

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

---

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190169433**

**Vítima: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA**

**Data do Acidente: 01/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSENILDO GONCALVES DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190169433**

**Vítima: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA**

**Data do Acidente: 01/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190169433**

**Vítima: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA**

**Data do Acidente: 01/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSENILDO GONCALVES DE LIMA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	021936824-45	Josenildo Gonçalves de Lima		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Josenildo Gonçalves de Lima		
Profissão:	Endereço:	CPF: 021936824-45		
Desempregado	Av. Augusto Barbosa	Número: 301A	Complemento:	
Bairro:	Cidade: Campina Grande	Estado: PB	CEP: 58.415-378	Tel.(DDD): 93.98852-3030
E-mail:	STcadvocacia@hotmail.com			

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:  00002925  0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

MORTE	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <i>P. Grande, 27/07/2019</i>	TESTEMUNHAS
	Nome:	1º   Nome: _____	
	CPF: _____	CPF: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <i>Josenildo Gonçalves de Lima</i>		ARIVLE CORRETORA	
		25.FEV.2019	
		TEL.: (83) 3321-5930	
Assinatura			

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**Nº00042.01.2019.2.00.420**

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

**Data da Ocorrência: 01/10/2018 Hora: 19:19:00**

**Forma da Comunicação: Verbal**

**Endereço: Rua Gasparino Barreto, Rosa Cruz, Campina Grande, PB.**

**Ponto de referência: Perto do Centro de Madeira**

**PARTE(S)**

VITIMA	<b>Nome:</b> Josenildo Gonçalves de Lima	<b>Conhecido por:</b> Não informado	<b>Filiação:</b> Leonisa Maria de Lima e José Gonçalves da Silva	<b>Idade:</b> 47	<b>Data de Nascimento:</b> 10/05/1971	<b>Identidade de Gênero:</b> masculino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira	<b>Naturalidade:</b> Campina Grande	<b>Estado Civil:</b> união estável	<b>Escolaridade:</b> Não informado	<b>Profissão:</b> Pintor	<b>Cargo:</b> Não informado
TESTEMUNHA	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 021.936.824-45	<b>Matrícula:</b> Não informado	<b>Endereço:</b> Travessa Augusto Borborema, 36, Rosa Cruz, Campina Grande, PB	<b>Complemento:</b> Não informado	<b>Ponto de referência:</b> Perto do Centro de Madeira	<b>Telefone:</b> (83) 98685-7633
	<b>Nome:</b> José de Andrade Barbosa	<b>Conhecido por:</b> Não informado	<b>Filiação:</b> Lindalava de Moraes e Manoel Barbosa Filho	<b>Idade:</b> 41	<b>Data de Nascimento:</b> 07/06/1977	<b>Identidade de Gênero:</b> masculino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira	<b>Naturalidade:</b> Campina Grande	<b>Estado Civil:</b> casado(a)	<b>Escolaridade:</b> Não informado	<b>Profissão:</b> Pedreiro	<b>Cargo:</b> Não informado
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 016.075.904-84	<b>Matrícula:</b> Não informado	<b>Endereço:</b> Travessa Augusto Borborema, 636, Rosa Cruz, Campina Grande, PB	<b>Complemento:</b> Não informado	<b>Ponto de referência:</b> Perto do Centro de Madeira	<b>Telefone:</b> (83) 98869-6346

ARIVLF / APPRENDIZ  
25 FEV. 2013  
TEL.: (83) 3321-5930

TESTEMUNHA

**Nome:** Dayane Siqueira de Andrade  
**Conhecido por:** Não informado  
**Filiação:** Cicera Nascimento Siqueira e José de Andrade Barbosa  
**Idade:** 22      **Data de Nascimento:** 12/07/1996      **Identidade de Gênero:** feminino  
**Nacionalidade:** brasileira      **Naturalidade:** Campina Grande  
**Estado Civil:** solteiro(a)  
**Escolaridade:** Não informado      **Profissão:** Autônoma  
**Cargo:** Não informado      **Matrícula:** Não informado  
**Documentos(s) de Identificação:** CPF nº 104.292.154-79  
**Endereço:** Travessa Augusto Borborema, 36-H, Rosa Cruz, Campina Grande, PB  
**Complemento:** Não informado  
**Ponto de referência:** Perto do Centro de Madeira  
**Telefone:** (83) 99369-8104

---

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

(1) **Moto**, marca Honda, modelo NXR 150 BROS ESD, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2008, placa MOD-3194, chassi 9C2KD03108R032075, renavam 0011694206-1

---

**DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS**

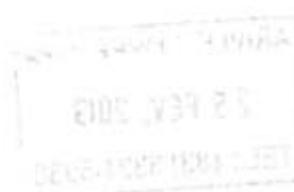
---

**HISTÓRICO**

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/NXR 150 BROS ESD, Ano/Modelo 2008/2008, cor preta, Placa MOD-3194-PB, Chassi de Nº 9C2KD03108R032075, licenciada em nome de Claudio Batista dos Santos, quando trafegava na rua Gasparino Barreto, bairro Rosa Cruz, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado parado no meio da via, tendo o comunicante tentado desviar-se do mesmo, mas o retrovisor bateu na lateral da camioneta, tendo o comunicante caído ao solo e em seguida o condutor de outra camioneta que passava no local passou por cima da vítima, tendo este ficado com fratura do osso da perna direita e fratura da bacia e outras escoriações pelo corpo, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

---

**Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.**



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



Campina Grande/PB, 07 de fevereiro de 2019.

---

SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

~~Joenildo Gonçalves de Lima~~

JOSENILDO GONCALVES DE LIMA

Noticiante

---

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	021 936 824 - 45	Josenildo Gonçalves de Lima		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Endereço:	021 936 824 - 45	Número:	Complemento:
Desempregado	Av. Augusto Barbosa	301A		
Bairro:	Cidade:	Pará	CEP:	58.415-378
Cruzado	Campina Grande		Tel.(DDD):	83 98852-3030
E-mail:	STcad.voces@hotmail.com			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA:  CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *P. Grande, 27/01/2019*

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

*Josenildo Gonçalves de Lima*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º   Nome: _____	CPF: _____	<i>ARIVEL CORRETORA</i>
2º   Nome: _____	CPF: _____	<i>25.FEV. 2019</i>
		<i>Assinatura</i>
		TEL: (83) 3321-5930

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

<b>DATA:</b> 1/10/2018	<b>HORA:</b> 19:19 HRS	<b>ID Nº:</b> 1728161
<b>NOME:</b> JOSENILDO GONCALVES DE LIMA		
<b>QUEIXA:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO		
<b>LOCAL:</b> RUA: GASPARINO BARRETO - ROSA CRUZ		
<b>COMPLEMENTO:</b> PROXIMO AO CENTRO DE MADEIRA		
<b>CIDADE:</b> CAMPINA GRANDE / PB		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 29 de outubro de 2018.

ARIVLE CORRETORA  
25 FEV. 2019  
TEL.: (83) 3321-5930

  
Alexandre B. Nascimento  
SUPERVISOR  
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é segurado via de correio.

Retorne para a distribuidora mais próxima, entre no site energisa.com.br

Nº 002.448.822



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 156 - Alça Sudoeste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-709

CNPJ 98.425.596/0001-05 Insc. Est. 16.803.839-1

## DADOS DO CLIENTE

MARIA SOLANGE FARIAZ DA SILVA  
TV AUGUSTO BORBOREMA 30 A  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**4/64743-8**

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2018	29/11/2018	15	06/12/2018	R\$ 16,24

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



**MARIA SOLANGE FARIAZ DA SILVA**

Roteiro: 18-401-958-3650

83600000000-7 16240147000-8 00647432018-8 11500401019-1



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
06/12/2018	R\$ 16,24	64743-2018-11-5

**ARIVLE CORRETORA**  
**25 FEVEREIRO 2019**  
**TEL.: (83) 3321-5930**





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Wagner Leuz Ribeiro Salles

inscrito (a) no CPF/CNPJ 011 086 784 108, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josanildo Gonçalves do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 021 936 824 145,

do sinistro de DPVAT cobertura Involido da Vítima Josanildo Gonçalves do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 021 936 824 145, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>R. Coronel José Lourenço Porto</u>	<u>86</u>	
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Campina Grande</u>	Estado: <u>Paraíba</u>
E-mail: <u>wagnersalles.edu@hotmail.com</u>	CEP: <u>58400-240</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 9 8852-3030</u>

Local e Data: C. Grande, 20 de fevereiro de 2015

Wagner Leuz Ribeiro Salles

Assinatura do Declarante

ARIVLF CORRETORA
25 FEV. 2019
TEL.: (83) 3321-5930

45019977 34056  
000 125  
000 125

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudia Batista dos Santos,  
RG nº 194.709.8, data de expedição 09/06/14,  
Órgão PB, portador do CPF nº 023.646.959-74, com  
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Jornalista Walter Mendes, nº 342,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Josénildo Gonçalves do Lima, cujo o condutor era  
Josénildo Gonçalves do Lima.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA NR 750 BROS ESD  
Ano: 2008  
Placa: MOD 3799 / PB  
Chassi: 9C2KD03708R032075  
Data do Acidente: 01/11/2018  
Local e Data: 20 de novembro de 2018

5º Ofício

Claudia Batista dos Santos  
Assinatura do Declarante

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



**REGINA FRANCA**

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS  
REGISTRO PESSOAL DE FAMÍLIA  
FATIGAMENTO DE NOTAS

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS  
REGISTRO PESSOAL DE FAMÍLIA  
FATIGAMENTO DE NOTAS

RECONECIMENTO, AUTENTICA E VERDADEIRA, à(s) 25/02/2019  
CLAUDIO BATISTA DOS SANTOS

Em test. da verdade, Campina Grande-PB 20/11/2018 15:15:58

Daniela de Almeida - Escrivente

[2018-007057]ENOL:R\$ 39,48 FARPEH:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 TSP:R\$ 0,00

SELO DIGITAL: ANN75188-5209

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**DANIELA DE ALMEIDA**  
Escrivente Autorizada

**ARIVLE CORRETORA**

**25 FEV. 2019**

**TEL: (83) 3321-5930**





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	José Lelio Gonçalves de Leime	
End:	Av. Augusto Boliviano, Bairro: Rosa Cruz	
Data de Nascimento:	13/05/1971	Documento de Identificação:
Queixa:	de dor	
Data do Atend.:	01/03/2018	Hora: 20:52 Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

### Classificação de Risco

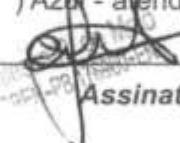
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

### Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

  
Assinatura e carimbo do profissional

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nenhum

Paciente vítima de acidente automobilístico, com TCE e TRM livre. Traçado pelo pescoço com dolor cervical.

AO exame: BSG, consciente, orientado

ECG: NS, PIFR, n/dificult

TC crânio-cervical: nem alterações agudas

CD: liberado p/ procedimento ortopédico

nem consulta Nor no momento

Dr. Alfredo Daniel  
NEURO-ORLURGIA  
CRM-PB 1113 - CPF 051.434.434-56

Paciente com queixas  
abdominais FASE (negativo).  
CD liberado p/ procedimento  
ortopédico

Christian Trajano de Oliveira  
Endoscopia Digestiva  
cirurgia Geral  
CRM-PB 5982

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hs.

Centro cirúrgico \_\_\_\_\_

Internação (setor) \_\_\_\_\_

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

Alta hospitalar /  A revélia

Decisão Médica

Óbito

*Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)*

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nome do Paciente <i>Josénildo Gonçalves de Lima</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>05/10/18</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Felipe Cerezo</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Bento</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Kassio</i>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>Dr. Kassio</i>		Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta de ossos da perna ① + fratura do acolito ①</i>		
Tipo de Operação <i>Ortoxistente de ossos da perna ① + fráscos transesqueléticos</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
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	
1) Abordagem sob ventilação 2) Aspiração + lavagem estéril 3) Debłodavento da perna ① 4) Expondo ossos fibrosos com GF 0,9% 5) Incisão plâstica 2 cm fibrosa 6) Reduções de fraturas 7) Osteotomia com placa e parafusos 8) Posição com SF 0,9% 9) Injeções de resorva transesquelética transfibrosa 10) Sutura por planos 11) Cerramento	
OBS: Utilizado placa DCP extratécnica de 12 furos para fixação de placa maior.	



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Jornildo Gonçalves			Orto/Unid. I	2-3	2
Data	Hora				
19/10/18	Manhã	<p>Avaliação Pós-operatória: dc; Fr. omoplata ferro. Pcte admitido no dia 01/10/18 devido a acidente de moto-carro. Atualmente encontra-se em EGP, combatiante, colo horário, a.a.a., abdome deprimível, sem dor, feito a palpação c/ n/ de. Trançado de HIE. Não referindo SSUV: PA: 120 x 80 mmHg; FC: 77 bpm; FR: 15 bpm. Aumento reduzido da ABH de Tornozelo D. Não foi possível obter ABH de joelhos quadril D. ABH inexistente HIE e MHSS; tornozelo reduzido globalmente. Força gru 5 cm MHSS c/ HIE; não foi possível obter em HSB. CF: Along. de TA (2x de 45cm em ambos); Fadiga de tríceps mural e tibial anterior de HIE (2x 15); Flexão - extensão ativa de quadril E; tripla flexão ativa de HIE; Fadiga de extensor de quadril c/ adutoras de MHSS (2x 15 repetição); Fadiga de extensor de peronial com resistência plantar (2x 15).</p> <p>AC: Unifásica: Entra larga flui de larga.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Yego Ramiro de Farias Alves FISIOTERAPEUTA CREFIGO - 207468 -</p>			

**AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO**

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:**

 (  ) Assintomática (  ) Sintomática (  ) Oligossintomática

**SINTOMAS:**

( <input type="checkbox"/> ) Cefaláia	( <input type="checkbox"/> ) Tontura	( <input type="checkbox"/> ) Sincopse
( <input type="checkbox"/> ) Dispnéia de esforço	( <input type="checkbox"/> ) Grande	( <input type="checkbox"/> ) Pequena
( <input type="checkbox"/> ) Palpitações	( <input type="checkbox"/> ) Média	( <input type="checkbox"/> ) Oropnéia
( <input type="checkbox"/> ) Dor Precordial	( <input type="checkbox"/> ) Tosse Seca	( <input type="checkbox"/> ) Expectorção
Relacionada ( <input type="checkbox"/> ) Esforço	( <input type="checkbox"/> ) Tipica	( <input type="checkbox"/> ) Atípica
	( <input type="checkbox"/> ) Emoções ( <input type="checkbox"/> ) Frio	( <input type="checkbox"/> ) Pós-prandial

Comentários: \_\_\_\_\_

**2 - PATOLOGIAS EM CURSO:**

{ ( <input type="checkbox"/> ) Hipertensão Arterial Sistêmica	{ ( <input type="checkbox"/> ) Hipertensão Pulmonar	{ ( <input type="checkbox"/> ) DPOC ( <input type="checkbox"/> ) Outros
{ ( <input type="checkbox"/> ) Diabetes Mellitus	{ ( <input type="checkbox"/> ) Insuf. Cardiaca Congestiva	{ ( <input type="checkbox"/> ) Insuficiência Coronariana
{ ( <input type="checkbox"/> ) Arritmias	{ ( <input type="checkbox"/> ) insuf. Renal	{ ( <input type="checkbox"/> ) Aguda ( <input type="checkbox"/> ) Crônica

**3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:**

{ ( <input type="checkbox"/> ) Alergia a Medicamentos: _____	{ ( <input type="checkbox"/> ) Tabagismo
{ ( <input type="checkbox"/> ) Etilismo	{ ( <input type="checkbox"/> ) Sedentarismo
{ ( <input type="checkbox"/> ) Dislipidemia	{ ( <input type="checkbox"/> ) Outros
( <input type="checkbox"/> ) Cirúrgico _____	

 Medicamentos em uso (  ) Não (  ) Sim \_\_\_\_\_

**4 - EXAME FÍSICO:**

 (  ) Estado Geral (  ) Bom (  ) Regular (  ) Comprometido (  ) Precário (  ) Altura (  ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: \_\_\_\_\_

FC: \_\_\_\_\_ b.p.m P.A.: \_\_\_\_\_ mmHg

 Ap. Respiratório - Comentários: 21/10/18 Palp. normal e auscultado regularmente.  
 08:00h OS em dia EGR e TGV regular

Abdômen - Comentários: P1 = 110/80 regular e normal, respi. regular

Membros inferiores - Comentários: Enj. ót. e normal.

5 - E.C.G.: 78

Ex. Laboratoriais: 8

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

( <input type="checkbox"/> ) Grau I - AVC e ECG - normais ( Risco Cirúrgico Normal)
( <input type="checkbox"/> ) Grau II - AVC e ECG - anormais ( Risco Cirúrgico Normal)
( <input type="checkbox"/> ) Grau III - AVC e ECG - anormais ( Indicado Monitorização Cardiaca)
( <input type="checkbox"/> ) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações ( Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

 Obs.: 21/10/18 Palp. normal e auscultado regularmente.  
 08:00h EGR e TGV regular

PA = 130/80 Enj. ót. e normal.

 Ass. do Médico  
 Anderson L. de M. Silva  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-PB 882.210

ORTOPEDIA 1

LEITO 2-3 N° PRONTUÁRIO: 1745550

JOSENILDO GONÇALVES

FX OSSOS Perna

18\10 1 DIETA LIVRE

2 JELCO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN

5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H SN

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

7 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM PELA MANHÃ

8 TYLEX 30MG VO 8\8H

10 FISIO MOTORA

11 SSVV+CCGG

\* 12 CLEXANE 40MG SC ÀS 20H

D2110 13 Clindo 600 → IV 6/6H 12/18/24 0/6

14 Gentc 80 → IV 8/8H 14/22/06

15

0/6

0/6

0/6

0/6

0/6

B66, stried, nem interconverg

CD: VPM

↓  
0

Dr. Euler Fabricio A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

Dr. Euler Fabricio A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

LEITO 2-3

18.10 - 2018

146 ± 36<sup>50</sup> 100x80

Paciente mantendo gelo  
nafunzado, medicado conforme  
prescrição médica, o mesmo  
aguarda procedimento cirúrgico

Kika Santos Nogueira de Figueiredo

COREN-PB 017-15

18110118 05 20:00hs

PA: 100x40

Paciente segue com  
cuidados da enfer-  
magem. m.c.p.m

Ana Maria Cavalcante Falcão  
COREN-PB 117.451-TE  
f

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO  
f = 05000 de pezóna  
+ Acetabulo

DIAGNÓSTICO

P Tx exp. perna E  
+ tx Acetábulos E

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	<i>Josemildo Gonçalves</i>	Alojamento:	8	Leito	2	Convênio	
----------	----------------------------	-------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
05/10	1. Dieta livre	6	REG instável estab
	2. SRL 1500ml EV/24h	10 20 30	
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12 18 24 00	EV: evolução favorável
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12 24	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	6	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	S/n	
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN	S/n	
	8. Clexane 40mg SC/dia	20	ad VPM
	9. SSVV + CCGG	6	
	<i>Cloridr. Glic. EV 6/6h</i>	12 18 04 06	Falta lento
	<i>out 24mg EV 1xdia</i>	12	Falta lento + Falta no horário
	<i>Curativo</i>		atenção!

Hallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9562

Hallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9562

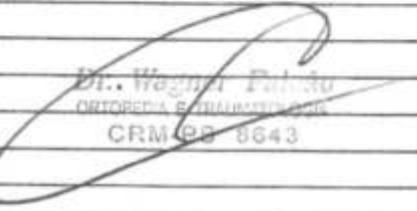
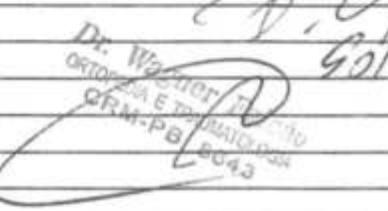
## DIAGNÓSTICO

OK  
OK

OK  
OK

582 1532

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Josemilo	Alojamento:	3	Leito	2	Convênio
Data	Prescrição Médica			Horário		Evolução Médica
6/10	1. Dieta <u>lata</u> . 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG			CTE 12 18 24 06 12 18 24 12 18 24 SN SN 20 CTE 12 18 24 06 12 18 24 CTE		PPD BXG, evasão NVIAT DIPAM
	<u>Clind 600mg QD</u> <u>Gent 240mg QD</u> <u>Clex 40mg</u>					
	 Dr. Wagner Pinto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643				 Dr. Wagner Pinto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643	

Tosendo

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

582, 332



## REGISTRO TRANSFUSIONAL

NOME DO PACIENTE JOSÉ RICARDO GOMES CALVES DE LIMA

PRONTUÁRIO 1745465

DATA DE NASC. 11/05/71 G.S/Rh 0+

SETOR: *ORFANOTÉLÉ* ENF: *8* LEITO: *2*

#### LEGENDA: CH- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

**OBSERVAÇÃO:**

/ PF- PLASMA FRESCO/

## CP- CONCENTRADO DE PLAQUETAS/

## CR-CRIOPRECIPITADO

/PC- PROVA CRUZADA/PAI- PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES/

CD-COOMBS DIRETO.

RESPONSÁVEL: Edson Flávio C. Souza

OK OK

## DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO  
Poxos perine D  
fx acetabulo

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Halligan Paper Co. America  
PRINTED  
C.R. 12-2482

~~Hallman Barrios - Neuquén~~  
Médico



## GOVERNO DA PARAÍBA

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

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

## Diagnóstico

Foss. Superior subia  
Foss. Antiquaria (Q)  
Foss. Lohra (Emschel?)

**Evolução de Enfermagem**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Josénilde Gonçalves de Lima | Registro: | Leito: 2-3 | Setor Atual: Ortop I

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: 20 irpm; PA: mmHg; FC: 53 bpm; SPO2: 97 %  
 HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: M1D | Obs.: Na hora que fiz carta VC

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**
**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS**
**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro  
 GLASGOW(3-15): 15 | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia | Local: M1D

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

Obs:

**OXIGENAÇÃO**

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
 () VMNI () VMI TOT nº 1 | Comissura labial nº 1 | FiO2 0,4 | PEEP 0 cmH2O  
 () Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectorado: () 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 7,38 PCO<sub>2</sub> 35 PO<sub>2</sub> 95 HCO<sub>3</sub> 24 EB 0,8 SpO<sub>2</sub> 97 Data: 11/01/10 Hora: 10:00

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>ASD</u> . Data da punção <u>29/10/2018</u>	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: ___/___/___	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>M 15</u> Curativo em: <u>20/10/2018</u>	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações: <u>Corrente S/ins</u> (NCL)	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p><i>paciente idoso saudável e orientado. submeteu-se procedimento cirúrgico. Hoje no momento seu encontro de dor, inchaço urinário no RIB.</i></p> <p><i>Reimundo Aquino S. Paiva</i>  <b>ENFERMEIRA</b>  <b>COREN-PB: 456559</b></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  <b>Reimundo Aquino S. Paiva</b> <b>ENFERMEIRA</b> <b>COREN-PB: 456559</b>	
DATA: <u>21/10/2018</u> HORA: <u>16</u> h	



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *José milto Gonçalves de Lima* | Registro: | Leito: 2 - 3 | Setor Atual: ORT 1

#### 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 PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro  
GLASGOW(3-15): | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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 cmH<sub>2</sub>O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	Precordialgia ( )
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:	Data da punção <u>16/10/18</u>
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastroenterologia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: _____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros:	Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica   Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas   Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:	Curativo em: _____ / _____ / _____
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: _____ / _____ / _____
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:	Local: Descrição: Curativo: _____ / _____ / _____
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia <input checked="" type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p>- Paciente com tracô e peso no M.I.D, cinturão na perna D.</p> <p>- Cadeira que cai sobre a cama com peso, deixa dor de muito cansaço.</p>	
<p><i>Maria do Socorro de Melo</i> COREN-RB 241.221-ENF</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>18/10/18</u> HORA: _____ h

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: José Wildo Gonçalves de Lima | Registro: | Leito: 8-2 | Setor Atual:

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: 34,9 °C; P: 76 bpm; FR: 14 irpm; PA: 120x80 mmHg; FC: 100 bpm; SPO2: 98 %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local:  | Obs.:

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência: (  ) Consciente (  ) Orientado (  ) Confuso (  ) Letárgico (  ) Torporoso (  ) Comatoso (  ) Outro  
GLASGOW(3-15): 15 | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (  ) Isocôricas (  ) Anisocôricas (  ) D>E (  ) E>D (  ) Fotorreagentes (  ) Mióticas (  ) Midriáticas

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

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 cmH<sub>2</sub>O

(  ) Eupnênia; (  ) Taquipnênia (  ) Bradipnênia (  ) Dispnéia (  ) Outros:

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

Ruidos 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 PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: 11/11/11 Hora:

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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

Pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Corada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Cianose ( <input type="checkbox"/> ) Sudorese ( <input type="checkbox"/> ) Fria ( <input type="checkbox"/> ) Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ≤ 3 segundos; ( <input type="checkbox"/> ) > 3 segundos. ( <input type="checkbox"/> ) Turgência jugular: ( <input type="checkbox"/> )	Precordialgia ( <input type="checkbox"/> )		
Drogas vasoativas: ( <input type="checkbox"/> ) Quais? _____			
Ausculta cardíaca: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Rítmica ( <input type="checkbox"/> ) Arritmica ( <input type="checkbox"/> ) Sopro ( <input type="checkbox"/> ) Outro. Marcapasso: ( <input type="checkbox"/> ) Transitório ( <input type="checkbox"/> ) Definitivo			
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Periférico ( <input type="checkbox"/> ) Central ( <input type="checkbox"/> ) Dissecção. Localização: <u>Esguicho</u> . Data da punção <u>34 / 30 / 19</u>			
Edema: ( <input type="checkbox"/> ) MMSS ( <input type="checkbox"/> ) MMII ( <input type="checkbox"/> ) Face ( <input type="checkbox"/> ) Anasarca. Observações: _____			
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>			
Tipo somático: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Nutrido ( <input type="checkbox"/> ) Emagrecido ( <input type="checkbox"/> ) Caquético ( <input type="checkbox"/> ) Obeso.			
Dentição: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Completa ( <input type="checkbox"/> ) Incompleta ( <input type="checkbox"/> ) Prótese.			
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) V.O ( <input type="checkbox"/> ) SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) Gastroenterologia ( <input type="checkbox"/> ) Jejunostomia ( <input type="checkbox"/> ) N.P.T; Hora: _____ Data: _____ / _____ / _____			
Alterações: ( <input type="checkbox"/> ) Inapetência ( <input type="checkbox"/> ) Disfagia ( <input type="checkbox"/> ) Intolerância alimentar ( <input type="checkbox"/> ) Vômito ( <input type="checkbox"/> ) Pirose ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____			
Abdômen: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normotensão ( <input type="checkbox"/> ) Distendido ( <input type="checkbox"/> ) Tenso ( <input type="checkbox"/> ) Ascítico ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____			
R.H.A: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normoativos ( <input type="checkbox"/> ) Ausentes ( <input type="checkbox"/> ) Diminuídos ( <input type="checkbox"/> ) Aumentados			
Eliminação intestinal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Líquida ( <input type="checkbox"/> ) Constipado há _____ dias ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____			
Eliminação urinária: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea ( <input type="checkbox"/> ) Retenção ( <input type="checkbox"/> ) Incontinência ( <input type="checkbox"/> ) Hematuria ( <input type="checkbox"/> ) S.V.D: Débito _____ ml/h;			
Aspecto: ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____ Observações: _____			
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condição da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Integra ( <input type="checkbox"/> ) Ressecada ( <input type="checkbox"/> ) Equimoses ( <input type="checkbox"/> ) Hematomas ( <input type="checkbox"/> ) Escoriações ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____			
Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normocorada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Ictérica ( <input type="checkbox"/> ) Cianótica   Turgor da pele: ( <input type="checkbox"/> ) Preservado			
Condições das mucosas: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmidas ( <input type="checkbox"/> ) Secas   Manifestações de sede: ( <input type="checkbox"/> )			
Incisão cirúrgica: ( <input type="checkbox"/> ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: _____ / _____ / _____			
Dreno: ( <input type="checkbox"/> ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____			
Úlcera de pressão: ( <input type="checkbox"/> ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____			
<b>CUIDADO CORPORAL</b>			
Cuidado corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Independente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Dependente ( <input type="checkbox"/> ) Parcialmente dependente. Observações: _____			
Higiene corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Satisfatória ( <input type="checkbox"/> ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Satisfatória ( <input type="checkbox"/> ) Insatisfatória.			
Limitação física: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Acamado ( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____			
<b>SONO E REPOUSO</b>			
( <input type="checkbox"/> ) Preservado ( <input type="checkbox"/> ) Insônia ( <input type="checkbox"/> ) Dorme durante o dia ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sono Interrompido. Observações: _____			
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>			
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>			
Comunicação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservada ( <input type="checkbox"/> ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: ( <input type="checkbox"/> ) Cooperativo ( <input type="checkbox"/> ) Medo: ( <input type="checkbox"/> ) Ansiedade ( <input type="checkbox"/> ) Ausência de familiares/visita ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____			
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>			
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>			
Tipo: ( <input type="checkbox"/> ) Praticante ( <input type="checkbox"/> ) Não praticante. Observações: _____			
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>			
<p>Período eccl. clínico: estável, comente e diariamente, romântico, surprece, hipotônico, relaxante. Da paciente: Boa aceitação oral, eliminação vesical e intestinal preservado. Restrito à leito AND em MSE. Sono interrompido (SEC). Higiene bucal satisfatória. Recado: cuidados de Enfermagem, seguir as cuidados de equipe. ----</p> <p style="text-align: right;">Já de Enfermagem, Unifacisa.</p> <p style="text-align: right;">Demádia Nogueira de Melo.</p>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Emerson Tiago da S. Alves</u> DATA: <u>34 / 30 / 19</u> HORA: <u>09:40</u> h <b>ENFERMEIRO</b> <b>COREN-ES 488.128</b>			

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Joanilda Gonçalves de Lima | Registro: | Leito: 2 | Setor Atual: | Comp: 8

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: 72 bpm; FR: 22 irpm; PA: 130/90 mmHg; FC: — bpm; SPO2: — %  
HGT: — mg/dl; Peso: — Kg; Altura: — cm | Dor: (0/10) Local: — | Obs.: —

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro  
GLASGOW(3-15): 15 | Drogas (Sedação/Analgesia): —

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

Línguagem: () 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 cmH<sub>2</sub>O

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

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

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: —

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

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

Data da inserção do dreno — | + Aspecto da drenagem torácica: —

Gasometria arterial: PH — PCO<sub>2</sub> — PO<sub>2</sub> — HCO<sub>3</sub> — EB — SpO<sub>2</sub> — Data: — | Hora: —

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

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

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

Drogas vasoativas: () Quais? \_\_\_\_\_ Precordialgia ()

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

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: 15C Data da punção: 01/10/18

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: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: \_\_\_\_\_

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

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há — dias () Outros: \_\_\_\_\_

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: \_\_\_\_\_ () Outros: \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

#### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () 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: deus na beira

#### 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

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

Paciente encontra clinicamente estável, consciente orientado, normotensão, normorrárdia, normotípmico. Taquicárdico. Respiração espontânea, sopro acústico nasal, eliminações vesicais e rectais normo-observáveis, urinário an. suíte, AFP em tese, muitos sono prejudicado, higiene; Diagnóstico: higiene preservada. Realizado os cuidados de higiene pessoal, seguindo as orientações da equipe.

Ac. de Enfermagem Unipriva, Amostra Cultural de Quixada.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Emerson Tiago da S. Alves  
ENFERMEIRO  
COREN-PB 488.128

DATA: 08/10/2018

HORA: 09:30 h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

*Polítromma* 47 anos  
Nome: *Josénildo Gonçalves da S.* | Registro: | Leito: 8-2 | Setor Atual: *Orto II*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: *36,4* °C; P: bpm; FR: 13 lpm; PA: 120x80 mmHg; FC: 85 bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: | Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocôricas ( ) Anisocôricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

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

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

Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros: *—*

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

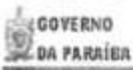
(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Corada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Cianose ( <input type="checkbox"/> ) Sudorese ( <input type="checkbox"/> ) Fria ( <input type="checkbox"/> ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; ( <input type="checkbox"/> >3 segundos. ( <input type="checkbox"/> ) Turgência jugular: ( <input type="checkbox"/> )	
Drogas vasoativas: ( <input type="checkbox"/> ) Quais? _____ Precordialgia ( <input type="checkbox"/> )	
Ausculta cardíaca: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Rítmica ( <input type="checkbox"/> ) Arítmica ( <input type="checkbox"/> ) Sopro ( <input type="checkbox"/> ) Outro. Marcapasso: ( <input type="checkbox"/> ) Transitório ( <input type="checkbox"/> ) Definitivo	
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Periférico ( <input type="checkbox"/> ) Central ( <input type="checkbox"/> ) Dissecção. Localização: <b>MSD</b> Data da punção <b>08/10/18</b>	
Edema: ( <input type="checkbox"/> ) MMSS ( <input type="checkbox"/> ) MMII ( <input type="checkbox"/> ) Face ( <input type="checkbox"/> ) Anasarca. Observações: _____	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Nutrido ( <input type="checkbox"/> ) Emagrecido ( <input type="checkbox"/> ) Caquético ( <input type="checkbox"/> ) Obeso.	
Dentição: ( <input type="checkbox"/> ) Completa ( <input type="checkbox"/> ) Incompleta ( <input type="checkbox"/> ) Prótese.	
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) VO ( <input type="checkbox"/> ) SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) Gastroenterologia ( <input type="checkbox"/> ) Jejunostomia ( <input type="checkbox"/> ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: ( <input type="checkbox"/> ) Inapetência ( <input type="checkbox"/> ) Disfagia ( <input type="checkbox"/> ) Intolerância alimentar ( <input type="checkbox"/> ) Vômito ( <input type="checkbox"/> ) Pirose ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____	
Abdômen: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normotensão ( <input type="checkbox"/> ) Distendido ( <input type="checkbox"/> ) Tenso ( <input type="checkbox"/> ) Ascítico ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____	
RHA: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normoativos ( <input type="checkbox"/> ) Ausentes ( <input type="checkbox"/> ) Diminuídos ( <input type="checkbox"/> ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Líquida ( <input type="checkbox"/> ) Constipado há _____ dias ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____	
Eliminação urinária: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea ( <input type="checkbox"/> ) Retenção ( <input type="checkbox"/> ) Incontinência ( <input type="checkbox"/> ) Hematuria ( <input type="checkbox"/> ) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____ Observações: _____	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Integra ( <input type="checkbox"/> ) Ressecada ( <input type="checkbox"/> ) Equimoses ( <input type="checkbox"/> ) Hematomas ( <input type="checkbox"/> ) Escoriações ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____	
Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normocorada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Ictérica ( <input type="checkbox"/> ) Cianótica   Turgor da pele: ( <input type="checkbox"/> ) Preservado	
Condições das mucosas: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmidas ( <input type="checkbox"/> ) Secas   Manifestações de sede: ( <input type="checkbox"/> )	
Incisão cirúrgica: ( <input type="checkbox"/> ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: ( <input type="checkbox"/> ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: ( <input type="checkbox"/> ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Independente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Dependente ( <input type="checkbox"/> ) Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Satisfatória ( <input type="checkbox"/> ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Satisfatória ( <input type="checkbox"/> ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Acamado ( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
____ Preservado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Insônia ( <input type="checkbox"/> ) Dorme durante o dia ( <input type="checkbox"/> ) Sono interrompido. Observações: _____	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservada ( <input type="checkbox"/> ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: ( <input type="checkbox"/> ) Cooperativo ( <input type="checkbox"/> ) Medo: _____	
( <input type="checkbox"/> ) Ansiedade ( <input type="checkbox"/> ) Ausência de familiares/visita ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> ) Praticante ( <input type="checkbox"/> ) Não praticante. Observações: _____	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p>PCT evolui, clinicamente estável, consciente e orientado, sem náuseas, mialgias, cefaleia, dispneia, sudorese, febre, tontura, náuseas, vômito, eliminacões urinárias e intestinais preservadas, refeições adequadas, AUP MSD, relata insônia, higiene corporal satisfatória, comunicação preservada. Realizados cuidados de Enfermagem segue sobre os cuidados da Equipe.</p> <p>AC de Enfermagem Unifacisa hanyra Pontif. _____</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
 Emerson Túlio da S. Alves DATA: <b>09/10/18</b> HORA: <b>15:00</b> h ENFERMEIRO COREN-PB 488.128	
FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).	

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )			
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____	Precordialgia ( )		
Ausculta cardiaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo			
Cateter vascular: (x) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSE	Data da punção 10/10/18		
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:			
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>			
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.			
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.			
Alimentação: (x) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gástronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____			
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:			
Abdômen: ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:			
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados			
Eliminação intestinal: (x) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros:			
Eliminação urinária: (x) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;			
Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações:			
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condição da pele: ( ) Integra ( ) 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: ____/____/____			
<b>CUIDADO CORPORAL</b>			
Cuidado corporal: ( ) Independente (x) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (x) Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.			
Limitação física: (x) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:			
<b>SONO E REPOUSO</b>			
(x) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:			
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>			
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>			
Comunicação: (x) Preservada ( ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:			
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:			
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>			
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>			
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:			
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>			
<p>PCT encontra-se clinicamente estável, consciente, orientado em tempo e espaço, humorável, humor macabro, eupnico, humorísmico. O ambiente, boa aceitação emel, eliminação vesical e intestinal preservada, urinária no leito, AVP MSE, rume preservado, higiene corporal satisfatória. Realizada cuidados de Enfermagem neque pelos cuidados da equipe.</p> <p>AC de Enfermagem: Unifacisa hanyssa Lentini.</p>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Emerson Tiago da S. Alves		DATA: 10/10/18	HORA: 15:00 h
 ENFERMEIRO COREN-PR 188.128			
FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).			



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

PACIENTE:	<b>JOSENILDO GONCALVES</b>
DATA DO EXAME:	<b>01/10 /2018</b>

**ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**

**METODOLOGIA:**

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

**ANÁLISE:**

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

• Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

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

*Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.*



Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti  
CRM-SP: 131688 / CRM-PB: 6485  
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

**Evolução de Enfermagem**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: *Josénildo Gonçalves de Lima* | Registro: | Leito: 2-2 | Setor Atual:

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: °C; P: 94 bpm; FR: irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
 HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: | Obs.:

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**
**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS**
**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro  
 GLASGOW(3-15): | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas:  Isocôricas  Anisocôricas  D>E  E>D  Fotorreagentes  Mióticas  Midriáticas

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia | Local:

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

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora:

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

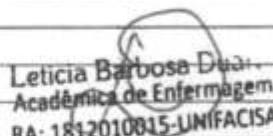
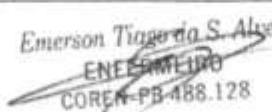
Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

**SEGURANÇA FÍSICA**

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

Pulso:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>M5E</u> Data da punção <u>06/10/14</u>	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) VVO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: _____ Data: _____ / _____ / _____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros: _____	
Abdômen: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros: _____	
RHA: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros: _____	
Eliminação urinária: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____ ( ) Outros: _____ Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro: _____	
Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica   Turgor da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservado	
Condições das mucosas: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmidas ( ) Secas   Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: _____ / _____ / _____	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro: _____	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sono interrompido. Observações: _____	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservada ( ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros: _____	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: _____ ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações: _____	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p>PCT EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE E ORIENTADO, NORMOTENSO, DOR 10/10 (sic), FUMANTE, NORMOTÉRMICO, OZ. AMBIENTE, PDA ACEITAÇÃO ORAL, ELIMINAÇÃO VESICAL E INTESTINAL PRESERVADA, RESTRITO AO LEITO, AVP ENNSE, INSÔNIA E SONO INTERROMPIDO, HIGIENE SATISFATÓRIA, REALIZADO OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM, SEDUCE SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE.</p>	
<p style="text-align: right;">           Leticia Barbosa Duar.          Acadêmica de Enfermagem          RA: 1812010815-UNIFACISA       </p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Emerson Tiago da S. Alves</u> DATA: 06 / 10 / 14 HORA: 10:30 h  ENFERMEIRO COREN-PB-488.128	

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

47 ANOS / POLITRAUMA  
Nome: JOSENILDO GONÇALVES DE LIMA | Registro: | Leito: 8-2 | Setor Atual: ONTO

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: 23 irpm; PA: 150x30mmHg; FC: 63 bpm; SPO2: \_\_\_\_\_ %  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm | Dor: (10/10) Local: Da Fratura | Obs: \_\_\_\_\_

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência: (  ) Consciente (  ) Orientado (  ) Confuso (  ) Letárgico (  ) Torporoso (  ) Comatoso (  ) Outro  
GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

Pupilas: (  ) Isocôricas (  ) Anisocôricas (  ) D>E (  ) E>D (  ) Fotorreagentes (  ) Mióticas (  ) Midriáticas

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

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 cmH<sub>2</sub>O

(  ) Eupnéia; (  ) Taquipnêia (  ) Bradipnêia (  ) Dispnéia (  ) Outros: \_\_\_\_\_

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

Ruidos 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 1/1 Aspecto da drenagem torácica: \_\_\_\_\_

Gasometria arterial: PH — PCO<sub>2</sub> — PO<sub>2</sub> — HCO<sub>3</sub> — EB — SpO<sub>2</sub> — Data: 1/1/ Hora: \_\_\_\_\_

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**

(  ) Tranquilo (  ) Agitado (  ) Agressivo. (  ) Risco de queda. Observação: \_\_\_\_\_

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? ( )	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: _____	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros: _____	
Abdômen: ( ) Normoleno ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros: _____	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros: _____	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: _____	Observações: _____
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Integra ( ) 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: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro: _____	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações: _____	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros: _____	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações: _____	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<i>Sem queixas</i>	



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Josenilda Gonçalves de Souza Idade: 47 any  
Convênio: 01110118  
Procedimento: Ureteroscopia de Uso de punha D + tração  
  
Cirurgião: Dr Felipe Auxiliar:  Anestesista: Drª Karoline  
Início: 23:15 Término: 00:20 Anestesia: Ragni

### Observações:

# Interpedia

13806

Assinatura Anestesista

## Circulante

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Josénildo Gonçalves de Lima DN 11.05.1971

QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO

47

1745465

CIRURGIA Osteossíntese de ossos da perna + fratura tronco ticular CIRURGÃO Dr. Felipe

ANESTESIA Raqui ANESTESIA Dra. Karoline

INSTRUMENTADORA DATA INÍCIO FIM

01.10.18 23:15 00:20

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Adrenalina amp. Calef. p/ Óxg.

Catgut cromado Sertix

Atropina amp. Calet. De Urinar Sist. Fech.

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp. Compressa Grande pet

Catgut cromado Sertix

01 Dimorf. amp. 0,2 Compressa Pequena

Catgut Simples

Dolantina amp. Colonoide

Catgut Simples Sertix

01 Etanom. Midazolam Dreno

Catgut Simples Sertix

Fenegam amp. Dreno Kerr n°

Catgut Simples Sertix

Fentanil ml Dreno Penrose n°

Cera p/ osso

Inova ml Dreno Pezzer n°

Ethibond

Ketalar ml Equipo de Macrogotas

Ethibond

01 Metacaina p/садка Equipo de Macrogotas

Ethibond

Nubainil amp. Equipo de Sangue

Fio de Algodão Sertix

Pavulon amp. Equipo de PVC

Fio de Algodão Sertix

Protigmine amp. Espandrapo Larco cm

Fio de Algodão Sutupak

Protóxido l/m Furacim ml

Fio de Algodão Sutupak

Quelicin ml Gase Pacote c/ 10 unidades

Fita cardíaca

Rapifen amp. H<sub>2</sub>O, ml

Mononylon 20::

Thionembutal ml Intracath Adulto

Mononylon

Traçrium amp. Intracath Infantil

Prolene Sertix

Qtd. MEDICAÇÕES

01 Lâmina de Bisturi n° 23

Prolene Sertix

Agua Destilada amp. Lâmina de Bisturi n° 11

Prolene Sertix

Decadron amp. Lâmina de Bisturi n° 15

Prolene Sertix

Dipirona amp. Luvas 7.0

Vicryl Sertix

Flaxidol amp. Luvas 7.5

Vicryl Sertix

Flacobortid amp. Luvas 8.0

Vicryl Sertix

Geramicina amp. Luvas 8.5

Vicryl Sertix

Glicose amp. TC Oxigênio l/m

Glucon de Cálcio amp. 01 Poliflix

Haemacel ml. PVPI Degermante ml

Heparema ml. PVPI Tópico ml.

Qtd.

SOROS

Kanakion amp. Sabão Antiséptico

SG Normotérmico fr 500 ml

Lasix amp. Saco coletor

SG Gelado fr 500 ml

Medrotinazol. 01 Seringa desc. 10 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

Piasil amp. Seringa desc. 20 ml

SG Ringr fr 500 ml

Prolamina 02 Seringa desc. 05 ml

SG fr 500 ml

Revivan amp. Sonda

Stupitanon amp. Sonda foiey

Qtd.

ORTESE E PRÓTESE

Cefalotina 1g Sonda Nasogástrica

01 placa estreita 4.5 J2 furos

02 cefazolina Sonda Uretral n°

08 parafusos

Sterydrem ml

Torneirinha

Vaselina ml

Gelcon 18

Latese

01 Agulha desc. 26 x 40 x 12 01 elásticos

Aguilha desc. 28 x 28

Aguilha desc. 3 x 4,5

01 Agulha p/ raque n° 25 03 algodão osteoprotetico

05 Alcool de Enfermagem 70%

Álcool Iodado ml

02 Ataduras de Crepon 20 cm

Ataduras de Gessada

Azul metílico amp.

Benzina ml

## EQUIPAMENTOS

( ) Oxímetro de Pulso

( ) Foco Auxiliar

( ) Serra

( ) Eletrocautério

( ) Desfibrilador

( ) Oxicapnógrafo

( ) Foco Frontal

( ) Cardiomonitor

( ) Fonte de Luz

( ) Perfurador Elétrico

Francisca M. C. S. S. CIRCULANTE RESPONSÁVEL

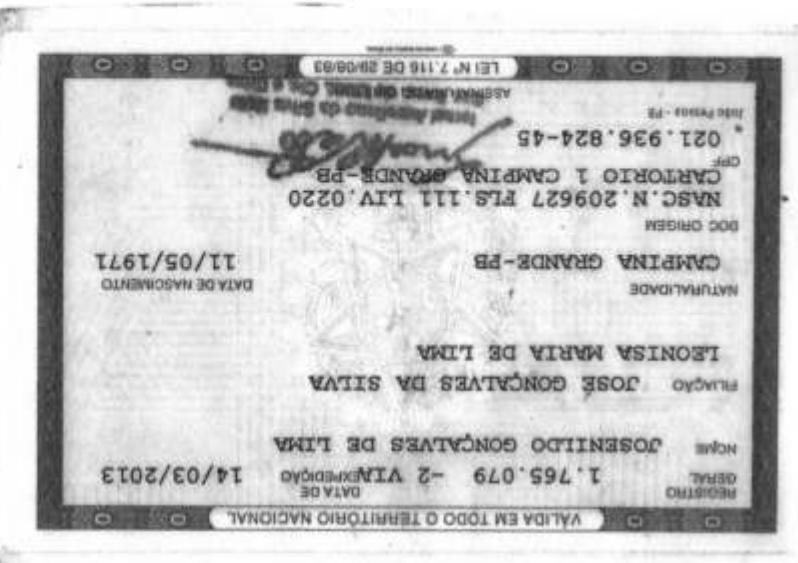
TEC. DE ENFERMAGEM -

COREN PB 590.440

GOVERNO  
DA PARAÍBA

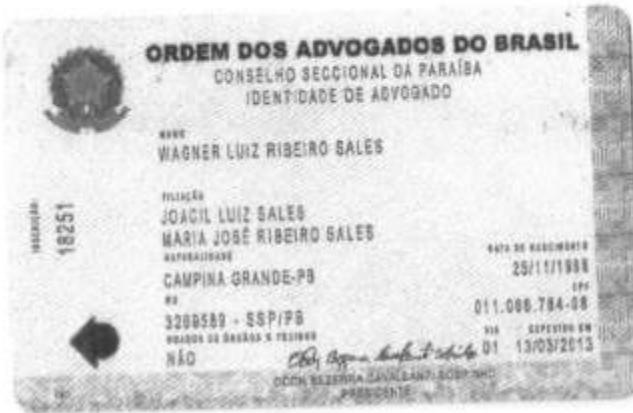
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes



ARRIVE: 17 MARÇO/2019  
25 FEVEREIRO 2019  
TEL.: (83) 3321-5930





ARIVILF CORRETORA  
25 FEV. 2019  
TEL.: (83) 3321-5930

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PB      N.º 012650181933

39680328014  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PPT. 70160100050646-6

1	0011504206-1	00/00000000
CLAUDIO BATISTA DOS SANTOS R J WALTER MENONIKA, 342 SANTA CRUZ 58100000 CAMPINA GRANDE-PB		
DESCRIÇÃO	PLACA	CHASSI
02364695414	K003194/PB	9C2KDD03108R032075
GILSON PEREIRA DE ANDRADE		
PLACA ANTIGA	CHASSI	
NOVO	PB	
ESPECIE TIPO		
PAC/MOTOCICLE/NAO APLTC		
MARCA/MODELO		
HONDA/NXR150 BROS ESD		
CNPJ/NOT/CEL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CT	PARTIC	PRETA
OBSERVAÇÕES		
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
NºMotGr : K003E19032075		
0		
CAMPINA GRANDE-PB		DATA
32875		14/05/2016
		1431480

**ARIVLE CORRETORA**

**25 FEV. 2019**

**TEL.: (83) 3321-5930**

1990-01-01 00:00:00

1990-01-01 00:00:00

1990-01-01 00:00:00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190169433**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSENILDO GONCALVES DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R AUGUSTO BORBOREMA, 30, a - CRUZEIRO - Campina Grande - PB - CEP 58415-360**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1.765.079**

Data e local do acidente: [ **01/10/2018** ] **CAMPINA GRANDE**

Data e local do exame: [ **14/03/2019** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE ACETÁBULO DIEITO FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna DIREITA**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**PRESENÇA DE CICATRIZ, EDEMA**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[  ] Sim [  ] Não

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

**PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO, NO DIA 01/10/2018; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DE ACETÁBULO DIEITO E FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna DIREITA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 27/10/2018. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.**

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

[  ] Sim [  ] Não

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

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

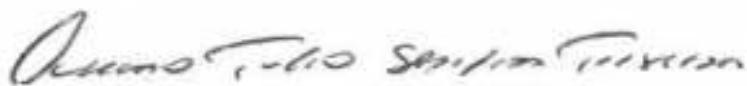
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Luciano Túlio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190169433      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSENILDO GONCALVES DE LIMA      **Data do acidente:** 01/10/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.  
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA.

**Descrição do exame físico:** PRESENÇA DE CICATRIZ, EDEMA. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM FÍSICO: MID.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO, NO DIA 01/10/2018; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO E FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 27/10/2018.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 14/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190169433      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSENILDO GONCALVES DE LIMA      **Data do acidente:** 01/10/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EM ACETÁBULO DIREITO  
FRATURA EM TÍBIA E FÍBULA DIREITAS

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.4) - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190169433      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSENILDO GONCALVES DE LIMA      **Data do acidente:** 01/10/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EM ACETÁBULO DIREITO  
FRATURA EM TÍBIA E FÍBULA DIREITAS

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.4) - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

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

PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Josenilda Gonçalves de Lima brasileiro(a),  
estado civil Solteira, inscrito no CPF de nº. 111.111.111-11 e  
no RG de nº \_\_\_\_\_, residente e Domiciliado a  
Rua: Av. Augusto Barbosa, nº 36, Bairro  
Ribeirão, na cidade de João Pessoa /estado  
Paraíba, CEP \_\_\_\_\_.

**OUTORGADO:** Wagner Luiz Ribeiro Salas brasileiro(a),  
estado civil Casado, inscrito no CPF de nº. 011.086.784/08, e  
no RG de nº 326958-9, SSP/PB, residente e Domiciliado a  
Rua: Coronel José Lourenço Porto, nº 86, Bairro  
Centro, na cidade de João Pessoa /estado  
Paraíba, CEP 58.400-240.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e  
constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial  
de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro  
DPVAT, o pagamento do sinistro DPVAT cobertura  
por: Invalidade Permanente, que vitimou em acidente de trânsito  
o(a) Sr.(a) Josenilda Gonçalves de Lima ocorrido em 01/10/18,  
conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Campina grande/PB, em 31 de Januário de 2019

5º Ofício

ARIVLE CORRETORA  
25 FEV. 2019  
TEL.: (83) 3321-5930

Josenilda Gonçalves de Lima

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

 REGINA FRANÇA  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS  
REGISTRO DE PESSOAS JURÍDICAS  
TARIFAS DE 2019  
Av. Presidente Vargas, 1222  
Cidade Alta - João Pessoa - PB  
CEP 58.000-000 - Fone: (83) 3321-5930



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

JOSEPHILDO GONÇALVES DE LIMA

\*\*\*\*\*

Em testada verdade. Campina Grande-PB 31/01/2019 15:51:71

Ana Karoliny de Lima Santos - Escrivente

[2019-000782]EMOL:R\$ 89,91 FARPM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AMB7292-KEZ6

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

anu. e Kana dos Santos  
SUBSTITUTA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067885/19

**Vítima:** JOSENILDO GONCALVES DE LIMA

**CPF:** 021.936.824-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/10/2018

**Titular do CPF:** JOSENILDO GONCALVES DE LIMA

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES : 011.086.784-08**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**JOSENILDO GONCALVES DE LIMA : 021.936.824-45**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/02/2019  
Nome: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES  
CPF: 011.086.784-08

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/02/2019  
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO  
CPF: 395.237.804-68

WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO