Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180242099**
Vitima: **RICARDO MARCIO FERNANDES**
Data do Acidente: **15/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180242099.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00275/00276 - carta_01 - INVALIDEZ
00020138
Carta nº 12900513

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180242099**
Vitima: **RICARDO MARCIO FERNANDES**
Data do Acidente: **15/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180242099**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando
página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00247/00248 - carta_03 - INVALIDEZ
00050124
Carta nº 12901889

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Sinistro: **3180242099**
Vítima: **RICARDO MARCIO FERNANDES**
Data do Acidente: **15/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180242099** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01955/01956 - carta_02 - INVALIDEZ
00050978
Carta nº 13011185

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta n°: 13086312

A/C: RICARDO MARCIO FERNANDES

Nº Sinistro:	**3180242099**
Vitima:	**RICARDO MARCIO FERNANDES**
Data do Acidente:	**15/12/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **RICARDO MARCIO FERNANDES**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000737**
Conta: **000000009-3**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**1.687,50**

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R$	**1.687,50**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01485/01486 - carta_15R - INVALIDEZ
00020743

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Sinistro: ***3180242099***

Nome do(a) Examinado(a): ***RICARDO MARCIO FERNANDES***

Endereço do(a) Examinado(a): ***TRAVESSA OITO DE DEZEMBRO nº 82 - CATOLÉ - CAMPINA GRANDE/PB***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 2699006 - SSP***

Data e local do acidente: ***15/12/2017 CAMPINA GRANDE/PB***

Data e local do exame: ***28/06/2018 CAMPINA GRANDE/PB***

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura do fêmur distal esquerdo

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

Tratamento cirúrgico há 7 meses com placas e parafusos e atualmente não mais faz acompanhamento médico. Evoluiu sem complicações.

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

leve limitação articular com perda parcial do arco de movimento para flexão total de joelho esquerdo.

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

[X] SIM [ ] NÃO

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

[X] SIM [ ] NÃO

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

déficit anatomofuncional médio do joelho esquerdo.

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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): ***JOELHO ESQUERDO***

[ ] 10% [ ] 25% [X] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB

Dr. Bruno Brilhante
Cirurgia de joelho e ombro

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da vítima	Nome completo da vítima
	040237354-50	Ricardo Marcio Fernandes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ricardo Marcio Fernandes	040237354-50	Servente

Endereço	Número	Complemento
Tv. 8 de Dezembro	82	

Bairro	Cidade	Estado	CEP
Catolé	Campina Grande	PB	58.410-304

Email	Telefone (DDD)
stcadvocacia@hotmail.com	(83) 98651-2705

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0737		00000009	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO

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

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

C. Grande, 07 de fevereiro de 2018
Local e Data

SABESP SEGURADORA
19 MAR 2018
RECEBIDO

Ricardo marcio fernandes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	040237354-50	Ricardo Marcio Fernandes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Ricardo Marcio Fernandes		CPF titular da conta: 040237354-50	Profissão: Servente
Endereço: Tv. 8 de Dezembro		Número: 82	Complemento:
Bairro: Catolé	Cidade: Campina Grande	Estado: PB	CEP: 58.410-304
Email: stradvocacia@hotmail.com			Telefone (DDD): (83) 98651-2705

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

AGÊNCIA NRO: 0737 DV: ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: 0000009 DV: 3 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: ____ NRO: ____
AGÊNCIA NRO: ____ DV: ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: ____ DV: ____ (Informar dígito se existir)

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

RECEBIDO 24 MAIO 2018

C. Grande, 07 de fevereiro de 2018
Local e Data

Ricardo Marcio Fernandes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

FAPPF.001 V001/2017

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00018.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 15/12/2017 **Hora:** 19:35:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Avenida Floriano Peixoto, Malvinas, Campina Grande, PB,

PARTE(S)

COMUNICANTE

Nome: Maria Valéria Miguel de Assis%
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria de Lourdes de Assis Machado e Cícero Miguel da Silva
Idade: 32 **Data de Nascimento:** 04/02/1985 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: união estável
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Do Lar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 083.600.294-66
Endereço: Travessa Oito de Dezembro, 82, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98651-2705 [redacted]

VÍTIMA

Nome: Ricardo Márcio Fernandes
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ana Maria Ernesto Clemente e Carlos Antonio Fernandes
Idade: 34 **Data de Nascimento:** 29/03/1983 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileiro **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: união estável
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Servente
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 040.237.354-50
Endereço: Travessa Oito de Dezembro, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98651-2705

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. Art. 425 do CPC
Campina Grande-PB 30/01/2018
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Selo digital: AB361921-SC05
Emol R$2,38 TFDJ R$0,12 Fetpen R$0,28 Faul R$0,44 TP R$0,84

Célia Maria Barbosa
2º Tab. Substituta

SEGURADORA S/A
RECEBIDO

BANEM SEGURADORA
24 MAI
RECEBIDO

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

TESTEMUNHA

Nome: Fabricio Salvador da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Valdira Maria dos Santos e Fernando Salvador da Silva
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 12/11/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Estudante
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 083.600.284-94
Endereço: Travessa Oito de Dezembro, 89, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98837-1761

TESTEMUNHA

Nome: Edilson Rosa de Jesus Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Tereza de Jesus Santos e Virgilio Rosa da Silva
Idade: 45 **Data de Nascimento:** 23/09/1972 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Itaporanga D'ajuda
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Pedreiro
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 269.439.878-28
Endereço: Rua Ariús, 65, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98666-4919

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa a comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé no momento em que estava juntado reciclagem, quando foi atingida (Atropelada),por um Veículo de sinais e condutor não identificado, que não prestou socorro a vítima após ter atropelado se evadindo do local do acidente,logo a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Fêmur na perna esquerda, tendo esta sido 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.

SABEMI SEGURADORA S/A
2 4 MAIO 2018
RECEBIDO

Celia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta

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

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Campina Grande/PB, 26 de janeiro de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

Maria Valéria Miguel de Assis
MARIA VALÉRIA MIGUEL DE ASSIS
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

SABEMI SEGURADORA SA
[redacted]
RECEBIDO

CARTÓRIO DE NOTAS
CAMPINA GRANDE-PB

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 425 - III do CPC)
Campina Grande-PB 30/01/2018
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Selo Digital: AGJ61929-C1QD
Emol R$2,38 ISS R$0,12 Fempen R$0,20 Fepj R$0,44 MP R$0,06

Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta

SABEMI SEGURADORA SA
24 MAIO 2018
RECEBIDO

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Ricardo Marcio Fernandes	040.237.354-50	15-12-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A
19 MAR 2018
RECEBIDO

C. Grande, 07 de fevereiro de 2018
Local e Data

Ricardo marcio fernandes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 V001/2017

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

SABEMI SEGURADORA S/A
19 MAR 2018
RECEBIDO

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:

DATA: 15/12/2017	**HORA:**	19:35 HS	**ID Nº:**	1658902	
NOME:	RICARDO MARCIO FERNANDES				
QUEIXA:	ATROPELAMENTO				
LOCAL:	AV. FLORIANO PEIXOTO - MALVINAS				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 19 de janeiro de 2018.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

15/12/2017 HTCG-Painel Administrativo

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

SABEMI SEGURADORA S/A
RECEBIDO
21 JUN 2018

ATENDIMENTO URGÊNCIA

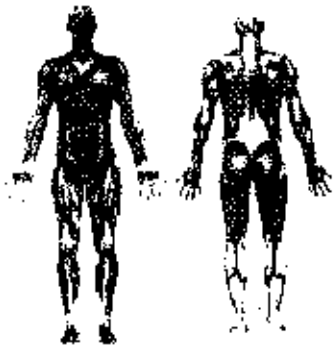
FRONT (B.E) Nº:1562773 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: RICARDO MÁRCIO FERNANDES
Endereço:FLORIANO PEIXOTO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE
Responsável: TRAZIDO PELO SAMU
Estado Civil:
Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO
Médico:

CEP:58400002 Nascimento:29/03/1983
Sexo:M Telefone:
Idade:034 Bairro:MALVINAS
RG: 2699006 Nº:0
CPF: Profissão:
Data de Atend:15/12/2017 CNS:704 1051 1162973
Hora: 19:46:41 CONVÊNIO:SUS
CRM: Especialidade:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



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

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: Trauma em mãe

EXAME PRIMÁRIO DADOS CLÍNICOS
Paciente vítima de atropelamento, refere impacto em MIE, nega perda de consciência, refere que foi jogado mais de que foi em MIE com 6 metros de movimento.

RECEBIDO EM: 15/12/17

ALERGIA: Ø
MEDICAMENTOS: Ø
PATOLOGIAS: Ø

EXAME FÍSICO
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____
Glasgow 15 PA _____ HGT: _____ Sat02 _____
Ap sem alterações pulmonares
Ap MV+ sem RA
Hemod mantendo-se estável
Glasgow 15
S

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais ( )Ultrassonografia: _____
( ) Gasometria arterial ( )Radiografias: _____
( ) Tomografia Computadorizada ( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Ortopedia / _____ às ___:___ Dia ___/___/___
Especialista: _____ / _____ às ___:___ Dia ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Alta da Cir Geral	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Dr. Luiz Carlos Sales CRM-PB

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO MARCIO FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000000009-3

Nr. da Autenticação E8DDC91C318618A3

BANCO DO BRASIL | 001-9 | **Recibo do Sacado**

Pagável em qualquer banco até o vencimento.

Vencimento	30/12/2018
Beneficiário: Ordem dos Advogados do Brasil–PB – CNPJ: 08.865.164/0001–93 Rua Rodrigues de Aquino, 37 – 1o Andar,–JOAO PESSOA – 58013–030 – JOAO PESSOA/PB	Agência / Código do Beneficiário: 1618–7/ 15416–4

Data Documento	Número Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
23/12/2017	18009629	DS	N	23/12/2017	281975100180096 29

Nº do Contrato/Pedido	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor Documento
	017	R$			800,00

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

ANUIDADE 2018 – ADVOGADO ATÉ 31/01/2018:R$ 640,00; ATÉ:28/02/2018:R$ 680,00; ATÉ 31/03/2018:R$ 720,00; A PARTIR DE 01/04/2018 ATÉ 30/12/2018:R$ 800,00. PARC. OAB/PB ATÉ 30/09/2018 – TEL. 83 2107–5230/5210/5229. APÓS VENC. MULTA DE 2%+JUROS DE 1%A.M.+IPCA.

Este Recibo não quita débitos anteriores

Pagador
WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES – INSC: 0001825118
Rua Tiradentes,, 250 Centro
58400–283 – Campina Grande / PB

Cód. de Baixa:

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02819.751005 18009.629173 6 77540000080000

Pagável em qualquer banco até o vencimento.

Vencimento	30/12/2018
Beneficiário: Ordem dos Advogados do Brasil–PB – CNPJ: 08.865.164/0001–93 Rua Rodrigues de Aquino, 37 – 1o Andar,–JOAO PESSOA – 58013–030 – JOAO PESSOA/PB	Agência / Código do Beneficiário: 1618–7/ 15416–4

Data Documento	Número Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
23/12/2017	18009629	RC	N	23/12/2017	281975100180096 29

Nº do Contrato/Pedido	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor Documento
	017	R$			800,00

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

ANUIDADE 2018 – ADVOGADO ATÉ 31/01/2018:R$ 640,00;

ATÉ:28/02/2018:R$ 680,00; ATÉ 31/03/2018:R$ 720,00; A PARTIR DE

01/04/2018 ATÉ 30/12/2018:R$ 800,00. PARC. OAB/PB ATÉ 30/09/2018 –

TEL. 83 2107–5230/5210/5229. APÓS VENC. MULTA DE 2%+JUROS DE

1%A.M.+IPCA.

(-) Desconto / Abatimento	
(-) Outras Deduções	
(+) Mora / Multa / Juros	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Cobrado	

SAPEM ... SIA
19 MAR 2018
DEFERIDO

Pagador
WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES – INSC: 0001825118
Rua Tiradentes,, 250 Centro
58400–283 – Campina Grande / PB

024.0908.02

FICHA DE COMPENSAÇÃO Autenticação Mecânica

MARIA FERNANDES
TV 5 EN DEZENOVE (C) CATOLE
CAMPINA GRANDE / PB CEP 58410-230 (40 4C)

energisa

Emissão 05/01/2018 Referência Jan/2018
Classificação RESIDENCIAL/BAIXA RENDA
Posição 3-401-186-4240 Nº medidor 0000786190

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAM
Jan / 2018	05/01/2018	02/02/2018	48805445420

UC (Unidade Consumidora): 4/3119-5

Canal de contato

Anterior		Atual		Consumo	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
06/12/17	10284	[illegible]	[illegible]	1	126	31

Demonstrativo

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)	PIS (R$)	COFINS (R$)	Base de Cálculo ICMS (R$)	ICMS (R$)
DB01	Consumo de Energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DB01	Consumo TUSD Fornecimento ER	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DT01	Consumo TUSD Distribuição	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DB01	Adic. B Vermelha	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DB10	Subsídio	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
DE07	CONTRIB.ILUM.PUBLICA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DT08	Devolução Subsídio	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DB01	TOTAL	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Leitura de Consumo (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
112	12/01/2018	R$ 64,78

Histórico de Consumo (kWh)

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Dez/17	Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

RESERVADO AO FISCO
1cad.bcb2.c13f.d646.dde5.426e.ee9c.9be0.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado
DEC (horas)	4,85	0,00
DEC Trimestral	9,61	
DEC Anual	14,00	
FEC (ocorr.)	8,17	0,00
FEC Trimestral	8,32	
FEC Anual	13,13	
DIC	27,01	0,00
FIC	13,53	

Limites de Tensão (V)

ADEQUADA	92,17
CONTRATADA	229
MIN. REGULAMENTAR	207

Demonstrativo do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Distribuição	11,29	18,91
Compra de Energia	13,93	23,73
Serviços de Transmissão	1,78	3,17
Encargos Setoriais	5,15	8,76
Impostos Diretos Encargos	29,28	49,54
Outros Serviços	0,35	0,59
Total	64,78	100,00

Valor de R$ 0,00 (Reais) referente a Juros e Multa

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Leitura de Consumo (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
112	12/01/2018	R$ 64,78

83670000000-0 647801470004 00031192018-5 013004010198

SABEM SEGURADORA S/A
24 MAIO 2018
RECEBIDO

[redacted]

BANCO DO BRASIL | 001-9 | **Recibo do Sacado**

Pagável em qualquer banco até o vencimento.

Vencimento: 30/12/2018

Beneficiário: Ordem dos Advogados do Brasil-PB – CNPJ: 08.865.164/0001-93
Rua Rodrigues de Aquino, 37 – 1o Andar – JOÃO PESSOA – 58013-030 – JOÃO PESSOA/PB

Agência / Código do Beneficiário: 1618-7/ 15416-4

Data Documento	Número Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
23/12/2017	18009629	DS	N	23/12/2017	28197510018009629

Nº do Compromisso	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor Documento
	017	R$			800,00

Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário)
ANUIDADE 2018 – ADVOGADO ATÉ 31/01/2018-R$ 640,00; ATÉ 28/02/2018-R$ 690,00; ATÉ 31/03/2018-R$ 750,00; A PARTIR DE 01/04/2018 ATÉ 30/12/2018-R$ 800,00. PARC. OAB/PB ATÉ 30/09/2018 – TEL. 83 2107-6230/6210/6228. APÓS VENC. MULTA DE 2%+JUROS DE 1%A.M.+IPCA.

Este Recibo não quita débitos anteriores

Pagador
WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES – INSC: 0001825118
Rua Tiradentes,, 250 Centro
58400-283 – Campina Grande / PB

Cód. de Baixa:

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | **00190.00009 02819.751005 18009.629173 6 77540000080000**

Pagável em qualquer banco até o vencimento.

Vencimento: 30/12/2018

Beneficiário: Ordem dos Advogados do Brasil-PB – CNPJ: 08.865.164/0001-93
Rua Rodrigues de Aquino, 37 – 1o Andar – JOÃO PESSOA – 58013-030 – JOÃO PESSOA/PB

Agência / Código do Beneficiário: 1618-7/ 15416-4

Data Documento	Número Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
23/12/2017	18009629	RC	N	23/12/2017	28197510018009629

Nº do Compromisso	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor Documento
	017	R$			800,00

Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário)
ANUIDADE 2018 – ADVOGADO ATÉ 31/01/2018-R$ 640,00;
ATÉ 28/02/2018-R$ 690,00; ATÉ 31/03/2018-R$ 750,00; A PARTIR DE 01/04/2018 ATÉ 30/12/2018-R$ 800,00. PARC. OAB/PB ATÉ 30/09/2018 –
TEL. 83 2107-6230/6210/6228. APÓS VENC. MULTA DE 2%+JUROS DE 1%A.M.+IPCA.

(-) Desconto / Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora / Multa / Juros
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

SABEMI SEGURADORA S/A
24 MAI 2018
RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A
RECEBIDO

Pagador
WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES – INSC: 0001825118
Rua Tiradentes,, 250 Centro
58400-283 – Campina Grande / PB

026.0808.02

FICHA DE COMPENSAÇÃO — Autenticação Mecânica

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Wejner Louz Ribeiro Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 011086784 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ricardo Mario Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.237.354 / 50, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ricardo Mario Fernandes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.237.354 / 50, 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
Rua Tiradentes		250	
Bairro: Centro	Cidade: Campina Grande	Estado: Paraíba	CEP: 58.400-383
Email: steedvoccia@hotmail.com	Telefone comercial (DDD): (83) 3077-6310	Telefone celular (DDD): (83) 98852-3030	

Campina Grande, 07 de fevereiro de 2018
Local e Data

Wejner Louz Ribeiro Sales
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A
19 MAR 2018
RECEBIDO

DLDRL001 V001/2017

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98

Pelo exposto, eu Wejner Louz Ribeiro Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 011086784 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ricardo Marcio Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.237.354 / 50 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ricardo Marcio Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.237.354 / 50 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
Rua Tiradentes		250	
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
Centro	Campina Grande	Paraíba	58.400-285
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
steadvocacia@hotmail.com	(83) 3077-6310	(83) 98852-3030	

Campina Grande, 07 de fevereiro de 2018
Local e Data

Wejner Louz Ribeiro Sales
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A
MAR 2018
RECEBIDO
DLOM_001 V000/2017

SABEMI SEGURADORA S/A
[redacted]
RECEBIDO

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

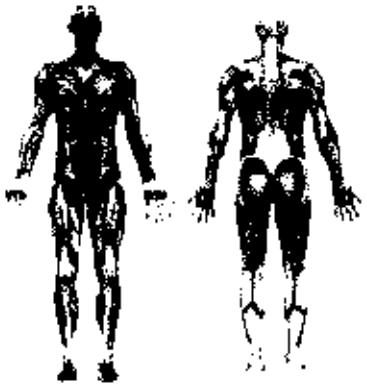
PRONT (B.E) Nº:1562773 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Vanesca Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: RICARDO MARCIO FERNANDES
Endereço:FLORIANO PEIXOTO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE
Responsável: TRAZIDO PELO SAMU
Estado Civil:
Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO
Médico:

CEP:58400002 Nascimento:29/03/1983
Sexo:M Telefone:
Idade:034 Bairro:MALVINAS
RG: 2699006 Nº:0
CPF: Profissão:
Data de Atend:15/12/2017 CNS:704105111622973
CONVÊNIO:SUS
Hora: 19:46:41 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



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

19 MAR 2018

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: Trauma em MIE

EXAME PRIMÁRIO DADOS CLÍNICOS
Bom, vítima de Atropelamento, refere impotência em MIE, negou TCE. Nega queixas. Tem pelo menos 10 queixas de dor em MIE com o mínimo de movimentos.

ALERGIA: Ø
MEDICAMENTOS: Ø
PATOLOGIAS: Ø

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____
Glasgow 15 PA _____ HGT: _____ Sat02 _____
A ⊳ nas vias aéreas permeáveis
B ⊳ MV+ em AHT
C ⊳ Hemodinamicamente estável
D ⊳ Glasgow 15
E ⊳ S

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia: _____
( )Gasometria arterial ( )Radiografias: _____
( )Tomografia Computadorizada ( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Ortopedia / _____ às ____:____ Dia ___/___/___
Especialista: _____ / _____ às ____:____ Dia ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Alta da Cir Geral	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Dr. Luiz Carlos Sales

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Ricardo Marcio Fernandes

End: R: Nova Bairro: Floriano Peixoto

Data de Nascimento: 29.03.83 Documento de Identificação:

Queixa: Atropelamento Data do Atend.: 15/12/17 Hora: 19:44 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( )Regular ( ) Baixo **Aspecto:** ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardíaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas (X) Maca

MOD. 110

Estratificação

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

SAMU

SABEMI SEGURADORA S/A
RECEBIDO
19 MAR 2018

Carvalho de Sou
ENFERMEIRA
COREN-PB 281.1

Assinatura e carimbo do profissional

Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: RICARDO MARCIO FERNANDES
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1562851
7 - CARTÃO DO SUS: 704105111622973
8 - DATA DE NASCIMENTO: 29/03/1983
9 - SEXO: Masc [X] M Fem [ ] F
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): FLORIANO PEIXOTO , 0 , MALVINAS
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓD./IBGE MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: DOM em coxa D pós trauma

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de TTO cirúrgico.

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx fêmur D
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: [X] CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016296938549
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: WAGNER DE MELO FALCAO
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/12/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 19 MAR 2018 AUTORIZADO

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente: Ricardo Marcio Fernandes		Nº Prontuário:
Data da Operação: 28/12/17	Enf.: ortop. I	Leito: 9.2
Operador: Dr Amaro Jorge	1º Auxiliar: Dr Hallison (MRE)	
2º Auxiliar: Dr Yury (MR1)	3º Auxiliar: Dr Julio (MR1)	Instrumentador: Rebeca.
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fx Fêmur Distal (E)		
Tipo de Operação: Osteossíntese		
Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo		
Relatório Imediato da Patologia: ϕ		
Exame Radiológico no Ato: Não		
Acidente Durante a Operação: Não		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1) Paciente em DDH sob Anestesia.
2) Assepsia + Antissepsia + Campos Estéreis
3) Incisão em face lateral 1/3 coxa (E) + Dissecção por planos + Hemostasia.
4) Redução cruenta de fratura.
5) Osteossíntese c/ placa DCP larga 10F + 8 parafusos.
6) Lavado de FO c/ Sro. ~1L
7) Fechamento por planos.
8) Curativo

SABEMI SEGURADORA S/A
19 MAR 2018
RECEBIDO

Yury de Paiva Lima
ORTOPEDISTA
CRM/PB 10280

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME	IDADE	SEXO	COR
Ricardo Márcio Fernandes	34a	M	

DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
03/12/17						

TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
	URINA				-	

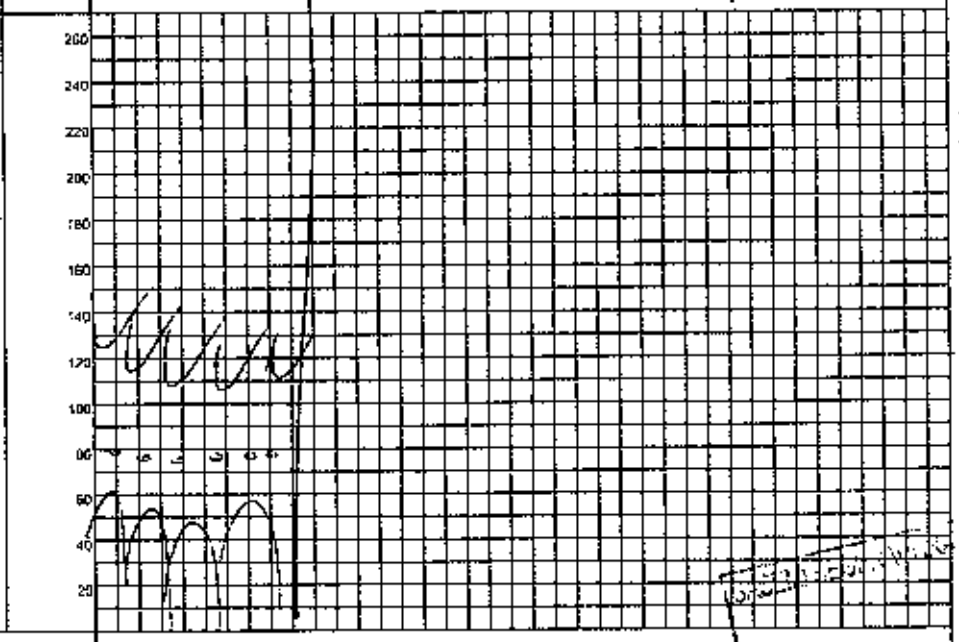
AP. RESPIRATÓRIO	ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO	ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO: xyum > Bh	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO
ESTADO MENTAL: LOTE	ATAROCOS	CORTICOIDES	ALERGIA: nega	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	ESTADO FÍSICO: 2	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	APLICADA ÀS	EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS: SF 2000 ml

PNI
ECG
SpO2

CÓDIGOS
VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO
AX. - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO



INDUÇÃO
Satisf.:____ Excit.:____ Tosse:____
Laringo espasmo:____ Lenta:____
Náuseas:____ Vômitos:____
Outros:____

MANUTENÇÃO
- mocaína 1
- dimorf 1
- efazolina 2
- dipirona 2
- maxidrion 1
- antak 1
- tilatil 1
- fentanil 1

ANESTESIA SATISF.: Sim____ Não____
Não, por quê? ____

DESPERTAR
Reflexos na SO: ____
Obstr.:____ Co_2:____ Excit.:____
Náuseas:____ Vômitos:____
Outros: ____

Com cânula:
Para o leito Sim____ Não____
CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: 14h00 → 15h00

19 MAR 2018

RECEBIDO

POSIÇÃO	O —
AGENTES	mocaína 20mg + dimorf 80µg
TÉCNICA	raqui + sedação Q25 C3/4 e
CÂNULAS	CN 02
OPERAÇÃO	Fratura de fêmur
CIRURGIÕES	Yuri
ANESTESISTAS	Tayfah
OBSERVAÇÕES	

Fabian Tassio de S. Oliveira
MÉDICO CRM/PB 6611
CPF 075.182.774-[illegible]

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA

MOD 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Ricardo Marcio Fernandes DN 29-03-19				
CI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE 34 aa	REGISTRO 1562773
CIRURGIA TT c/ cirg. fratura de Fêmur		CIRURGIÃO Dr Yuri / Dra Julia		
ANESTESIA Raqui		ANESTESIA Dra Taylah		
INSTRUMENTADORA Rebeca	DATA 28-12-17	INÍCIO 14:20	FIM 16:00	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catet. p/ Oxg.		Catgut cromado Serfix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix	
	Diazepan amp.	08	Compressa Grande		Catgut cromado Serfix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Serfix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serfix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serfix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Marcaina a 0,5% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Serfix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Serfix	
	Protigmine amp.		Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodrão Sulupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sulupak	
01	Quelicin amp.	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	03	Mononylon 2-0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
03	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	08	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidil amp.	03	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0	02	Vicryl Serfix 1	
02	Gentamicina amp.	06	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	03	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Navacol ml	05	PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	05	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor p/ líquido		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina	03	Seringa desc. 05 ml	04	SG 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Sturtanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ÓRTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica		TM	
			Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	eletrodos			
01	Agulha p/ raque nº 25	02	Sel fisiológico			
05	Álcool de Enfermagem 70%	04	escova			
	Álcool Iodado ml					
04	Ataduras de Crepon 15					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso	(X) Foco Auxiliar
( ) Serra	(X) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
( ) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Vanda Lúcia B. Medeiros
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 203.727

Vanda

MOD 066

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ricardo Marcio Fernandes. Idade: 34 anos.
Convênio: SUS. Data: 20/12/12
Procedimento: Tto Cirurgico de Fratura de Femur.

Cirurgião: Dr Yury Auxiliar: Dr Fulio. Anestesista: Dr Taylor.
Início: 16:20. Término: 16:02. Anestesia Raqui.

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
16:15	137 x 80	64	98%	Madalena	+ –	Consciente
16:45	130 x 82	61	99%	Madalena	+ –	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista Circulante

Relatório de Operação

MOD. 109

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Neylah Tássia de S. Oliveira
MÉDICA-ANESTESIOLOGISTA 8611
CPF: 074.182.184-23

Assinatura do anestesista

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Marcio Fernandes | Registro: [illegible] | Leito: 9-2 | Setor Atual: Ortop

Idade: 34 | Sexo: M | Cor: | Estado Civil: União | Naturalidade: | Profissão:

Procedência: ( )Vermelha (X)Amarela ( )Verde ( )UTI ( )CC ( )Ala: ( )Residência ( )Outro

Data da internação hospitalar: ___/___/___ | Data da internação no setor: 20/12/12

Tem um cuidador/Responsável: ( ) Quem?

Telefone: | Tem acesso a uma UBS: ( ) Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: ( ) Motivos: | Alergias: ( ) Qual:

Doenças:( )HAS ( )DM ( )DPOC ( )Cardiopatia ( )Obesidade (X)Tabagista ( )Ex-tabagista ( )Neoplasia

( ) Alcoolismo ( )Drogadição ( )Outros: | Medicações em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

4.AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Linguagem: Alteração: ( ). 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_2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA
(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR
Pulso: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme (X) Cheio.
Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia: ( )
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD Data da punção 20/12/17
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.
Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT Hora: Data: ___/___/___
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:
Abdômen: (X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:
RHA: (X) Normoativos; ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados
Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:
Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h:
Aspecto: ( ) Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:
Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica | **Turgor da pele:** ( ) Preservado
Condições das mucosas: (X) Úmidas ( ) Secas | **Manifestações de sede:** ( ) MiE
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Pós Operatório // Loção Clorex Curativo em: ___/___/___
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.
Limitação física: (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:
SONO E REPOUSO
(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada. | **Sentimentos e comportamentos:** (X) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: ERSantos DATA: 20/12/17 HORA: 17:50 h
Elisângela Roseno dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PE 173385

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Moraes Fernandes | Registro: | Leito: 9 - 2 | Setor Atual: UTI

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:

2. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: (✓) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) 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 cmH20

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) 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 ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção 21/12/17

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: ___/___/___

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

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

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

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

- Paciente MIE no leito com pene agrandado cirurgia

Dr.ª Maria do Socorro de Melo
Enfermeira Especialista PSF
COREN 241.221 Mat. 166-II

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 21/12/17 HORA: ____ h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal, Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Fx Diafisária de Fêmur
P. 3 Direita

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Ricardo Márcio Fernandes	Alojamento		Leito	10	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
15/12	Dieta livre							
	S.F. 0,9% 1500ml (EV) 24h							
	Dipirona 2ml (EV) 6/6h	24						Pós-op. imediato
	Tilatil 20mg (EV) 12/12h	24						
	Clexane 40mg (SC) 1x/dia	20						
	Tylex 30mg/30 (VO) 6/6h	24						
								CID: S72.1
								Est. pré-op.
	Dr. Wagner Fabio ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 2843							Dr. Wagner Fabio ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 2843

MOD. 035

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP: 10

Diagnóstico

Fx diaf leve e

Paciente	Ricardo Marcus	Alojamento		Leito		Convênio	

Data		Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica
16/12	1	DIETA LIVRE	SMS					
	2	JELCO SAUNIZADO	et					#ORTOPEDIA - DIH:
	4	CIPROXINA 2ML EV 6/6H	~~12~~	~~18~~	~~24~~	~~06~~		
	5	OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	~~06~~					BEG, estável
	6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N						sem intercorrências
	7	TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 SE DOR						
	8	NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N						
	9	TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h S/N						PCD: VPM
	10	CLEXANE 40 UI SC 1x/DIA	~~06~~					
	11	SSVV + CGGG						

Dr. Julio Cesar Castro
Medicina do Trabalho
CRM-PB 9965 / CRM-PE 8320

Dr. Julio Cesar Castro
Medicina do Trabalho
CRM-PB 9965 / CRM-PE 8320

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/12/17	8:00	—	—	—	110/60	—	Paciente lucido, orientado c/ SVP. Administrado medicações prescritas, segue aos cuidados da enfermagem	Murilo de Souza Santos ENFERMEIRO COREN-PB 118500
								Murilo de Souza Santos TÉCNICO EM ENFERMAGEM COREN-PB 118500

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fx distal femur e

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP: 9/5

Paciente	Ruiz de Marcos	Alojamento		Leito	16	Convênio	

Data		Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
27/12	1	DIETA LIVRE							
	2	JEJUM SALINIZADO							#ORTOPEDIA# DIH:
	3	DIPIRONA 2ML EV 6/6H				06			
	5	OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM							BEG, estável
	6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N							sem intercorrências
	7	TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 SE DOR							
	8	NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N							
	9	TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h S/N							# CD: VPM
	10	CLEXANE 40 UI- SC 1x/DIA							
	11	SSVV + CCGG							

Dr. João Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 2.9965

Dr. João Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 2.9965

MOD. 035

Ricardo marcio

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

TRAT FAMA
TCMVA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Ricardo Marcio	Alojamento	110	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
18/12	~~1 – Dieta livre~~						
	~~2 – S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.~~						
	~~3 – Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).~~						
	~~4 – Tilatil 20 mg I. V. 12 /12 h.~~						
	~~5 – Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.~~						
	~~6 – C. C. G.~~						
	→ Clexane 40 1 X dia			(20)			

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis.
18/12	08:00	~	~	~	99	~ ~	Paciente consciente orientado medicado conforme prescrito e isento aos cuidados da enfermagem	Carolina Quintanilha Martins TÉCNICA DE ENFERMAGEM COREN-PB 101-153

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
19/12/17	08:30				90/80		Paciente estável, aceitando dieta, medicado CPM, segue seus cuidados de enfermagem.	

Ana da Silva Alves
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN PB 77745

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Ricardo Marcos	10		

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
	1 – Dieta livre							
	2 – S.R.L 500 ml I.V 12 / 12 h.							
	~~3 – Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente)~~							
	~~4 – Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL~~							
	I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min.)							
	5 – Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).							
	6 – C. C. Gerais							
	→ Cleiane Louise 20h.M							
	IXAIA							

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20/12/17	14:00				120/0		Pet sem, no leito ocupado da enfermaria pacientes enfermos de sorinoc sem no leito.	
20/12/17	21:00				120/0		Pet sem LS, queixa-se somente disso periférico sem no leito ocupado enfermaria dos demais.	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: RICARDO MARTINS | Alojamento: | Leito: 9 - 2 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 – Dieta livre		
	2 – S R L 500 ml I.V 12 / 12 h.		
	3 – Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente)		
	4 – Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min.)		
	5 – Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).		
	6 – C. C. Gerais		
	7 – Clexane 40UI SC 1X dia		

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
21/12	14hs				10/		paciente consciente	
					60		orientado seg	
							sem queixas	Lúcia
21/12	19:30				120		paciente seg sem	
					80		queixas	Lúcia

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP 0 V1

ALA ORTOPEDICA

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito	LEITO 9-2	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
21/12	1 DIETA LIVRE						
	~~2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H~~	~~500~~	~~500~~	~~500~~			6º DIH #ORTOPEDIA
	~~3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H~~	~~12~~	~~18~~	~~24~~	~~06~~		
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN					
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN					BEG. estável
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	SN					sem intercorrências
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN					
	~~8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM~~	~~06~~					
	~~9 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA~~	~~20~~					# CD: VPM
	10 SSVV+CCGG	~~C~~					Azevedo Cruz

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 9805

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 9805

MOD. 035

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

PRE OP 0\5

Diagnóstico

~~FX DIAFISE FEMUR E~~

~~LEITO 9-2~~

Paciente	~~RICARDO MARCIO FERNANDES, 34~~	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/12	~~1 DIETA LIVRE~~		
	~~2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H~~		
	~~3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H~~		7º DIH #ORTOPEDIA
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N		
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		BEG estável
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N		sem intercorrências
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	~~8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM~~		
	9 CLEXANE 40MG SC 1xDIA		# CD: VPM
	10 SSVV+CCGG		
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9565		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9565

MOD. 035

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALA ORTOPEDICA

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE	SND					
23/12	2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H						B. DIH #ORTOPEDIA
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H						BEG, ESTÁVEL, S/ DISTENMINAS.
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN					
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN					
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	SN					DIURESE (+) EVACUAÇÕES (+)
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN					
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV 7 JEJUM						
	9 CLEXANE 40MG SC 1xDIA			Falta			CD: VDM
	10 SSVV+CCGG	M	T	N			Aguarda cirurgia.

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8551

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8551

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/12	8:50		73		100X60		Pct consciente orientado, colaborativo feito cuidados gerais medicado c/m feito curativo segue sem queixas aos cuidados de enfermagem	
23/12	19:45		74		120X75	+	Pct segue medicado c/m sem queixas aceita dieta gerais sono preservado aguardo cirurgia ortopedica aos cuidados de enfer	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

PRE OP

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito	LEITO 9.2	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE		
24/12	2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H	500 500 500	DIH #ORTOPEDIA
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	BEG, ESTÁVEL, S/ DISPNEIA,
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN	
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN	
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	SN	DIURESE (+) EVACUAÇÕES (+)
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN	
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	06	
	9 CLEXANE 40MG SC 1xDIA	10	CD: VPM
	10 SSVV+CCGG	CT	

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/12	14:00	–	–	–	120/80		Paciente foi colhida sangue, não referiu queixa	
24/12	22:00	–	–	–	110/80		Paciente foi consciente, orientada, não referiu queixa	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TREATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

PRE OP

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito		Convênio	LEITO 9-2

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE						
25/12	2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H 20/60.						DIH #ORTOPEDIA
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12	18	24	06		BEG, ESTÁVEL, S/ DISPNEIAS,
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN					
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN					
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	SN					DIVURSE (+) EVACUAÇÕES (+)
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN					
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	06					
	9 CLEXANE 40MG SC 1xDIA	20					CD: VPM
	10 SSVV+CCGG						Aguarda cirurgia
	Mudança de decúbito 2/2 h.						
	Câmara						

MOD. 035

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

ORTOP I
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP 01 T 0

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito		Convênio	LEITO 9-2

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
26/12	1 DIETA LIVRE							
	2 JELCO SALINIZADO							
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12	18	24	00			11 - DIH #ORTOPEDIA
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	S/N						
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	S/N						BEG, estável
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	S/N						sem intercorrências
	7 NAUSEDRON 8mg/mL 1FA + ABD EV 8/8h SN	S/N						
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	06						# CD: VPM
	9 CLEXANE 40MG SC 1xDIA	20						
	10 SSVV+CCGG	4/4H						

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9966

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9966

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
26/12	08:00				100/70		Realizado curativo em fixador de tracão, o mesmo queixa-se de dores pois o fixador está se deslocando	
							medicado c PM	
	21:00				130/80			

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

ORTOP I
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALA ORTOPEDICA

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito	LEITO 9-2	Convênio	

Zero Meia Noite

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
27/12	1 DIETA LIVRE						
	2 IELCO SALINIZADO						
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12	18	24	06		DIH #ORTOPEDIA
	4 TRATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N						BEG, estável
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR						sem intercorrências
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N						
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN						
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	ok					# CD: VPM
	9 CLEXANE 40MG SC 1xDIA Suspenda						Curativo limpo
	10 SSVV+CCGG						Solicito reserva CH

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

MOD. 035

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

ORTOP 1
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALA ORTOPEDICA

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
27/12	1 DIETA LIVRE						
	2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H	500	500	500			
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	18	24	06			1º DIH #ORTOPEDIA
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1xDIA LENTO	20					
	5 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	18	24	06			Pós procedimento cirurgia
	6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	18	06				ortopédica sem intercorrências
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN					
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	22	06				Co. Rx controle
	9 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN					
	10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	06					
	11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA	20					
	12 CURATIVO 1 X DIA	C					
	13 SSVV+CCGG	C.					

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 9965

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28/12/17	18:hs				100/40		Paciente evolui estável do pós anestésico medicado conforme Prescrição medica exige os cuidados da enfermagem	Jaslin

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

ORTOP I
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALA ORTOPEDICA

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/12	1 DIETA LIVRE		1º DPO
	2 SF 0,9% 1500ML EV c/ 24H	1º 2º 3º	
	3 CLINDAMICINA 600MG + ADD EV 6/6H	12 18 24 06	1º DIH #ORTOPEDIA
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1xDIA LENTO	14	
	5 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	BEG, estável
	6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	12 24	sem intercorrências
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	14 22 06	
	9 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		# CD: VPM
	10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	06	Avaliar alta amanhã
	11 KARELTO 15MG 1 CP VO DIA	20	
	12 CURATIVO 1 X DIA		
	13 SSVV+CCGG		
	Clonazepa 2mg VO noite	Falta	Dr. Julio Cesar Castro
	Neozine 6 gotas VO	medicação	Ortopedia e Traumatologia
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 9965		CRM/PB-9965
30/12	Alta hoje para		
	ambulatorio		
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 9965		

MOD. 635

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12/17	10:hs				100/60		Paciente estável consciente realizado curativo [illegible] se que os cuidados da enfermagem	Josilene
29/12	20h				120x80		Pcte sem BEG queixa-se de dores constantes em membro amputado, sem medicamentos no [illegible]	

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1562773 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Ma., Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. CEP: 58432-809 Data: 15/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Vanessa Paula Sales Do Nascimento

PACIENTE: RICARDO MARCIO FERNANDES
Endereço:FLORIANO PEIXOTO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE
Responsável: TRAZIDO PELO SAMU
Estado Civil:
Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO
Médico:

CEP:58400002 Nascimento:29/03/1989
Sexo:M Telefone:
Idade:034 Bairro:MALVINAS
RG: 7699006 Nº:0
CPF: Profissão:
Data de Atend:15/12/2017 CNS:704105111622979
CONVÊNIO:SUS
Hora: 19:45:41 Especialidade:
CRM:

RECEBIDO 24 MAR 2018

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

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

DBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNÓSTICO / CID: Trauma em mie

EXAME PRIMÁRIO DADOS CLÍNICOS
Doente vem da Trabalhamento, refere impacto em MIE, negou TCE. Nega fazer [illegible] no que [illegible] em MIE com [illegible] de movimentos.

ATENDIDO EM: 15/12/17

ALERGIA: Ø
MEDICAMENTOS: Ø
PATOLOGIAS: Ø

EXAME FÍSICO
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____
Glasgow 15 PA _____ HGT: _____ Sat02 _____
A.P. sem deformidade, perfusão MMII em ATT
Hemodinamicamente estável
Glasgow 15

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia: _____
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias: _____
( ) Tomografia Computadorizada ( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Ortopedia / _____ às ___:___ Dia ___/___/___
Especialista: _____ / _____ às ___:___ Dia ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Abrir Ex Geral	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Vanessa Sales

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SABEMI SEGURADORA S/A
RECEBIDO
24 MAIO 2018

Ficha de Acolhimento

Nome: Ricardo Moreira Fernandes
End: R: Nova Bairro: Floriano Peixoto
Data de Nascimento: 29.03.83 Documento de Identificação:
Queixa: Atropelamento Data do Atend.: 15.12.17 Hora: 19:44 Documento:
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

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

Assinatura e carimbo do profissional

SABEMI SEGURADORA S/A
RECEBIDO
[redacted]

Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: RICARDO MARCIO FERNANDES — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1562851

7 - CARTÃO DO SUS: 704105111622973 — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 29/03/1983 — 9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE — 11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): FLORIANO PEIXOTO , 0 , MALVINAS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande — 14 - CÓDIGO IBGE: 250400 — 15 - UF: PB — 16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: DOM em coxa (E) pós trauma

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de RTO cirurgia.

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx femur (E) — 21 - CID 10 PRINCIPAL: — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

26 - CLÍNICA: — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02 — 28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF — 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016296938549

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: WAGNER DE MELO FALCÃO — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/12/2017 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Wagner Falcão

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - CBO — 38 - Nº DO BILHETE — 39 - SÉRIE

35 - CNPJ EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CNPJ

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: [redacted]

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

SABEMI SEGURADORA S/A
24 MAIO 2018
RECEBIDO

RECEBIDO

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente: Ricardo Marcio Fernandes	Nº Prontuário:
Data da Operação: 28/12/17	Enf.: Ortop. I	Leito: 9.2
Operador: Dr Amaro Jorge	1º Auxiliar: Dr Hacilson (MRE)
2º Auxiliar: Dr Yury (MRE)	3º Auxiliar: Dr Julio (MRE)	Instrumentador: Rebeca.
Anestesia	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório: Fx Fêmur Distal (E)	
Tipo de Operação: Osteossíntese	
Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo	
Relatório Imediato da Patologia: ϕ	
Exame Radiológico no Ato: Não	
Acidente Durante a Operação: Não	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1) Procedo em DOH sob Anestesia.
2) Assepsia + Antissepsia + Campos Cirúrgicos
3) Incisão em face lateral 12E coxa (E) + Dissecção por planos + Hemostasia.
4) Redução cruenta de fratura.
5) Osteossíntese c/ placa DCP larga 10E + 8 parafusos.
6) Lavado da FO c/ SFNa.
7) Fechamento por planos.
8) Curativo

SABEMI SEGURADORA S/A
24 MAIO 2018
RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A
RECEBIDO

Kátty de Paiva Lima
Cirurgiã-Dentista
CRO/PB 1480

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: Ricardo Márcio Fernandes | IDADE: 34a | SEXO: M | COR:

DATA: 08/12/17 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | CUTIÇÃO

URINA

AP. RESPIRATÓRIO | ASMA | RESPIRADOR

AP. CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO: refluxo > 8h | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL: LOTE | ATAXÍCICOS | CORTICÓIDES | ALERGIA: nega | HIPERTENSÕES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | ESTADO FÍSICO: 2 | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA ÀS | EFEITO

AGENTES INSPIRADOS

LÍQUIDOS: SF 2000 ml

Art
ECG
SpO2

CÓDIGOS: VP. ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO; AX. ANESTESIA; O - OPERAÇÃO

200 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

INDUÇÃO

Sacos.: Exc.: Fosser

Laringo esparmo: Lente:

Náuseas: Vômitos:

Outros:

MANUTENÇÃO

nacoína	1
dimorf	1
cefazolina	2
dipirona	2
naloxedrom	1
antak	1
tiletil	1
fentanil	1

ANESTESIA SATISF.: Sim Não

Não por quê?

DESPERTAR

Reflexos na SO:

Outr. Co. Exci.

Náuseas: Vômitos:

Outros:

Com cânula

Pós-o. Imed. Sim Não

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: 14h00 → 15h00 [redacted]

POSIÇÃO: D

AGENTES: nacoína 20mg + dimorf 80 µg

TÉCNICA: raqui + sedação

CÂNULAS: CN O2

OPERAÇÃO: Fratura de fêmur

CIRURGIÕES: Yuri

ANESTESISTAS: Faifak

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

PERDA SANGUÍNEA

SABEMI SEGURADORA S.A. 21 MAR 2018 RECEBIDO

Dr. Fabiano S. Oliveira CRM 015 160 12 6

HOSP. 288

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ricardo Mario Teixeira DN 29.03.19

GOVERNO DA PARAÍBA

OP	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
			34 a	1562775

CIRURGIA: Tto cirg fratura de Fêmur

CIRURGIÃO: Drª Yuri + Drª Julia

ANESTESIA: Raqui

ANESTESIA: Drª Taylah

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM
Pedrita	28-12-17	14:20	16:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	Bolsa Coloostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Cateter p/ Oxig		Catgut cromado Serfix	
	Atropina amp		Cateter De Urina: S.st. Fech.		Catgut cromado Serfix	
	Diazepen amp.	08	Compressa Grande		Catgut cromado Serfix	
	Dimorie amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Coloncloe		Catgut Simples Serfix	
	Efrana ml		Dreno		Catgut Simples Serfix	
	Fenergan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serfix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Elibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Elibond	
01	Lidocaina 2% ml		Equipo de Macrogotas		Elibond	
04	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serfix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serfix	
	Praligoine amp.		Esparadrepo Laco cm		Fio de Algodão Suloyak	
	Propofol 1m		Furacin pil		Fio de Algodão Suloyak	
01	Quelicin amp.	05	Gaze Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapilen amp		H_2O_2 ml		Monocylon	
	Tiopentatal ml		Intracath Adulto	03	Monocylon 2-0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
03	Água Destilada amp		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
01	Dipirona amp	08	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flanicol amp	03	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Heparcolid amp.		Luvas 8.0	02	Vicryl. Serfix	
02	Gentamicina amp		Luvas 8.5			
	Glicose amp		Oxigênio 1m			
	Gluconato de Cálcio amp.		Polilis			
	Hidrocortisona amp		PVPI Degermante ml			
	Hipergina ml		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Ionalkion amp	05	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor p/ Lixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Metronidazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Profenina	03	Seringa desc. 05 ml	04	SG 500 ml	
	Reviviss amp.		Sonda			
	Stuplanon amp		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		T.M -	
			Sonda Uretral nº			
			Sinaydrum ml			
			Tramadrina			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcos 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latex			
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	Luvas			
01	Agulha p/ raque nº 25	05	Sel. Gelado			
05	Álcool de Enfermagem 70%	04	Escova			
	Álcool iodado ml					
04	Ataduras de Crepom 15					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- (X) Oxímetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- (X) Foco Auxiliar
- (X) Eletrocautério
- ( ) Oxicapnógrafo
- (X) Cardioversor
- (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lúcia B. Medeiros

TÉC. DE ENFERMAGEM

COREN - PB 203.722

MEDEIROS

SEGURADORA S.A. 21 MAIO 2018 RECEBIDO

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ribardo Marcio Fernandes — Idade: 34 anos
Convênio: SUS — Data: 25/12/12
Procedimento: Pino elemizado de Fratura de Femur.

Cirurgião: Dr. Yury — Auxiliar: Dr. Julio — Anestesista: Dr. Taylor
Início: 16:20 — Término: 16:40 — Anestesia Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
16:15	131 x 80	64	98%	Madalena	+ –	Consciente
16:45	130 x 82	61	99%	Madalena	+ –	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

SABEMI SEGURADORA S.A.
24 MAIO 2013
RECEBIDO

Assinatura Anestesista — Circulante

Relatório de Operação

NOC. 103

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

SABEMI SEGURADORA S/A
24 MAIO 2018
RECEBIDO

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Maria Fernandes | Registro: [illegible] | Leito: 9-2 | Setor Atual: Ortop.

Idade: 34 | Sexo: M | Cor: | Estado Civil: União | Naturalidade: | Profissão:

Procedência: ( )Vermelha (X)Amarela ( )Verde ( )UTI ( )CC ( )Ala: ( )Residência ( )Outro

Data da internação hospitalar: ___/___/___ | Data da internação no setor: 20/12/22

Tem um cuidador/Responsável: ( ) Quem?

Telefone: | Tem acesso a uma UBS: ( ) Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: ( ) Motivos: | Alergias: ( ) Qual:

Doenças: ( )HAS ( )DM ( )DPOC ( )Cardiopatia ( )Obesidade (X)Tabagista ( )Ex-tabagista ( )Neoplasia

( )Alcoolismo ( )Drogadição ( )Outros: | Medicações em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

4.AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

SABEMI SEGURADORA S/A
21 MAIO 2018
RECEBIDO

5.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia: ( )

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

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD Data da punção 20/12/12

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Pré Operatório // Loção Em Curativo em: ___/___/___

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

SAMU SEGURADORA SA
24 MAIO 2010
RECEBIDO

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: ERSantos DATA: 20/12/12 HORA: 17:50

Elisangela Rosendo dos S. Almeida
ENFERMEIRA
COREN-PB 473365

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Moraes Fernandes | Registro: | Leito: 9 - 2 | Setor Atual: UTI

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:

SABEMI SEGURADORA S/A
21 MAIO 2018
RECEBIDO

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

Mobilidade Física: (✓) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Paresiasia **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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) 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 ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção 21/12/17

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: ___/___/___

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

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

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

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

- Paciente MIE não fotemo com peso
- aguardando hospital

SALEM SEGURANÇA
24 MAR 2018
RECEBIDO

Dra. Maria da Soccorro de Melo
Enfermeira Responsável PSF
COREN-247.921 Mat. 188.166-9

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 21/12/17 HORA: _____ h

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

(1) Distensão de [illegible]
(2) [illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Ricardo Marcio Fernandes	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
15/12	(1) Dieta livre							
	(2) S.F. 0,9% 1500ml (EV) 12/12h							
	(3) Dipirona 2ml (EV) 6/6h	24	06					BEG, corado,
	(4) Tilatil 20mg (EV) 12/12h	24						
	(5) Clexane 40mg (SC) 1x/dia	30						
	(6) Tylex 30mg/500mg (VO) 6/6h	24	06					
								CIUM
								[illegible]
								Dr. Vicente Fonte
								ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RECEBIDO 2 MAIO 2018 SUBSEM SEGURADORAS

MOD. 035

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fx diaf. [illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FRE OP: 10

Paciente: Ricardo Marcus	Alojamento		Leito		Convênio	

Data		Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica
16/12	1	DIETA LIVRE	SNG					
	2	~~SORO SALINIZADO~~	ef					~~NORTOXEDIAR~~ DIM:
	3	~~DIPIRONA 2ML EV 6/6H~~	~~12~~	~~16~~	~~20~~	~~24~~		
	4	~~OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM~~	~~ON~~					BEG, estável
	5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N						sem intercorrências
	6	TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 SE DOR						
	7	NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N						
	8	TILOZIL 20 mg + AD - EV 12/12h S/N						RCD: VPM
	9	~~CLENAXE 40 UI - SC 1x/DIA~~	~~ON~~					
	10	SVV + CCGG						

RECEBIDO 24 MAI 2016 SUBGERÊNCIA SEGURIDADE SOCIAL

Dr. Julio Cesar Castro
Medicina do Trabalho
CRM-PB 9965 / CRM-PE 8320

Dr. Julio Cesar Castro
Medicina do Trabalho
CRM-PB 9965 / CRM-PE 8320

WDO. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/12/17	8:00	—	—	—	140/60	—	Paciente lucido, orientado c/ SVP. Administrado medicações prescritas. Segue aos cuidados da enfermagem.	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP: 97

Diagnóstico

Fa Dallise Fernandes

Paciente	Luiz de Marcos	Alojamento		Leito	16	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário						Evolução Médica
17/12	1 DIETA LIVRE	06						
	2 SORO SALINIZADO	06						~~NORTEPEDIA~~ DIM: ___°
	3 DIPIRONA 2ML EV 6/6H	~~12~~	~~18~~	~~24~~	06			
	4 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	06						BEG. estável
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N							sem intercorrências
	6 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 SE DOR							
	7 NALISEDRON 1 FA + 40 EV 8/8H S/N							
	8 TRAMAL 50mg + AD - EV 12/12H S/N							# CD: VPM
	9 CLEXANE 40UI - SC 1X/DIA	06						
	10 SSVV + CEGG	24						

Dr. João Cesar Casado
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 7865

Dr. João Cesar Casado
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 7865

MOF 035

Ricardo marcio

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

TRAT FRAM FEMUR

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Ricardo Marcos	Alojamento	10	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
18/12	1 – Dieta livre						
	2 – SRL 500 ml I.V. 12 / 12 h.						
	3 – Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).						
	4 – Tilatil 20 mg I. V. 12 / 12 h.						
	5 – Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.						
	6 – C. C. G.						
	→ Clexane 40 1 X dia			20			

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis.
18/12	08:00	~	~	~	90	~ ~	Paciente evoluiu mantendo medicação conforme prescrita e vaga aos cuidados da enfermagem	

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
19/12/17	08:30				10980		Paciente alerta, aceitando dieta, medicado com, negou dos cuidados de enfermagem.	

Nº do Inscrito [illegible] da Silva
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN PB [illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
	10		

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
	1 – Dieta livre							
	2 – S.R.L 500 ml I.V 12/12 h.							
	3 – Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8/8 h (lentamente)							
	4 – Cetoprofeno 100 mg I.V + S.E 0,9% 100mL							
	I.V 12/12 h. (correr em 20 min.)							
	5 – Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).							
	6 – C. C. Gerais							
	→ Clexane 40 mg SC 1x/dia							

MOD. DES

Data	Hora	T.	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20/12/17	14:00				[illegible]		Pet sujeira no leito devido da [illegible] pud [illegible] existência de [illegible] suja no leito.	
20/12/17	21:00				[illegible]		Pet [illegible] [illegible] devido [illegible] [illegible] [illegible]	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: RICARDO MARIO

Alojamento:

Leito: 9 – 2

Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 – Dieta livre		
	2 – S R L 500 ml I.V 12 / 12 h.		
	3 – Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente)		
	4 – Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min)		
	5 – Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente)		
	6 – C. C. Gerais		
	7 – Clexane 40 UI SC 1X dia		

MOD. 155

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
21/12	14hs				100		paciente consciente	
					60		orientado seg	
							sem queixas	Lúcia
21/12	19:30				120		paciente seg sem	
					80		queixas	Lúcia

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ORTOPI
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP 0 V1

ALA ORTOPEDICA

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito	LEITO 9-2	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário						Evolução Médica
21/12	1 DIETA LIVRE							
	2 SF 0,9% 250ML EV gt 24H	500	500	500				
	3 DIPIRONA 1g + ABO EV 6/6H	12	18	24	06			2.º DIH #ORTOPEDIA
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN						
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN						BEG estável
	6 BRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	SN						sem intercorrências
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABO EV 8/8h SN	SN						
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	06						
	9 CLEXANE 40mG SC 12/12H	20						# CD: VPM
	10 SNVV+CCGG	21						Azevedo Cruz

Dr. João Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9905

Dr. João Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9905

WO 045

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

PRE OP 0\5

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/12	1 DIETA LIVRE		
	2 SF 0,9% 150ML EV p/ 24H		
	3 DIPIRONA 1g + ADD EV 6/6H		2 - DIH ORTOPEDIA
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N		
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		BEG. estável
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV A/8H S/N		sem intercorrências
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ADD EV 8/8h SN		
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM		# CD: VPM
	9 CLEXANE 40MG SC 1x DIA		
	10 SSVV+CCGG		

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB-9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB-9965

MOD. 035

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA

PRÉ OP

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito		Convênio	LEITO 9.2

Data	Prescrição Médica				Horário			Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE	SN	D					B- DIII #ORTOPEDIA
23/12	2 SF 0,9% 1500ml EV p/ 24H	H	22	06				
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	H	18	24	06			BEG, ESTÁVEL, S/ DISTERMIAS
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/NÉS	SN						
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR	SN						
	6 TRAMAL 300MG + 100ml SF 0,9% EV 8/8H S/N	SN						DIFUSE (+) EQUIMOSES (+)
	7 MAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN						
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM		06					
	9 CLEXANE 40MG SC 1xDIA		06					CD: VPM
	10 SSVV+CCGG	M	T	N				Aguarda cirurgia.

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8551

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8551

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/12	8:50		73		100x60		Pct consciente orientado colaborador feito cuidados gerais medicado c/m feito curativo segue seu fluxo aos cuidados de enfermagem	
23/12	19:45		74		120x75	+	Pct segue medicado c/m sem queixa aceita dieta oferecida sem presença aparente cirurgia ortopedica aos cuidados de enfm	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALA ORTOPEDICA

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito	LEITO 9.2	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/12	1 DIETA LIVRE		DIH ORTOPEDIA
	2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H	8 8 8	
	3 DIPIRONA 1G + ABO EV 6/6H	12 18 24 06	BEG, CORADO, S/ DISPENEIA,
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN	
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN	
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	SN	DRENAGE (+), EVOLUÇÃO (-)
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABO EV 8/8h SN	SN	
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / 15DIAS	06	
	9 CLEXANE 40MG SC 1x/DIA	20	CD: VPM
	10 SSVV+CGGS	CT	

Vany de Paiva Câmara
CRM/PB 5200

Vany de Paiva Câmara
CRM/PB 5200

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/12	14:00	–	–	–	120/80		Paciente acha-se consciente orientado, não refere queixas.	
24/12	22:00	–	–	–	110/70		Paciente evol. consciente, orientado, não refere queixas.	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

PRE OP

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito		Convênio	LEITO 9-2

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE						
25/06	2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H						DIH ORTOPEDIA
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12	18	24/06			BEG, ESTÁVEL, SI OSCILAÇÕES.
	4 TRAMADOL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN					
	5 ~~TORSEX 20MG 2 CP VO 6/6H SE DOR~~	SN					
	6 ~~TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H S/N~~	SN					DIAFISE (+) EMOLIÇÃO (+)
	7 ~~NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN~~	SN					
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	06					
	9 CLEXANE 40MG SC 1xDIA	20					CD: VPM
	10 SSVV+CCGG						Aguarda cirurgia
	Mudança de decúbito 2/2 h.						
	Câmara						

HGD. F35

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Ricardo M. Fernandes
fo fêmur esq consolidada
mobilidade ⊕
marcha claudicante
fora da ortopedia

Data _____ Médico _____

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Lado

Ricardo Ramos
Fernandes está
em pós-op. fratura
1/3 distal fêmur ⊕
há 04 meses. Deve ser
encaminhado ambulatorio
social CID: S72

11/4/19
Data

Dr. Eduardo Braga
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6584

Médico

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

ORTOP I
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP 01

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito		Convênio	LEITO 9-2

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
26/12	1 DIETA LIVRE					
	2 JEJUO SALINIZADO					
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6 H	12	18	24	00	11 ° DIH #ORTOPEDIA
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	S/N				
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	S/N				BEG, estável
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	S/N				sem intercorrências
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h S/N	S/N				
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / 30DIA	06				# CD: VPM
	9 CLEXANE 40MG SC 24DIA	20				
	10 SSVV+CCGG	20				

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedista e Traumatologia
CRM/PB-5066

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedista e Traumatologia
CRM/PB-5066

RGD 155

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
26/12	08:00				100/70		Realizado curativo com fixador de Tracos, como que não se deu pois a fixador está se desfazendo medicado c PM	
	21:00				130/80			

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALA ORTOPEDICA

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito	LEITO 9-2	Convênio	

Zero Meia Noite

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/12	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCC SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 2g + ABD EV 6/6H		DIH #ORTOPEDIA
	4 TRAFIL 20MG + AD EV 12/12H S/N		BEG, estável
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		sem intercorrências
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N		
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV 1/DIEN		# CD: VPM
	9 CLEXANE 40MG SC 1x/DIA Enoxaparina		Enfermaria
	10 SSVV+CGGG		Solicito reserva (H)

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9866

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9866

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

ORTOP I
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALA ORTOPEDICA

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito		Convênio	LEITO 9-2

Data	Prescrição Médica		Horário			Evolução Médica
20/11/2	2 DIETA LIVRE					
	3 SF 0,9% 1500ML EV c/ 24H	500	500	500		
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	18	14	06		2º DIH — #ORTOPEDIA
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO	20				
	5 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	18	24	06		Pós procedimento cirurgico
	6 TRATIL 20MG + AD EV 12/12H	18	06			ortopédica sem intercorrências
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN				
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	22	06			CD: Rx control
	9 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN	SN				
	10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	06				
	11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA	20				
	12 CURATIVO 1 X D A	C.				
	13 SSVV+CCGG	C.				

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9605

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9605

NDO.E23

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12/17	18:15				100/40		Paciente evolui estável sob pós anestésico medicado conforme prescrição medica segue os cuidados da enfermagem	Josilin

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FEMUR E

ORTOP1
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALA ORTOPEDICA

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento		Leito	LEITO 9-2	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/12	1 DIETA LIVRE		1º DPO
	2 SF 0,9% 250ML EV p/ 24H	20 30	
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	1º DIH ORTOPEDIA
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 12/12H LENTO	12	
	5 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	BEG, estável
	6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	12 24	sem intercorrências
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	14 22 06	
	9 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		# CD: VPM
	10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / 24HM	06	Avaliar alta amanhã
	11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA	20 F	
	12 CURATIVO 1 X DIA		
	13 SSVV+CGGG		
	Glonazepe 2mg VO noite	Falta medicação	Dr. Julio Cesar Castro
	Venoze 6	22	Ortopedia e Traumatologia
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM PB 9965		CRM PB 9965
30/12	Alta hoje Tylex		
	curativo		
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM PB 9965		

NOE.005

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12/17	10:00				100/60		Paciente estável consciente realizado curativo de gze. Os cuidados da enfermagem	[illegible]
29/12	20:00				120x80		Pcte sem BEG queixa-se de dor constante em membro inferior esquerdo, sem intercorrências no CPS	
							[illegible]	

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

FILIAÇÃO
JOACIL LULI SALES
MARIA JOSÉ RIBEIRO SALES

NATURALIDADE
CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO
25/11/1966

RG
2268508 - SSP PB

CPF
011.066.764-04

SOLICITA DIREITOS E VENTAGENS
NÃO

DATA DE EXPEDIÇÃO
13/03/2013

CARLOS EDUARDO CAVALCANTI DOS ANJOS
PRESIDENTE

18231

TEM FÉ PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11011256

OAB

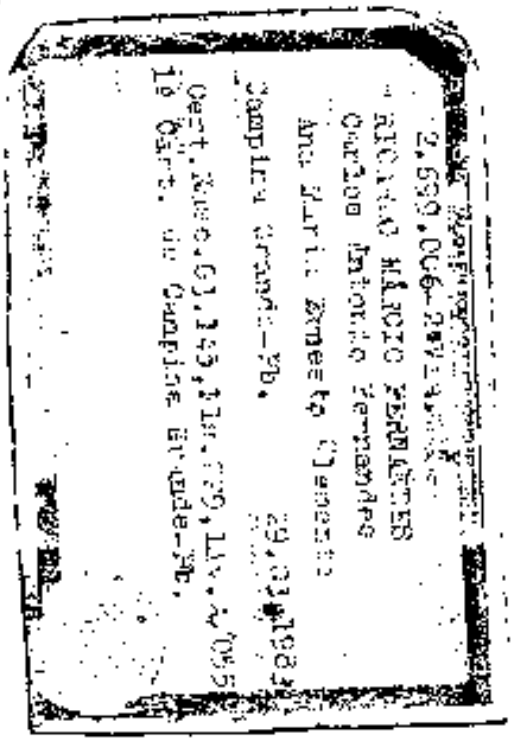
WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

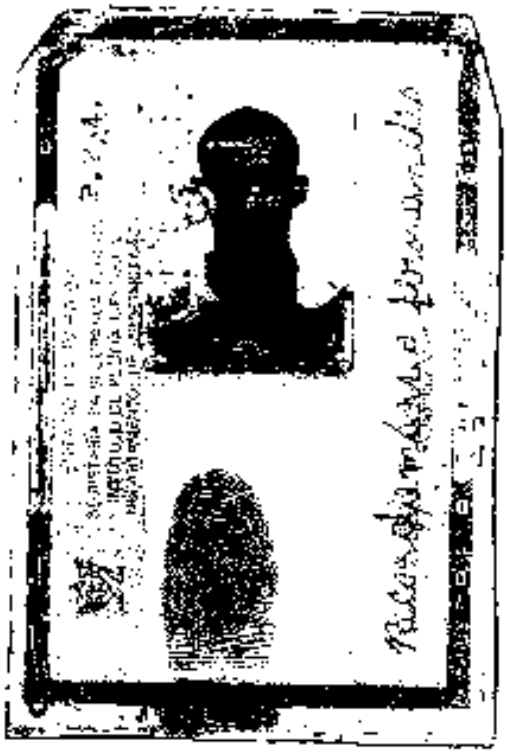
USO OBRIGATÓRIO
UNIVERSALIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

SABEMI SEGURADORA S/A

19 MAR 2019

RECEBIDO





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
040.237.354-50

Nome
RICARDO MARCIO FERNANDES

Nascimento
29/03/1953

SABEMI SEGURADORA S/A
24 MAIO 2018
RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

19 MAR 2019

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

24 MAIO 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Ricardo Márcio Fernandes
NACIONALIDADE:	brasileiro
PROFISSÃO:	Gerente
IDENTIDADE:	2.699.006
ENDEREÇO:	Trav. 8 de Dezembro nº 82 : Catolé

OUTORGADO

NOME:	Wagner Luiz Ribeiro Sá Pos
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Advogado
IDENTIDADE:	326958-9
ENDEREÇO:	Rua Tiradentes, 250 Centro, Campina Grande PB

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

C. Grande, 02 de fevereiro de 2018

LOCAL E DATA

Serviço Notarial e Registral — Registro de Títulos e Documentos — 5º Ofício de Notas — Rua Venâncio Neiva 122 — 3321-3005 — Campina Grande-PB

5º Ofício

Ricardo Márcio Fernandes

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SABEMI SEGURADORA S/A
19 MAR 2018

REGINA FRANÇA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Reconheço(em) como autêntica a verdadeira a(s) firma(s) de: RICARDO MARCIO FERNANDES
Em testemunho da verdade. Campina Grande-PB, 02 de fevereiro de 2018.
Daniela de Almeida - Escrevente
C2018-000453370L:R$ 8,46 FARPEN:R$ 0,28 FEMP:R$ 1,99 ISS:R$ 0,42
SELO DIGITAL: AGH67954-AF31
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

DANIELA DE ALMEIDA
Escrevente Autorizada

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Ricardo Márcio Fernandes
NACIONALIDADE: brasileiro
PROFISSÃO: Servente
IDENTIDADE: 2.699.006
ENDEREÇO: Trav. 8 de Dezembro nº 87 : catolé

OUTORGADO

NOME: Wagner Luiz Ribeiro Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Advogado
IDENTIDADE: 326958-9
ENDEREÇO: Rua Tiradentes, 259 Centro, Campina Grande/PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SABEMI SEGURADORA S/A
24 MAIO 2018
RECEBIDO
5º Ofício

C Grande, 02 de fevereiro de 2018

LOCAL E DATA

SABEMI SEGURADORA S/A
[redacted]

Ricardo Márcio Fernandes

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

REGINA FRANÇA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Reconheço, com autenticidade e certeza, a(s) firma(s) de: RICARDO MARCIO FERNANDES
Em testemunho da verdade. Campina Grande-PB, 02 de fevereiro de 2018
Daniela de Almeida - Escrevente
TJ2018-00043393DOLIRS 17,68 FARPEN:R$ 0,28 FEMP:R$ 1,96 TSNR:R$ 3,46
SELO DIGITAL: 4294776-RF-21
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

DANIELA DE ALMEIDA
Escrevente Autorizada

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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: ***3180130905***

Nome do(a) Examinado(a): ***RICARDO MARCIO FERNANDES***

Endereço do(a) Examinado(a):

Travessa Oito de Dezembro, 82 - Catolé - Campina Grande - PB - CEP 58410304

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***2699006***

Data e local do acidente: [***15/12/2017***] ***CAMPINA GRANDE***

Data e local do exame: [***02/04/2018***] ***Campina Grande*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE PARA REDUÇÃO DA FRATURA COM USO DE PLACA DCP LONGA COM 10 FUROS E 08 PARAFUSOS. SEM ALTA DEFINITIVA ORTOPÉDICA.

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

VÍTIMA REFERE DOR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA COM NECESSIDADE DE USO DE MULETAS, SEM CARGA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

[ ] Sim [***X***] 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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 (*).

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

(X) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 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.

Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180242099 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO MARCIO FERNANDES **Data do acidente:** 15/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura do fêmur distal esquerdo

Descrição do exame médico pericial: déficit anatomofuncional médio do joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico há 7 meses com placas e parafusos e atualmente não mais faz acompanhamento médico. Evoluiu sem complicações.
leve limitação articular com perda parcial do arco de movimento para flexão total de joelho esquerdo.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/06/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: