00	9,12
PS	1,0	0,25	0,25
COFINS	35,41	3,22	1,17

VENCIMENTO
05/07/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 38,85

Atos dos últimos meses
48

d254.0cb4.77f2.3436.975d.dc93.f796.ccb2.

Indicadores de Qualidade 12017-04-24

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)
DIAGNÓSTICO	4,05	0,00	NOMINAL	220	Especie de Qualidade da Energia	8,42
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	3,81				Consumo de Energia	10,84
DIAGNÓSTICO ANUAL	12,92				Serviço de Transmissão	1,29
DIAGNÓSTICO	3,17	0,00	CONTRATADA	202	Encargos de Operação	4,44
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	6,25				Impostos Diretos e Encargos	12,78
DIAGNÓSTICO ANUAL	12,11				Outros Serviços	0,00
DIAGNÓSTICO	2,77	0,00	CONTRATADA	202		
DIAGNÓSTICO	12,22				Total	38,85

Valor de Emissão (Ref. 4/2017) R\$ 14,09

ATENÇÃO

• SEAVISO: Caso a fatura(s) seja(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 13/07/2017. Conforme Resolução da ANEEL, o pagamento após essa data não garante a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comprovado ou as contas pagas não estejam em condições de pagamento. Este prazo não vale para as faturas já reavistadas, caso estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data do vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita à inclusão em opção de arrolação ao crédito no caso de inadimplimento. • Letura confirmada

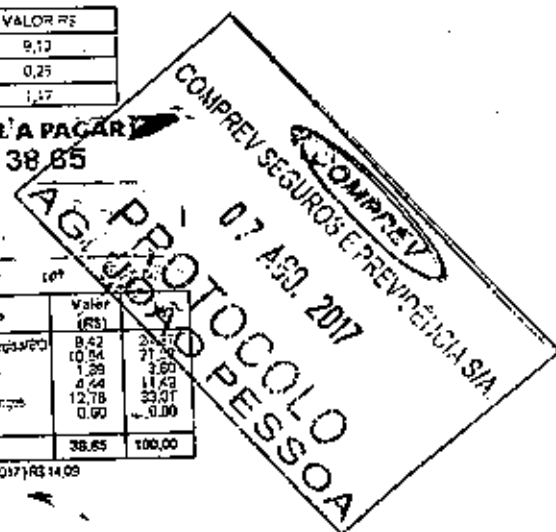
BORBOREMA

Roteiro: 17 - 401 - B22 - 6400
Atividade: 143421-2017-09-5

VENCIMENTO
05/07/2017

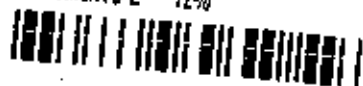
TOTAL A PAGAR
R\$ 38,85

019-3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

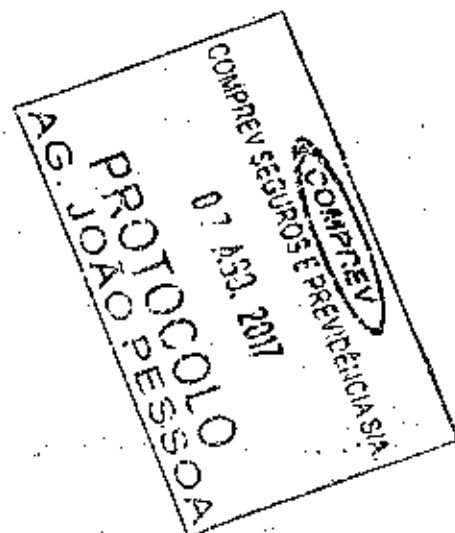
DOCUMENTO 2 "T296"

Eu, Ana Claudia Chagas de SouzaRG nº 3637004 data de expedição 23/05/2017 Órgão SSPPB

CPF nº 016142274-89, 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)	<u>Rua João Caetano Andrade</u>
Número	<u>70</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Estação Velha</u>
Cidade	<u>Campina Grande</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58410-080</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 9997-5596</u>
E-mail	<u>claricefernandes_meda@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina Grande, 30/07/2017Assinatura do Declarante: Ana Claudia Chagas de Souza

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral. Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)

DOCUMENTO 1 *T1%*



PREVIDENCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



CORREIOS

000905



FERNANDA FERNANDES LEITE
R JOSE ZILTON UCHOA 150
ITARARE
CAMPINA GRANDE
58411-015

PE

501319690/4024700000



REMETENTE

001144

INSS
OL 13 0 21 020 VAG DA E SOCIAL CAMPINA GRANDE-CATOIA
RUA VICARIO CALETO 1418
CATOIA
CAMPINA GRANDE
58410-340

- | | | |
|---|---|--|
| ☒ MUDOU-SE | ☒ RECUSADO | ☒ INFORMACAO ESCRITA PELO PORTEIRO/SINDICO |
| ☒ ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☒ NÃO PROCURADO | ☒ OUTROS |
| ☒ NÃO EXISTE O NÚMERO | ☒ AUSENTE | |
| ☒ INDICADO | ☒ FALLECIDO | |
| ☒ DESCONHECIDO | | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM

EM

RESPONSÁVEL

VISTO



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernanda Fernandes Leite Alves portador(a) do

RG nº 2670363, expedido por SSP PB, em

1/1, CPF/CNPJ nº 011 823 724 - 14

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Ama

Claudia Chagas de Souza do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

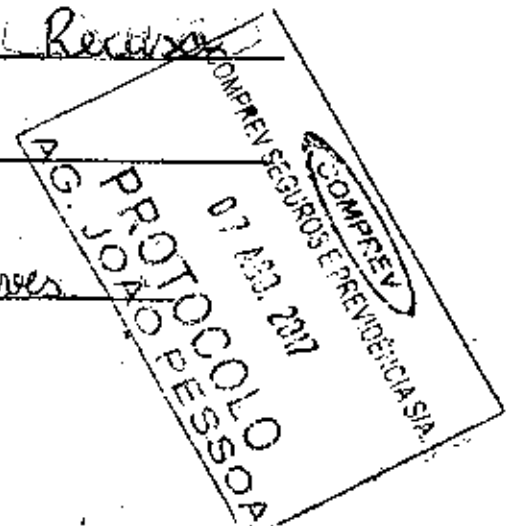
da vítima Talisson Henrique Souza do O, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Não Possui

Fernanda Fernandes Leite Alves
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FERNANDO PREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07.AB.2017

Ficha de Acolhimento

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Nome: Valysson Henrique da Silva

End: rua castanheira da Anitã Bairro: Liberdade

Data de Nascimento: 02-03-67 Documento de Identificação:

Queixa: Atropelamento Data do Atend.: 18-01-17 Hora: 04:45 Documento:

Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fútil ☒ Gemente

Frequência respiratória: Frequência cardíaca:

Pressão arterial: Temperatura axilar:

Dosagem de HGT: Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida

Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

Urgência

☒ Vermelho - atendimento imediato ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Verde - atendimento até 4 horas ☐ Azul - atendimento ambulatório de Sousa Vasconcelos

ENFERMEIRA

080.649

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): TALYSSON HENRIQUE
SOUTA NO O' PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: S-81 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 18/01/17 A 11/02/17 NECESSITANDO DE
20 (vinte) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

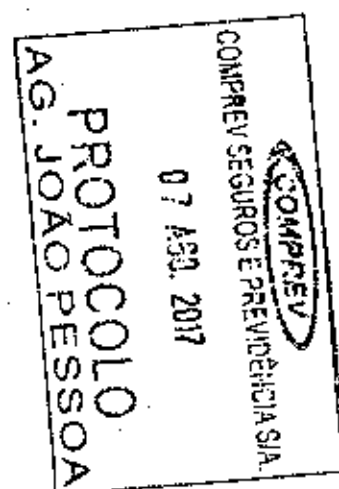
Campina Grande 11/02/17

Vespaizano Gonçalves Guerra
MÉDICO
CRM: 4571
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

+ Crashedoza So
Ass. do Paciente ou Responsável



 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: 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	
4 - CNES: 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: TALYSSON HENRIQUE SOUZA DO O	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1368586	
7 - CARTÃO DO SUS: 898004084146295	8 - DATA DE NASCIMENTO: 02/04/2007
9 - SEXO: ☒ MASC ☐ FEM	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ANA CLAUDIA CHAVES DE SOUZA	
11 - TELEFONE DE CONTATO: 83	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): JOAO CAETANO DE ANDRADE, 70, LIBERDADE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande	14 - CÓDIGO BRASILEIRO: 250400
15 - UF: PB	16 - CEP: 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: ATROPELAMENTO	
21 - CID 10 PRINCIPAL:	22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
26 - CLÍNICA:	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: ☒ X) CNES ☐ CPF	29 - Nº DOCUMENTO(CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016282270869
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 18/01/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA:
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE:
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:	40 - CNIS DA EMPRESA:
41 - CBOA:	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	44 - COD. ORÇÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ☐ CNES ☐ CPF	46 - Nº DOCUMENTO(CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:	50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Talison Henrique Sousa do O'	IDADE 92	SEXO M.	COR
DATA 18/01/17.	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO 80kg
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÉLIA	URÊIA
	URINA				ALTURA
AP. RESPIRATÓRIO SatO₂ 99% em ar ambiente, levemente taquipnéico.					ASMA
AP. CIRCULATORIO Chaguz hipertolêmico, polidex utérina					FLITROCARDIOGRAMA
AP. DIGESTIVO jejum > 8hs.			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO
ESTADO MENTAL Consciente, orientada			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA Nega
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fístula exposta de fístia D.					HIPTENSORES
					ESTADO FÍSICO
ANESTESIAS ANTERIORES					
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS LÍQUIDOS CÓDIGOS VP. ARTERIAL, PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES POSICÃO AGENTES TÉCNICA OPERAÇÃO QUIRÚRGICOS ANESTESIAS OBSERVAÇÕES INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laríngeo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO Fentanil 25 mg Cetamina 25 mg Cefazolin 1g Droperidol 4 mg Ranitidina 25 mg ANESTESIA SATISF.: Sim Não Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obsir.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Para o Leito: _____ CONDIÇÕES: COMPREVEU SEGUROS E PREVIDENCIA S.A. COMPREV 07/03/2017 AG. JOAO DO COLO PESO					



Nome do Paciente JOYSSON H. SOUZA		Nº Prontuário	
Data da Operação 18/01/17	Enf.	Leito	
Operador Dr. Edmar		1º Auxiliar André	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia Dr. Colônia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório fraturas e corpos estranhos P.M.I.			
Tipo de Operação tipo cirúrgico			
Diagnóstico Pós-Operatório 1 mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
Pete BDI sob anestesia
incisão para P.M.I. com Sph. 3/8, para observação da parte de col-
toração (P.M.I.)
Assessia: 1mm separa P.M.I. e corpos estranhos
limpa: Desbridamento de Tec. destruídos
observada parte P.M.I. destruída
Realizada mastectomia parcial
Ligadura ovária por fio de P.M.I.
Amputação
fechamento por pontos estomoc
Sutura
Curoto
Presença de C. Urônica e Cipe

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Taldson Henrique			Alojamento	9	Leito	1	Convênio	
----------	------------------	--	--	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/01/17	D. leve qtds. pontos S. urina qtds M. clorois S. clorois 1000ml Injeção 1/2 amp 500 16:30 Oto 0782 C. f. (D. 0782-2940)		Realizou Exame que mostrou sem análise
03/01/17	D. leve qtds. S. urina qtds. M. clorois Injeção 1/2 amp 500 C. f. (D. 0782-2940)		100% de cura avaliada
	D. leve qtds. S. urina qtds. M. clorois Injeção 1/2 amp 500 C. f. (D. 0782-2940)		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Talleyron Henrique Registro: _____ Leito: _____ 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:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midrílicas

Mobilidade Física: () Preservada ☒ Paresia () Plegia () Parestesia Local: M.I.D

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

☒ 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 ÓRGÃOS 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.

4.3



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Fratura D

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Talison Henrique Souza Registro: _____ Leito: _____ Setor Atual: _____
 Idade: 9A Sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____ Naturalidade: Caranda Profissão: _____
 Procedência: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI (X) CC () Ala: _____ () Residência () Outro
 Data da internação hospitalar: 18/01/14 Data da internação no setor: 18/01/14
 Tem um cuidador/Responsável: () Quem? _____
 Telefone: _____ Tem acesso a uma UBS: () Qual: _____

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: _____ Alergias: () Qual: _____
 Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
 () Alcoolismo () Drogadição () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

Fratura de tibia D

4. 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:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

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 () Mióticas () Midríaticas
 Mobilidade Física: (X) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local: _____
 Linguagem: Alteração: () Qual? () Dislalia () 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 PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: **Talison Henrique Souza** **02/04/2004**

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

QI

LEITE

CONVENIO

IDADE

REGISTRO

03

09

4368563

CIRURGIÃO

ANESTESIA

Dr. Eldimar

Dr. Rorolima

CIRURGIÃO

ANESTESIA

Dr. Rorolima

Dr. Rorolima

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIN

18-01-17

17:00

12:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml 25	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Morquina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pamidrol amp. etomina 25	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacin ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembulal ml	Intracath Adulto	06	Mononylon	
	Tracium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi nº 15			
		Luvas 7.0			
		Luvas 7.5			
		Luvas 8.0			
		Luvas 8.5			
		Oxigenio l/m			
		Poliflix			
		PVPI Degemante ml			
		PVPI Tópico ml.			
		Sabão Antisséptico			
		Saco coletor eluzie			
		Seringa desc. 10 ml			
		Seringa desc. 20 ml			
		Seringa desc. 05 ml			
		Sonda			
		Sonda toley			
		Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
		Vaselina ml			
		Gelcon 18			
		Latase			

COMPREV SEGUROS

EVAPREVIDÊNCIA S/A.

RECBI 07-AGO 2017

Nome:

Qtd.

SOROS

SG Normotérmico fr 500 ml

SG Gelado fr 500 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

SG Ringr fr 500 ml

SG fr 500 ml

Qtd.

ORTESE E PROTESE

04

05

05

05

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	
	Agulha desc. 25 x 7	
	Agulha desc. 28 x 28	
	Agulha desc. 3 x 4,5	
	Agulha p/ raque nº	
	Alcool de Enfiagem	
	Alcool Iodado ml	
	Ataduras de Crepon	
	Ataduras de Gessada	
	Azul metileno amp.	
	Benzina ml	

EQUIPAMENTOS

☒ Oxímetro de Pulso

☐ Foco Auxiliar

☐ Serra

☒ Electrocautério

☐ Desfibrilador

☐ Oxícapiógrafo

☒ Foco Foco

☐ Cardiomonitor

☐ Fonte de Luz

☐ Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Isabela Albuquerque



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

PÓS-OP EX. EXP. DE TÍBIA DIREITA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: VALYSSON NEUNQUE Alojamento: 4 Leito: 3 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/01/17	① Dieta livre ② Dorígon 20 gotas, VO, 6x/dia ③ Tetratril 100mg, EV, 12h/dia ④ SC 0,9% 1000ml, EV, 12h/dia ⑤ Dexametasona 20mg, VO, 1x/dia ⑥ Etosamol 100mg, 100mg, SE, EV, 8h/dia ⑦ Dexametasona 20mg, SE, 1x/dia ⑧ Ceftriaxona 1g, EV, 12h/dia ⑨ SSV, 1x/dia ⑩ Exame físico e hemograma 1x/dia	14h 30min	8º DIA, 3 ANOS #EVO: paciente divido em 2 partes, referida apenas dor no local de fratura. Diver- se 40 Etosamol, 20mg, 1x/dia, 1x/dia #Londrina 1x/dia
27/01/17	① Dieta livre ② Dorígon 20 gotas, VO, 6x/dia ③ Tetratril 100mg, EV, 12h/dia ④ SC 0,9% 1000ml, EV, 12h/dia ⑤ Dexametasona 20mg, VO, 1x/dia ⑥ Etosamol 100mg, 100mg, SE, EV, 8h/dia ⑦ Dexametasona 20mg, SE, 1x/dia ⑧ Ceftriaxona 1g, EV, 12h/dia ⑨ SSV, 1x/dia ⑩ Exame físico e hemograma 1x/dia	14h 30min	8º DIA, 3 ANOS #EVO: paciente divido em 2 partes, referida apenas dor no local de fratura. Diver- se 40 Etosamol, 20mg, 1x/dia, 1x/dia #Londrina 1x/dia

[Handwritten signature]

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
ACEBIL 07 AGO 2017

[Handwritten signature]

Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (x) ≤ 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>M5D</u> Data da punção <u>1/1/1</u>	
Edema: () MMSS () MMIL () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa (x) Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: <u>1/1/1</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (x) 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: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (x) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () 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	
09:00 T=36°C FC 98 bpm SpO₂ 96% sem impala, hipoxemia, cianose, sem idiossincrasias, sem afeita mal, eliminando urina. () Um quarto no momento. Realizado curativo, apresentando granulação, em algumas partes + necrose, ausência de secreções. 10:00 T=36°C FC 102 bpm SpO₂ 98% sem impala, hipoxemia, cianose, sem idiossincrasias, sem afeita mal, eliminando urina. () Um quarto no momento.	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A RECEBI 07 AGO 2017	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>27/01/17</u> HORA: <u> </u> h	
Angela Maria da Silva Medeiros ENFERMEIRA COREN 73221	



Nome do Paciente <i>Polyson Henrique</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>02.02.17</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr R Braga</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Do Alto</i>	Tipo de Anestesia <i>Bleed</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Area e/ou fono logia M.S.T.S.</i>			
Tipo de Operação <i>exstia ext.</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Da</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. RECEBI 07 AGO 2017 Nome: _____	
Acidente Durante a Operação			

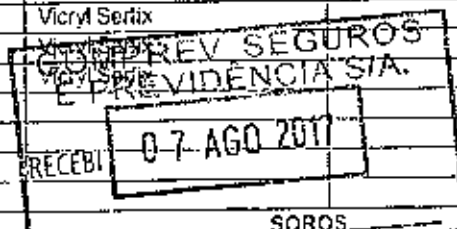
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>Bom Acesso Sob</i> <i>Assepsia Antisept</i> <i>Preparação do Doente e/ou</i> <i>retiro exstia e fixa</i> <i>carroto Oclusão Cap</i> <i>Dr Braga 3840</i>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Talyson Henrique Sousa do O</u> <u>02/04/07</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAIBA
		<u>303</u>	<u>9º</u>	<u>3368563</u>	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CIRURGIA			CIRURSIÃO		
<u>Tat. cirú e/Entest. de</u>			<u>Dr. Ronaldo</u>		
ANESTESIA			ANESTESIA		
<u>Racum + Sederca</u>			<u>Dr. Racum</u>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
		<u>02/02/37</u>	<u>12:00</u>	<u>14:00</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
			Calef. pr Óxg.		Catgut cromado Serlix
			Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix
			Compressa Grande		Catgut cromado Serlix
			Compressa Pequena		Catgut Simples
			Colonóide		Catgut Simples Serlix
			Dreno		Catgut Simples Serlix
			Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix
			Dreno Penrose nº		Cera pr osso
			Dreno Pezzer nº		Ethibond
			Equipo de Macrogolas		Ethibond
			Equipo de Macrogolas		Ethibond
			Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Serlix
			Equipo de PVC		Fio de Algodrão Serlix
			Esparedrapo Largo cm		Fio de Algodrão Sutupak
			Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak
			Gase Pacote cr 10 unidades		Fila cardíaca
			H.O. ml		Mononylon
			Intracath Adulto		Mononylon
			Intracath Infantil		Prolene Serlix
			Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix
			Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix
			Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix
			Luvas 7.0		Vicryl Serlix
			Luvas 7.5		
			Luvas 8.0		
			Luvas 8.5		
			Oxigênio l/m		
			Poliflix		
			PVPi Degemante ml		
			PVPi Tópico ml		
			Sabão Antiséptico		
			Saco coletor		
			Seringa desc. 10 ml		
			Seringa desc. 20 ml		
			Seringa desc. 05 ml		
			Sonda		
			Sonda Foley		
			Sonda Nasogátrica		
			Sonda Uretral nº		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
			Vaselina ml		
			Gelcon 18		
			Lalose		
			capa de vidro		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		EQUIPAMENTOS		
			() Oxímetro de Pulso		
			() Serra		
			() Desfibrilador		
			() Foco Frontal		
			() Fonte de Luz		
			() Foco Auxiliar		
			() Eletrocautêrio		
			() Oxícapiógrafo		
			() Cardiomonitor		
			() Perfurador Elétrico		
			CIRCULANTE RESPONSÁVEL		



Qtd. Nome: SOROS
 SG Normotermico fr 500 ml
 SG Gelado fr 500 ml
 SG Hipertermico fr 500 ml
 SG Ring fr 500 ml
 SG 4500 ml 37/100 ml

Qtd. ORTESE E PRÓTESE

Pal CIRCULANTE RESPONSÁVEL

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

For exp & bin plotted

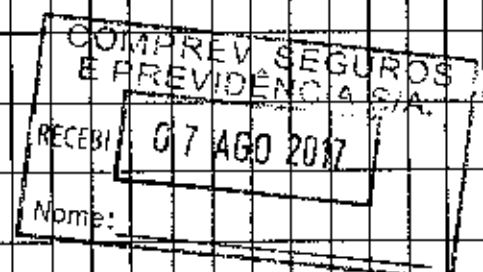
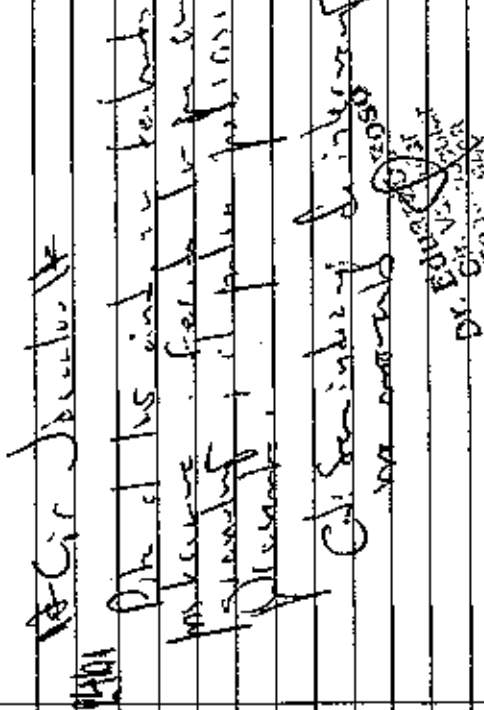
Paciente	Talysson Almeida	Alojamento	4	Leito	3	Convênio
----------	------------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
30/10/2017	① Dita Livre			+ Dispositivo
	② SBL 1500 ml, EV 24 h	CE	18:22 / 96	- 12 DPO
	③ Tildak 20 mg + ADEV 12/12 h	IV	18:56	Culicida - Paciente diminuiu o estado de consciência - Diminui o ECG, suprimiu movimentos. Bate braco sensibilidade com febre positiva da parte D.
	④ Omeprazol 40mg EV 1x/dia	de		Conduta: NBB n. Solução
	⑤ Tramadol 100 mg + 100ml SE 0,9% EV 01/0 h SN 5/h	IV	18:56	In Plântula 30/11/17
	⑥ Clonazepam 40 mg SC 1/dia	CE		Gripe com fômites
	⑦ Ceftriaxona 1g EV 12/12 h			da NAD em fase de
	⑧ Fisioterapia respiratória			gravidade de gases
	⑨ SSUV + CCAC			distais aparente 2 pres
				de pele hiperotico p.e.
				navegação de delírio
				(ortopedico)
				Orientar um a remane
				Leis Ismael Lacerda Cirurgião Geral CRM-PA 5424

Diagnóstico

PO FEARUA EXPOSTA TIGLA DISTAL

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	TANESSON HENRIQUE	Alojamento	4	Leito	3	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
28/07/14	(1) DIETA LÚGE ② DILIBONA 20 GOTAS, VO, 6/6H ③ TILATIL 1 AMP, EV, 12/12H ④ SF O,9%, EV, 1000 ML, 24H ⑤ METOCLOPRAMIDA 10mg, EV, 8/8H SIN SIG. VOMITOS CT ⑥ ONDAPAROL 20 mg, VO, 1x/DIA ⑦ TRAMAL 100 mg + 100 mL SF, EV, 8/8H SIN ⑧ CLEXANE 40 mg, DIAO, 20 mg, SC, 1x/DIA ⑨ CEFTIOXAXONE 1g, EV, 12/12H ⑩ SSIV + COGG ⑪	18 24 06 18 06 18 06 06 N.T. S.N. 18 06 CT	= OROTRÊNIA : - 6º DPQ, 9 ANOS # EVOLUÇÃO: PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS - SGR CORADO, HIPÓTIVO, HIDRATADO, DELETADO, EUTRÊICO A, A, A. + CONBUTAI 1/1000 [Assinatura] DR. CARLOS ALBERTO PEREIRA			
						
						
 Dr. Cir Jacinto Atualizado em 28/07/14 [Assinatura] Col. Semimontes de Indagação						
 DR. CARLOS ALBERTO PEREIRA END.: 340						

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>MALISSA HENRIQUE SOUZA DO O'</u>			IDADE: <u>9A</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:	
DATA: <u>07/02/17</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>110 x 60</u>	PULSO: <u>90</u>	RESPIRAÇÃO: <u>EUPNEICO</u>	TEMPERATURA: <u>36,3</u>	PESO: <u>25 kg</u>	ALTURA:		
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICÊMIA:	URÉIA:	OUTROS:		
URINA:								
AP. RESPIRATÓRIO: <u>NON</u>					ASMA: <u>NÃO</u>		BRONQUITE:	
AP. CIRCULATÓRIO: <u>NON</u>					ELETROCARDIOGRAMA:			
AP. DIGESTIVO: <u>SEM</u>			DENTES:	PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:			
ESTADO MENTAL: <u>ORIENTADO</u>			ATÁRAXICOS:	CORTICÓIDES:	ALERGIA: <u>NÃO</u>		HIPOTENSORES:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:					ESTADO FÍSICO: <u>2</u>		RISCO:	
ANESTESIAS ANTERIORES:								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>MIDAZOLAM - 2,5 mg + FENTONIL - 25 mcg</u>					APLICADA AS:	EFEITO:		
12h 13h AGE: <u>13h</u> LÍQUIDOS: <u>100 - 100 - 100</u> CÓDIGOS: <u>100 - 100 - 100</u> VP. ARTERIAL: <u>100 - 100 - 100</u> AX - ANESTESIA: <u>100 - 100 - 100</u> SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: <u>NON -> ANESTESIA/ANESTESIA, PONTOS 13/14, MEDICAMENTOS, QUANTIDADE 26, LUX LÍMPIDOS, 2,5 mg</u> POSICÃO: <u>NON -> SENTADO (NON) -> NON</u> AGENTES: <u>1. NEOLINO PESSOA - 7,5 mg</u> TÉCNICA: <u>ANESTESIA</u> OPERAÇÃO: <u>EXERTO DE PELE</u> CIRURGIÕES: <u>DR. RONALDO</u> ANESTESISTAS: <u>NONI LIMA</u> OBSERVAÇÕES: <u>NONI LIMA</u> INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO ② Cetarol 4 mg - 700 mg ③ Manitol 25 mg ④ Dexametasona 4 mg ⑤ Nauseon 4 mg ⑥ Dipirona 1 mg ANESTESIA SATISF.: <u>Sim</u> Não Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: Para o Leito: <u>Sim</u> Não CONDIÇÕES:								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Taísom Mênique	Alojamento	4	Leito	3	Convênio	
----------	----------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/01	Dilata nível.		
18/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
19/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
20/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
21/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
22/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
23/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
24/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
25/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
26/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
27/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
28/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
29/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
30/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
31/01	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
01/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
02/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
03/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
04/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
05/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
06/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
07/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
08/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
09/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
10/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
11/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
12/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
13/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
14/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
15/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
16/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
17/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
18/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
19/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
20/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
21/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
22/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
23/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
24/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
25/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
26/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
27/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
28/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
29/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
30/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório
31/02	250ml (20) / 200ml	18	Pré e pós operatório

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB
07 AGO 2017
Nome:

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

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

[Handwritten signature]

Assinatura do anestesista

COMPREV. SEGUR.
E PREVIDÊNCIA SIA.

RECEBI: 07 AGO 2017

Nome: _____

~~Robert~~ Benjamin M. G. F. J.
(Benjamin)

Paciente	Adriana Henriquez Lopez de O	Alojamento	9	Leito	1	Convênio	
----------	------------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
04/02/17	10h	36,5	95	22	-	+	Paciente evolui estável, medicado com C.P.M. medicação C.P.M.	PPB
04/02/17	20h	36,5	88	22	-	+	Paciente evolui estável, medicado com C.P.M., segue sem queixas.	PB
08/02/17	10h	35,8	90	22	-	+	Paciente evolui sem queixas, aguarda curativo de enxerto, segue medicado as cuidados da equipe.	PPB
08/02/17	20h	36,2	92	22	-	+	Paciente segue sem queixas, aos cuidados da equipe.	PPB
09/02/17	10h	36,5	96	22	-	+	Paciente evolui bem, realizado curativo de enxerto com resultado satisfatório.	PPB
09/02/17	20h	36,2	88	22	-	+	Paciente evolui estável, medicado com C.P.M., segue sem queixas.	PB

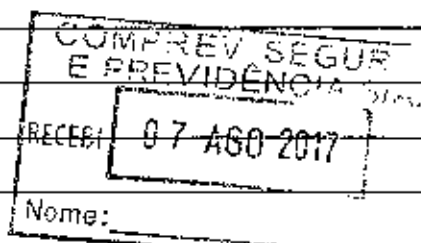
COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 07 AGO 2017

Nome:

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
10/02/17	10h	35,5°C	99	16	—	+	Menor evolui sem intercorrências e segue aos cuidados da equipe. Foi realizado banho e curativo.	
10/02/17	20h	35,5°C	99	16	—	+	Menor não apresenta queixas e segue sob os cuidados da equipe.	
11/02/17	8h						Menor recebe alta Hospitalar. Entrega prescrição e atestado médico. Realizado curativo.	

Katharine Leônico de Medeiros Raposo
Enfermeira
COREN-PA 55.778



Diagnóstico

Female MID

Parents MLD

Paciente

1-201, 2011

Alojamiento

Leito

Convênio

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

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

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

for McIntosh
Brook Park

EMPRESA SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

RECEIVED	07 AGO 2017
----------	-------------

Name: _____

05/20/15

11. Prüfer : Jur.

27 Dupire 15 gots de

1919 23

23

3) $\frac{d}{dx} \ln x = \frac{1}{x}$

col' ananbo?

4. Abstr-o Quanti-ty Area
Area (07/02).
 18 Previews Final
History Apr Quanti-ty
Quanti-ty Locat

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
05/07/17	17h 10h	36 ²	88	22	-	+	Paciente evolui estável, P.O. de enxerto, medicado C.P.M, segue em observação.	Rosely
05/07/17	20h	36 ²	88	20	-	+	Paciente evolui estável, medicada C.P.M, segue sem alteração	Rosely
06/07/17	10h	36,5 ^c	90	22	-	+	Menor evolui sem anormalidades realizadas cuidados gerais e medicação prescrita	
	22:00	36 ⁰	100	22	-	presente	Paciente evolui S/ queixas. Segue bem aos cuidados da Equipe.	Feresinha

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 07 AGO 2017

Nome:

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ 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: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:	Data: ____/____/____
Alterações: ☒ Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoalivos () 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 () 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	
16h menor realizou procedimento cirúrgico de excisão de cunha plástica, evolui sem intercorrências.	
20:00 T=36,2 FC 94bpm. SPO2 98%.	
menor não apresenta dor, mantendo a um	
impulso no ritmo cardíaco, mantendo a um	
da plantas.	
RECEBI	07 AGO 2017
Nome: _____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Uiana S. S. Marinho</i> DATA: 02/02/17 HORA: _____ h Enfermeira COREN-PB 351542 - Enf	

Uiana S. S. Marinho
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 268792 - CIG: 399.193.144-2



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

COMPANHIA SEGUROS
GRANDE
RECEBI
07 AGO 2017
Nome: _____

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Data	Hora	Prontuário	Ata	Leito	Enfermaria
Robson Romualdo S. do O.				Padroeira	4-3	
08/01/17	M		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, celula- colaborativa. Campylica em VE/AA.	31/01/17	M	Paciente em ECR, aca. de 200g, celula- lar, campylica em VE/AA. Sem queixas respiratórias.
09/01/17	T		Paciente evolui com ECR, sem limitação bilateral de membros de gartas e de centração de gartas (S).	31/01/17	T	Paciente mantém quadro clínico. Conduta fisioterapêutica mantida.
10/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
11/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
12/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
13/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
14/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
15/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
16/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
17/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
18/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
19/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
20/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
21/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
22/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
23/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
24/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
25/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
26/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
27/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
28/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
29/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.
30/01/17	T		Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.	31/01/17	T	Paciente evolui em ECR, aca. de 200g, colaborativa. Sem queixas respiratórias.

NOME	GILBERTO Henrique Souza do O		
IDADE	01a	ENFERMIA	Redutiva
H. D.	Atropelamento	ADMISSÃO	
		HORA	43

GOVERNO	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
DA PARAIBA	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	

PROCEDÊNCIA: Precedente de outro - cirúrgico

DRENO: ☐ Pleural ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante ☐ Débito

MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRPA ☐ Choque ☐ Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM

Porteção: ☐ Normal ☐ Deficiente ☐ Edema, Regiões: ☐ Caxios

ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia

CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2

HDA: Grande vítima de atropelamento
Exposta de fratura distal

CONDUITA PROPOSTA INICIALMENTE
☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Fisioterapia ☐ WRP
☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedação
☐ Ortolismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial ☐ Treino Musc. Pré decanulação

SV: FC bpm FR bpm PA: mmHg SpO2 % T %

Observações: Paciente segue estável; sem queixas

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

Outros: Mudança de decúbito + Cuidado de

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow

Refluxos: ☐ Aumentados ☒ Diminuídos ☐ Normal Força Muscular: (Grau) ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5

Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal Trófilismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR
☒ Espontâneo ☐ Sem alterações

SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TOT ☐ Sem TOT ☐ VNI ☐ VMI

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: Atropelamento + Ex exp. de

O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerossol ☐ Masc. Simples ☐ Masc. Sistema de Venturi %

COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta

OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim

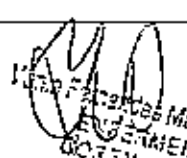
Cor secreção: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 07 AGO 2017
Nome: _____

Camilla Grande.
27/01/17
FÍSIOLOGIA
CRÉDITO 111186

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ 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: ☒ 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: ☒ 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 () 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	
Pac. teve alta da ortopedia - transferido para Cirurgia Plástica	
08:00 T= 36,5°C FC 98bpm SpO2 99%	
Paciente acordado, bem, mantendo boa a dor no local, eliminando fezes e urina voluntariamente. Monitorando a evolução do curativo da ferida. Mantendo a segurança da unidade de cuidados.	
10:00 T= 36,5°C FC 98bpm SpO2 99%	
Paciente acordado, bem, mantendo boa a dor no local, eliminando fezes e urina voluntariamente. Monitorando a evolução do curativo da ferida. Mantendo a segurança da unidade de cuidados.	
COMPREV SEGUROS PREVIDENCIA S/A. RECEBI 07 AGO 2017	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>01/02/17</u> HORA: ____ h
Angela Maria de Jesus Almeida ENFERMEIRA COREN 71201	

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ 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: ☒ 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: ☒ 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 () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: ☒ Local/Aspecto: M, D	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	
09:00 T=36°C FC 72bpm SpO2 98%	
paciente acordado, bem-humorado, sem dor, sem febre, saturação normal	
relato de angustia com ansiedade, relato de dor abdominal	
em função	
10:00 T=36°C FC 76bpm SpO2 98%	
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A	
07 AGO 2017	
Nome: 31.01.14 HORA: ____ h	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
Bruna S. de O. Oliveira Silva	
Enfermeiro	
COREN: 10.18.15	
CNS: 701009870104392	

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: () 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: ☒ VO () SNG () SNE () Galtonomia () 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: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:			
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			
Humer em 3º PPO unido, requerido unidades do grupo.			
COMPREV SEGUROS REVIDÊNCIA S/A. RECEBI: 07 AGO 2017 Nome:			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: 05/08/17 HORA: ____ h	
 FABIANA MARINHO MOURA ENFERMEIRA CREN 122362			

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? Precordialgia: ()	
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ 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: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoalivos: () 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 () 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:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
15.40.0000 - admitido C.C. ROT FX de TUBA - atendida - supleno atendida com medicação - atendida com acompanhamento - supleno atendida - T=37,2 FC 108 bpm SpO2 98% 16.00 T=36,4 FC 98 bpm SpO2 98% sem queixa de dor - medicado C.P. medicação	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 18/01/17 HORA: 14h
Angela Maria da Silva Medeiros ENFERMEIRA COREN 73221	



Serviços
Notariais

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA - MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - SEDE DA COMARCA

1º CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Av. Marechal Floriano Peixoto, 813 - Centro - CEP 58.101-065 - Fone (83) 3321-4598/3321-4033

CASAMENTOS, NASCIMENTOS, ÓBITOS - Registros Privativos de Emancipação, Interdição, Ausência, Adoção, Sentença de Divórcio, Opção de Nacionalidade, Transcrição de Registro de Nascimento, Casamento e Óbito realizado no estrangeiro.

MARIA ALBA CAVALCANTI OLIVEIRA, OFICIAL

SONALI CAVALCANTI OLIVEIRA, OFICIAL SUBSTITUTA

DAMILO SÉRGIO CAVALCANTI OLIVEIRA, 2º OFICIAL SUBSTITUTO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Maria Alba Cavalcanti Oliveira, Oficial do Registro Civil, desta Cidade de CAMPINA GRANDE-PB na forma da Lei, etc...

CERTIFICO que às folhas 265, sob número 120738 do livro A-119A de Registro de Nascimento foi feito hoje o assentamento de TAYSSON HENRIQUE SOUZA DO Ó, nascido aos dois de abril de dois mil e sete (02/04/2007), às 21 horas e 40 min. em ISEA, nesta cidade, DMV N°40552018, do sexo masculino. Filho de MELQUISSDECK SOUSA DO Ó NETO e ANA CLÁUDIA CHAGAS DE SOUZA..

Sendo os avós paternos JOSÉ DE ARIMATEIA SOUSA e VALDEIR DE ANDRADE SOUSA e os avós maternos JOSÉ GOMES DE SOUZA e MARIA MIGUEL DAS CHAGAS..

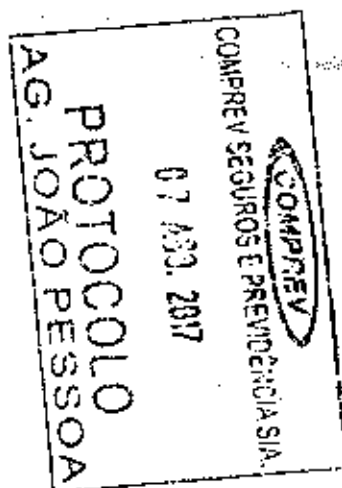
Foi Declarante OS GENITORES e serviram de testemunhas: LEI N°9997 DE 17/08/2000 e ..

O referido é verdade e dou fé.

CAMPINA-GRANDE-PB, 04 DE ABRIL DE 2007.

- Oficial(a) -

Vivianne Maria da Silva
Escrevente Autorizada
1º Cartório de Registro Civil
F. (83) 321-4598 - C. Grande - PB

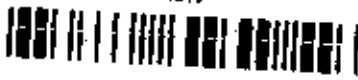




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAÍBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
	
L-234	
<i>Gracilândia Chagas de Souza</i>	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 07 AGO. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 3.637.004 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 23/05/2017
NOME ANA CLAUDIA CHAGAS DE SOUZA	
FILIAÇÃO JOSÉ GOMES DE SOUZA MARIA MIGUEL DAS CHAGAS	
NATURALIDADE BOA VISTA-PB	DATA DE NASCIMENTO 02/12/1982
DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº 51570 - LIV. 45 - FLS. 85 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE PB	
CPF 016.142.274-89	
João Pessoa - PB	
 ASSINATURA DO TITULAR Data de Emissão 29/08/83	



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO DE CIDADANIA E TRANSICAO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES

DOC. IDENTIDADE / REG. EMERSON (P)
2670383 SSP PB

CPF
011.823.724-14 DATA NASCIMENTO
09/05/1984

MARCAO
GUMERCINDO LEITE NETO
LUCIENE FERNANDES
LEITE

PERMISSAO
ACB CALHADA
AB

Nº POSTO
02869297813

VALIDADE
26/11/2018

1ª HABILITACAO
20/05/2003

Observações

Fernanda Fernandes Leite Alves

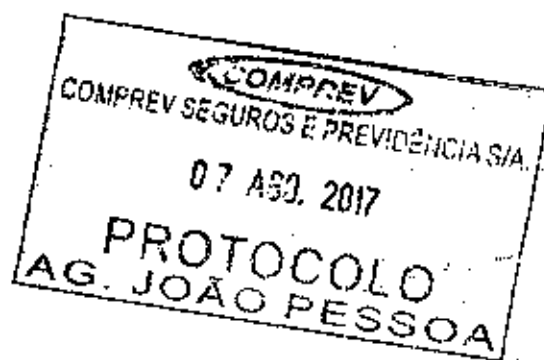
Assinatura do portador

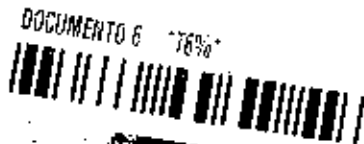
LOCAL
CAMPEMA GRANDE, PB

DATA EMISSAO
26/11/2013

Assinatura do emissor
Rodrigo Correia
25069104856
EB02/550060

818608616





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL - CG

C: 91317 Laudo nº: 03.03.06.03201707267

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 21/03/2017 Hora do exame: 10:13

Órgão Requisitante: Delegacia Especializada de Acidente de Veículos. nº da Solicitação: 026/2017
Autoridade Solicitante: Severino de Carvalho Lopes. Nome: **TALYSSON HENRIQUE SOUZA DO Ó**,
9 anos. filho(a) de: Melquisedeque Sousa do Ó e de: Ana Claudia Chagas de Souza. Sexo: masculino
Estado civil: Solteiro(a). Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Campina Grande/PB. Profissão:
estudante. Residente na RUA JOÃO CAETANO DE ANDRADE, 70, LIBERDADE, C. GRANDE/PB.

HISTÓRICO – O periciando refere ter sido atropelado por carro do tipo gol, no dia 18/01/2017, por volta das 09:30 horas, sendo socorrido para o Hospital de Trauma na ocasião, permanecendo internado neste nosocômio no período de 18.01.17 a 11.02.17, CID: S81 (ferimento da perna), conforme atestado emitido no dia 11.02.17, pelo Dr. Vespaziano Quintães, CRM: 4511. Ficha de atendimento de emergência informa trauma em membro inferior direito e escoriação em membro inferior esquerdo, evidenciada fratura exposta de tibia direita, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico desta fratura.

DESCRIÇÃO – Ao exame, observamos: múltiplas cicatrizes hipertróficas e extensas, na região anterior da coxa direita, de 15,0 cm de extensão, na face lateral interna da coxa direita, de 23,0 cm de extensão e outra na face anterior do joelho direito e perna direita, de 25,0 cm de extensão e outra de formato arredondado, 6,0 cm de extensão no joelho esquerdo. Apresenta grande limitação na flexão e extensão da perna direita, por grave comprometimento da articulação do joelho direito. Claudicação moderada a importante ao deambular. Aparente encurtamento do membro inferior direito quando comparado ao membro inferior contra-lateral.

QUESITOS

- 1º. Há ferimento ou ofensa física? **SIM.**
- 2º. Qual o meio que o ocasionou? **AÇÃO CONTUNDENTE.**
- 3º. Houve perigo de vida? **NÃO.**
- 4º. Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **SIM, DEBILIDADE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO EM 70 % (SETENTA POR CENTO).**
- 5º. Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **SIM, DEVIDO A FRATURA DA TÍBIA DIREITA.**
- 6º. Provocou aceleração de parto? **PREJUDICADO.**
- 7º. Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? **NÃO.**
- 8º. Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **NÃO.**
- 9º. Resultou deformidade permanente? **SIM, CICATRIZES HIPERTRÓFICAS E EXTENSAS NOS MEMBROS INFERIORES.**
- 10º. Provocou aborto? **PREJUDICADO.**

Reginaldo A. B. Teixeira
PERITO MÉDICO LEGISTA
MÉDICO 157.643-7 - CRM-PB 6.099
Dr(a). Reginaldo Antonio Barros Teixeira
Méd. 157.643-7

SEM VALOR PARA SEGURO

COMPREV	07 AGO. 2017	PROTOCOLADO
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.		AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439917 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THALYSSON HENRIQUE SOUZA DO **Data do acidente:** 18/01/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
O

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2017

Valoração do IML: 70

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NA PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA; SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: MÚLTIPLAS CICATRIZES; GRANDE LIMITAÇÃO NA FLEXÃO E NA EXTENSÃO, POR GRAVE COMPROMETIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO; CLAUDICAÇÃO AO DEAMBULAR; ENCURTAMENTO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 75% (INCAPACIDADE FUNCIONAL INTENSA)

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDENIZADO COM BASE EM DOCUMENTAÇÃO CONSISTENTE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

DB Saraiva

SELO DIGITAL: AFL4322 - X778
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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

**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BOAT 0019-2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: NOALDO TITO DA SILVA			Posto/Graduação: 3º SGT /PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA 24 DE MAIO			Hora 09:00	Bairro TAMBOR	Município: CAMPINA GRANDE
UF PB		Data/Ocorrência 18/01/2017	Dia da Semana QUARTA	C/S Vítima (QT) SIM (01)	Natureza do Acidente ATROPELAMENTO
Tipo Pavimento BOA		Condições/Via BOM		Tempo BOM	
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 AUTOMÓVEL + 01 PEDESTRE			Controle do tráfego no local VIA DE SENTIDO DUPLA		
CONDUTOR 01					
Nome ROSIMERI DE ALMEIDA OLIVEIRA		Sexo FEMININO	Nascimento 20/07/1970	RG 2200571-SSP/PB	
Endereço RUA SEVERINO PIMENTEL, Nº 785, LIBERDADE, CAMPINA GRANDE/PB					
1ª Habilitação NÃO POSSUI	Categoria	Registro CNH Nº	U.F.	Ex.med./Dia	Data Vencimento
Usava cinto		Usava Capacete			
Exame de Embriaguez Alcoólica REALIZADO O TESTE 520 NO DRAGEM Nº 0258, RESULTADO 0,00MG/L			Destino do Condutor PERMANECIU NO LOCAL		
VEÍCULO 01					
Marca VW UP TAKE	Espécie AUTOMÓVEL	Placa QFS-7456	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	U.F. PB
Nome do Proprietário ROSIMERI DE ALMEIDA OLIVEIRA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012824819776	Renavam Nº 0110588155-2	Data da Emissão 21/12/2016		
Defeitos ÂNGULO ANTERIOR DIREITO (RODA, CAPÔ E PARA-LAMA					
VERSÃO DO CONDUTOR 01					

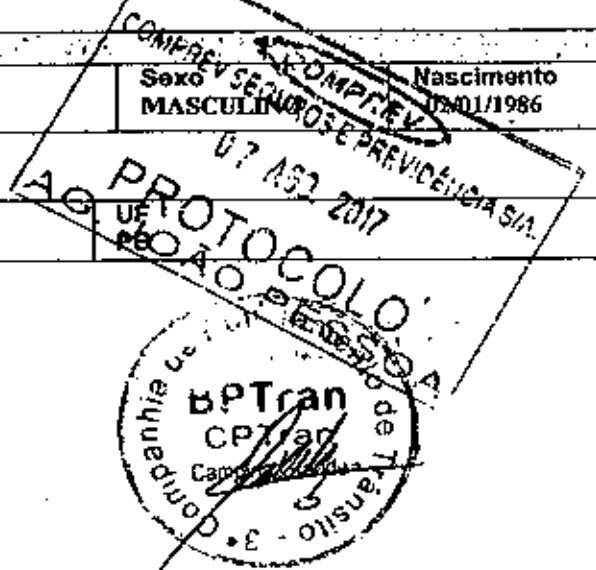
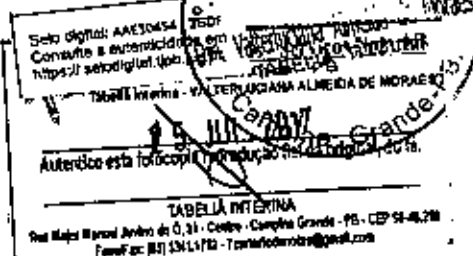
A mesma preferiu falar só na DP.

VÍTIMA 01

Nome THALYSSON HENRIQUE SOUZA DO Ó		Sexo MASCULINO	Nascimento 9 ANOS
Endereço RUA JOÃO CAETANO DE ANDRADE, Nº 70, LIBERDADE, CAMPINA GRANDE/PB			
Ferimentos		Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
Condição da Vítima PEDESTRE		Conduzida Para HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB	

TESTEMUNHA 01

Nome GLEISON FERNANDO SILVA PEREIRA		Sexo MASCULINO	Nascimento 12/01/1986
Endereço RUA ESTÁCIO DE SÁ, Nº 344, JOSÉ PINHEIRO, CAMPINA GRANDE/PB			
Identidade Nº 3019922		Cargo Emissor SSP	



VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Disse que encontrava-se parado no cruzamento das ruas Pedro Leal e 24 de Maio, quando viu o veículo UP de cor branca entrar na rua 24 de Maio e sem controle de direção subir a calçada e atropelar um pedestre (menor) e chocar-se com o muro.

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o V1 trafegava na rua Pedro Leal, sentido Liberdade/Catolé e ao chegar no cruzamento com a rua 24 de Maio convergiu à direita e perdeu o controle de direção, subiu a calçada da direita, atropelou um pedestre (menor) e chocou-se com o muro.

O pedestre teve ferimentos graves e foi socorrido pelo Samu USA - 02, composta pelo médico Leandro, enfermeira Rebeca e o condutor Fábio Silva.

A VTR 5909 do Destacamento de Massaranduba, comandada pelo 3º SGT 0158 Bernardino, que já estava no local levou a condutora 01 para a Delegacia de Acidentes de Trânsito para procedimentos cabíveis.

Segue croqui.

Campina Grande - PB, 30 de Janeiro de 2017.

[Assinatura] - 3:54 PM
Responsável pelo Levantamento





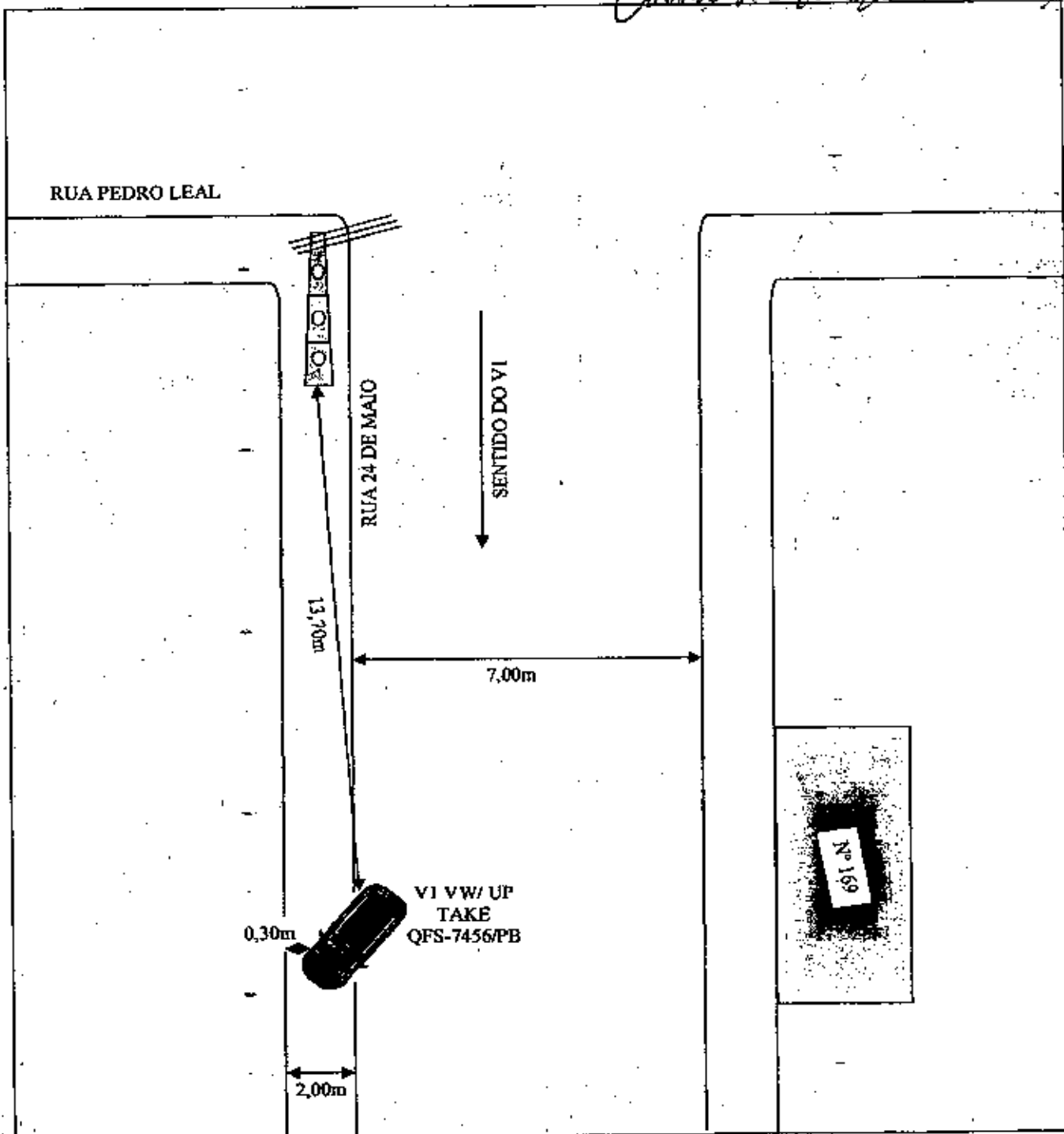
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-1/CPRII)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO - BOAT
CROQUI DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



RESPONSÁVEL PELO LEVANTAMENTO: BAT Nº 0019 DATA 18/02/2017 HORÁRIO: 09:00 hs
3º SGT QPC NOALDO
LOCAL: RUA 24 DE MAIO
NATUREZA: ATROPELAMENTO
ASSINATURA: *3º SGT QPC NOALDO*

3º CPTTran "NO TRÂNSITO A VIDA TEM PREFERÊNCIA" FAÇA SUA PARTE

OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO DISQUE 190 — 3º CPTTran





Serviços
Notariais

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA - MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - SEDE DA COMARCA

1º CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Av. Marechal Floriano Peixoto, 813 - Centro - CEP 58.101-065 - Fone (83) 3321-4598/3321-4033

CASAMENTOS, NASCIMENTOS, ÓBITOS - Registros Privativos de Emancipação, Interdição, Ausência, Adoção, Sentença de Divórcio, Opção de Nacionalidade, Transcrição de Registro de Nascimento, Casamento e Óbito realizado no estrangeiro.

MARIA ALBA CAVALCANTI OLIVEIRA, OFICIAL SONALI CAVALCANTI OLIVEIRA, OFICIAL SUBSTITUTA
DAMILO SÉRGIO CAVALCANTI OLIVEIRA, 2º OFICIAL SUBSTITUTO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Maria Alba Cavalcanti Oliveira, Oficial do Registro Civil, desta Cidade de CAMPINA-GRANDE-PB na forma da Lei, etc...

CERTIFICO que às folhas 265, sob número 120738 do livro A-119A de Registro de Nascimento foi feito hoje o assentamento de TALLYSSON HENRIQUE SOUZA DO Ó, nascido aos dois de abril de dois mil e sete (02/04/2007), às 21 horas e 40 min. em ISEA, nesta cidade, DNV N°40552018, do sexo masculino: Filho de MELQUISEDECK SOUSA DO Ó NETO e ANA CLÁUDIA CHAGAS DE SOUZA.

SEDO OS AVÓS PATERNOS JOSÉ DE ANIMATEIA SOUSA e VALDEIR DE ANDRADE SOUSA e os avós maternos JOSÉ COMES DE SOUSA e MARIA MIGUEL DAS CHAGAS.

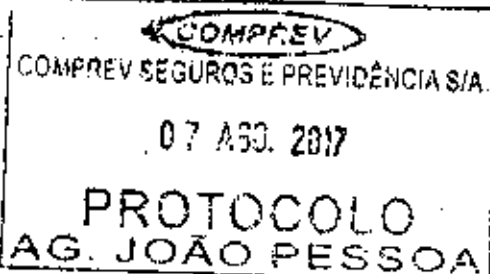
Foi Declarante OS GENITORES e serviram de testemunhas: LEI N°9997 DE 17/08/2000 e ..

O referido é verdade e dou fé.

CAMPINA-GRANDE-PB, 04 DE ABRIL DE 2007.

- Oficial(a) -

Vivianne Maria da Silva
Escritoriente Autorizada
1º Cartório de Registro Civil
F. (83) 321-4598 - C. Grande - PB



DOCUMENTO 3 "T390"



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional - CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Talysson Henrique Souza do Ó**, vítima de acidente de trânsito dia 18 de janeiro de 2017, aproximadamente às 09hs00min, no End: R. Pedro Leal - Tambor, sendo o mesmo atendido e removido para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 27 de julho de 2017.



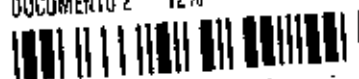
Paulo Alexandre G. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio Francisco do Nascimento
Coordenação Administrativa



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

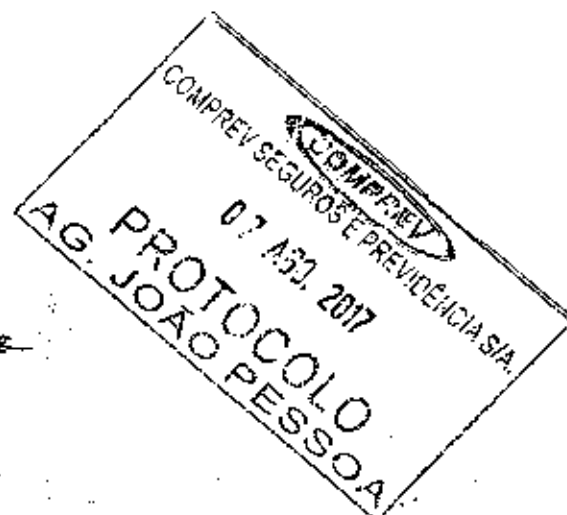
DOCUMENTO 2 "T2"

Eu, Ana Claudia Chagas de SouzaRG nº 3637004, data de expedição 23/05/2017 Órgão SSPPB

CPF nº 016142274-89, 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)	<u>Rua João Caetano Andrade</u>
Número	<u>70</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Estação Velha</u>
Cidade	<u>Campina Grande</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58410-080</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 9997-5596</u>
E-mail	<u>clarice.fernandes_meda@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina Grande, 30/07/2017Assinatura do Declarante: Ana Claudia Chagas de Souza

JUSSARA ALVES FERREIRA
RUA JOAO CASTANO ANDRADE, 10 - ESTACAO VELHA
CAMAPUA GRANDE / PB CEP: 58410-080 (AG: 401)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL (R27) / R27
Roteiro: 17 - 401 - B22 - 6400
Nº medidor: 0000078421

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Trib. Imp. - Companhia Grãndes / PB - CEP 58422-700
CNPJ: 08.826.386/0001-05 Ins. Est. 16.003.839-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.200.002
Código para Dúvidas e Arrecadação: 0000143421

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 4/143421-6

Jun / 2017

Canal de contato

Apresentação

28/06/2017

Data prevista da
próxima leitura

27/07/2017

CPF / CNPJ / RANI

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
5089937448					
Inst. Est:	Data Letura	Data Letura			
	28/06/17 4235	28/06/17 4316	1	20	33

Faturas em atraso

Demonstrativo

	Destiny	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
02/08/2017	Consumo em kWh	66	0,42703	28,32
05/09/2017	Adic. e Vencido			0,27
	ICMS			9,10
	PIS			0,25
	COFINS			1,17
	LANCAMENTOS E SERVIÇOS			
	... FEE DE HORA 03/2017			1,08
	... FEE DE HORA 03/2017			1,19

Histórico de Consumo
(kWh)

Ver 17	50
40-17	52
Mar 17	77
Fev 17	59
Jan 17	57
Dez 16	58
Nov 16	78
Out 16	30
Sep 16	7
Ago 16	0
Jul 16	26
Jun 16	42

	BASE DE CÁLCULO	AUMENTO	VALOR R\$
KVS	22,4	2,106	9,12
PS	1,1	0,231	0,25
COFINS	35,41	3,224	1,17

VENCIMENTO
05/07/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 38,85

Atos dos últimos meses
48

d254.0cb4.77f2.3436.975d.dc93.f796.ccb2.

Indicadores de Qualidade (2017-06-28)

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIAGNÓSTICO	4,05	0,00	
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	3,81		
DIAGNÓSTICO ANUAL	12,92		
DIAGNÓSTICO	3,17	0,00	
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	6,25		
DIAGNÓSTICO ANUAL	12,11		
DIAGNÓSTICO	2,77	0,00	
DIAGNÓSTICO	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)
Energia de Qualidade Energia	8,42
Comércio de Energia	0,84
Serviço de Transmissão	1,29
Energia de Distribuição	4,44
Impostos Distribuição e Encargos	12,78
Outros Serviços	0,00
Total	38,85

Valor de Emissão (Ref. 4/2017) R\$ 14,09

ATENÇÃO

• SEAVISO: Caso a fatura(s) seja(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 13/07/2017. Conforme Resolução da ANEEL, o pagamento após essa data não garante a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comprovado ou as contas pagas não estejam devidamente comprovadas para a suspensão. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, pois estas já suspenderam o fornecimento e poderão ocorrer a qualquer momento até o decorrer do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data do vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita à inclusão em opção de arrolação ao crédito no caso de inadimplimento. • Letura confirmada

BORBOREMA

Roteiro: 17 - 401 - B22 - 6400
Arrecadação: 143421-2017-09-5

VENCIMENTO
05/07/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 38,85

019-3



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
07 AGO. 2017
AG. PROTOCOLO
Pessoa

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2017

Carta nº: 11485584

A/C: ANA CLAUDIA CHAGAS DE SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170439917 ASL-0305521/17
Vitima: THALYSSON HENRIQUE SOUZA DO Ó
Data Acidente: 18/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 início 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



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2017

Carta nº: 11501030

A/C: ANA CLAUDIA CHAGAS DE SOUZA

Sinistro: 3170439917 ASL-0305521/17
Vítima: THALYSSON HENRIQUE SOUZA DO Ó
Data Acidente: 18/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

O formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, nem que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

1. Ana Claudia Chagas de Souza
 ORTADOR(A) DO RG Nº 3637 004 EXPEDIDO POR SSP PB EM 23/05/2017
 PF 016142274-89 / CNPJ 000000000000000000 - 00000000 - 00, PROFISSÃO do lar
 RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Tatysson Henrique Souza AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter além das informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 *T14*



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como de titular de comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0437 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013 0008 9501-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

E. grande 30 de Julho de 2017 Ana Claudia Chagas de Souza
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - CEF BOBIREMA-CAMPINA GRAN

DATA: 27/07/2017 HORA: 16:01:19

TERMINAL: 07371691 CONTROLE: 073716910136

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0737.013.00089501-5

NOME: ANA CLAUDIA CHAGAS DE SOUZA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2000

NÚMERO DO ENVELOPE: 3599488152

NÚMERO DE CONTROLE: 288252621

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA.

O formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, nem que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Beneficiário: Ana Claudia Chagas de Souza
 ORTADOR(A) DO RG Nº 3637-004 EXPEDIDO POR SSP PB EM 23/05/2017
 PF 016142274-89 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO do lar
 RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Talysson Henrique Souza AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DOCUMENTO 1 "11%"



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

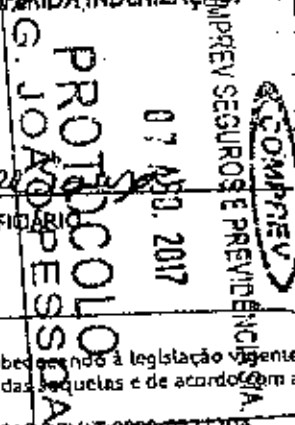
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0437 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013 00089501-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Em grande 30 de Julho de 2017
 LOCAL E DATA

Ana Claudia Chagas de Souza
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - CEF BOBÓREMA, CAMPINA GRAN
DATA: 27/07/2017 HORA: 16:01:19
TERMINAL: 07371691 CONTROLE: 073716910130

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0737.013.00009501-5
NOME: ANA CLAUDIA CHAGAS DE SOUZA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: R\$ 00

NÚMERO DO ENVELOPE: 3599468152
NÚMERO DE CONTROLE: 288252621

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

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

