

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.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

Carta nº 12900513



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



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



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13086312

A/C: RICARDO MARCIO FERNANDES

Nº Sinistro: 3180242099
Vítima: 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



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 040237354-50	Nome completo da vítima Ricardo Marcelo Fernandes
---------------------------	--------------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ricardo Marcelo Fernandes		CPF titular da conta 040237354-50		Profissão Servente	
Endereço Rua B de Dezembro		Número 82		Complemento	
Bairro Catolé	Cidade Campina Grande	Estado PB	CEP 58410-304	Telefone (DDD) (83) 98651-2705	
Email stcadwrc12@hotmail.com					

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

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

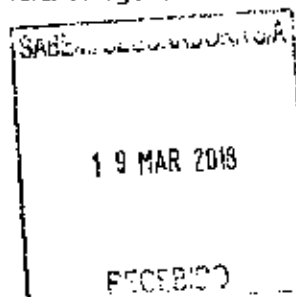
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)				BANCO Nome _____ NRO _____			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0737	D/V	CONTA NRO. 00000009	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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

Ricardo Marcelo Fernandes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal






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 Marcelo Fernandes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ricardo Marcelo Fernandes	CPF titular da conta 040237354-50	Profissão Servente
Endereço Av. B. de Oromba	Número 82	Complemento
Bairro Catapé	Cidade Campina Grande	Estado PB
E-mail straadvocacia@hotmail.com		CEP 58410-304
		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

☒ RECEBENDO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 4.000,00
☐ 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)

☐ BRADFSC (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NR0 **0737** DVV ☐ CONTA
NR0 **0000009** DVV **3**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome NR0
AGÊNCIA
NR0 DVV ☐ CONTA
NR0 DVV ☐
(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 a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após 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 Marcelo Fernandes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

RECEBIDO
SABE
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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
TESTEMUNHA	Telefone: (83) 98837-1761
	Nome: Edilson Rosa de Jesus Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Tereza de Jesus Santos e Virgílio 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 Arius, 65, Catolé, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98666-4919

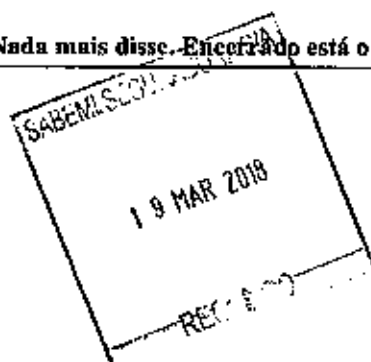
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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.



Célia 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

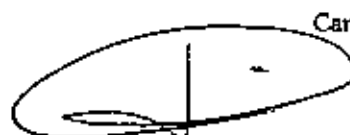


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

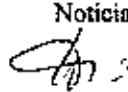


Campina Grande/PB, 26 de janeiro de 2018.


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil


MARIA VALÉRIA MIGUEL DE ASSIS

Noticiante


ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



1ª Delegacia de Polícia de Campina Grande - PB
Tabela: Maria de Fátima Lúcia Cavalcanti
Rua: 21 de Junho, 196, Centro - C. Grande - PB

Transferência de Arquivo
(11) 3371-6295 - 3371-6296

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 426 - III do CPC)
Campina Grande-PB 20/01/2018
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>
Selo Digital: AGJ61922-C100
Emol R\$2,38 ISS R\$0,12 Fcpem R\$0,28 Fcpj R\$0,44 MP R\$0,04



Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta

OCORRÊNCIA
DE ACIDENTE

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

Nº 00018.01.2018.2.00.420

Local: Campina Grande, PB
Data: 15/12/2017
Hora: 19:35:00

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação I: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**
Data da Ocorrência: 15/12/2017
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 anos
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 083.606.294-66
Endereço: Travessa Oito de Dezembro, 82, Catalã, Campina Grande, PB
Complementar: Não informado
Telefone: (83) 98651-2705

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: brasileira
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, Catalã, Campina Grande, PB
Complementar: Não informado
Telefone: (83) 98651-2705

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original.
Campina Grande - PB, 30/01/2018.
Consulte a autenticidade em: <https://autenticadigital.pb.jus.br>
Belo Jardim: 40061921-5005
Eneq: R\$2,38; R\$5 R\$2,12; Farcen R\$0,28; Favel R\$0,44; R\$0,54

BASEM SEGURADORA S/A
24 MAR 2018
RECEBIDO

RECEBIDA
Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta



TESTEMUNHA	Nome: Fabrício Salvador da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Valdireia 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
	Nome: Edilson Rosa de Jesus Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Tereza de Jesus Santos e Virgílio Rosa da Silva Idade: 43 Data de Nascimento: 23/09/1972 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Iuporanga 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

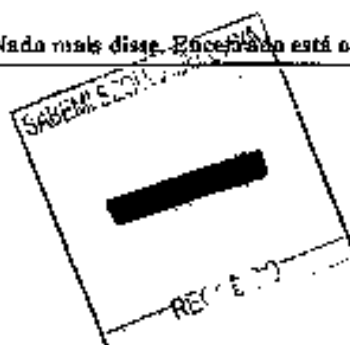
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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 CPTIRAN, 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. Encerrou-se este o presente termo.



Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substância

Protocolamento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DESPESA 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 Despesa Social



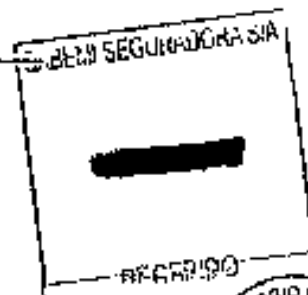
Campina Grande/PB, 26 de janeiro de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

Maria Valéria Miguel de Assis
MARTA VALÉRIA MIGUEL DE ASSIS

Noticiante

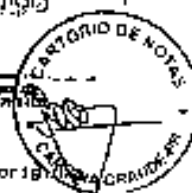
ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Polícia Civil do Estado da Paraíba - PB
Rua: Barão de Itaboraí, 100, Centro - Campina Grande - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé, Art. 153 - III do CPC
Campina Grande-PB 30/01/2018
Consulta e autenticidade em <https://seelodigital.tpb.jus.br>
Selo Digital: ACJ81922-C100
Rm01 R\$2,38 ESS R\$0,12 Fep-en R\$0,20 Fepj R\$0,44 HP R\$0,04



Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta



Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

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

Ricardo Marcelo Fernandes

CPF da Vítima

040.237.354-50

Data do Acidente

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.

C. Grande 07 de fevereiro de 2018
Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

19 MAR 2018

RECEBIDO

Ricardo Marcelo Fernandes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Ricardo Marcelo Fernandes

CPF da Vítima

040.237.354-50

Data do Acidente

15-12-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

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:

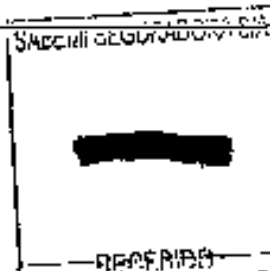
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ 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.



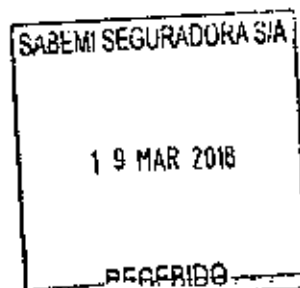
Ricardo Marcelo Fernandes 07 de Febrero de 2018
Local e Data

Ricardo Marcelo Fernandes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



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.

Deocleio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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

MARIA FERNANDES
TV BOM DEZEMBRO 02 - CATOLÉ
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58119-204 AG 4512

Emissão: 05/01/2018 Referência: Jan/2018
Classe/Serviço: RESIDENCIAL / BANDA LARGA FIBRA ÓPTICA
Plano: 7 - 401 - 100 - 4340 Nº medidor: 00020781730

energisa

ENERGISA DEBEMOS CUSTEAR A ENERGIA
Código de barras: 8000031196

Valor Total: R\$ 64,78
Cód. para 088 Automático: 8000031196

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	48905445420

UC (Unidade Consumidora): 4/3119-5

Canal de contato

Para falar com o Serviço ao Cliente, entre em contato pelo telefone 0800 023 0196, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.
- Contato com o Serviço ao Cliente também pode ser feito por e-mail: atendimento@energisa.com.br ou pelo Twitter (@energisa) e pelo Facebook (Energisa).
- O atendimento ao cliente é gratuito.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
04/12/17	1108	25/01/18	1122	21
Demonstrativo				
Consumo de Energia (kWh) = (Leitura Atual - Leitura Anterior) / Dias				
Consumo de Energia (kWh) = (1122 - 1108) / 21 = 0,67 kWh				
0001	Consumo de 30 kWh x 0,67	20,10	4,02	0,67
0002	Consumo de 15 kWh x 0,67	10,05	2,01	0,34
0003	Consumo de 10 kWh x 0,67	6,70	1,34	0,23
0004	Adm. e Verificação	0,00	0,00	0,00
0005	Imposto	0,00	0,00	0,00
0006	CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00
0007	Contribuição de Iluminação Pública	0,00	0,00	0,00

CD: Consumo de Iluminação Pública TOTAL 64,78 0,00 22,33 64,78 0,00 0,00

VENCIMENTO 12/01/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 64,78

Histórico de Consumo (kWh)

102 115 118 121 124 127 130 133 136 139 142 145 148 151 154 157 160 163 166 169 172 175 178 181 184 187 190 193 196 199 202 205 208 211 214 217 220 223 226 229 232 235 238 241 244 247 250 253 256 259 262 265 268 271 274 277 280 283 286 289 292 295 298 301 304 307 310 313 316 319 322 325 328 331 334 337 340 343 346 349 352 355 358 361 364 367 370 373 376 379 382 385 388 391 394 397 400 403 406 409 412 415 418 421 424 427 430 433 436 439 442 445 448 451 454 457 460 463 466 469 472 475 478 481 484 487 490 493 496 499 502 505 508 511 514 517 520 523 526 529 532 535 538 541 544 547 550 553 556 559 562 565 568 571 574 577 580 583 586 589 592 595 598 601 604 607 610 613 616 619 622 625 628 631 634 637 640 643 646 649 652 655 658 661 664 667 670 673 676 679 682 685 688 691 694 697 699 702 705 708 711 714 717 720 723 726 729 732 735 738 741 744 747 750 753 756 759 762 765 768 771 774 777 780 783 786 789 792 795 798 801 804 807 810 813 816 819 822 825 828 831 834 837 840 843 846 849 852 855 858 861 864 867 870 873 876 879 882 885 888 891 894 897 899 902 905 908 911 914 917 920 923 926 929 932 935 938 941 944 947 950 953 956 959 962 965 968 971 974 977 980 983 986 989 992 995 998 1001 1004 1007 1010 1013 1016 1019 1022 1025 1028 1031 1034 1037 1040 1043 1046 1049 1052 1055 1058 1061 1064 1067 1070 1073 1076 1079 1082 1085 1088 1091 1094 1097 1100 1103 1106 1109 1112 1115 1118 1121 1124 1127 1130 1133 1136 1139 1142 1145 1148 1151 1154 1157 1160 1163 1166 1169 1172 1175 1178 1181 1184 1187 1190 1193 1196 1199 1202 1205 1208 1211 1214 1217 1220 1223 1226 1229 1232 1235 1238 1241 1244 1247 1250 1253 1256 1259 1262 1265 1268 1271 1274 1277 1280 1283 1286 1289 1292 1295 1298 1301 1304 1307 1310 1313 1316 1319 1322 1325 1328 1331 1334 1337 1340 1343 1346 1349 1352 1355 1358 1361 1364 1367 1370 1373 1376 1379 1382 1385 1388 1391 1394 1397 1400 1403 1406 1409 1412 1415 1418 1421 1424 1427 1430 1433 1436 1439 1442 1445 1448 1451 1454 1457 1460 1463 1466 1469 1472 1475 1478 1481 1484 1487 1490 1493 1496 1499 1502 1505 1508 1511 1514 1517 1520 1523 1526 1529 1532 1535 1538 1541 1544 1547 1550 1553 1556 1559 1562 1565 1568 1571 1574 1577 1580 1583 1586 1589 1592 1595 1598 1601 1604 1607 1610 1613 1616 1619 1622 1625 1628 1631 1634 1637 1640 1643 1646 1649 1652 1655 1658 1661 1664 1667 1670 1673 1676 1679 1682 1685 1688 1691 1694 1697 1700 1703 1706 1709 1712 1715 1718 1721 1724 1727 1730 1733 1736 1739 1742 1745 1748 1751 1754 1757 1760 1763 1766 1769 1772 1775 1778 1781 1784 1787 1790 1793 1796 1799 1802 1805 1808 1811 1814 1817 1820 1823 1826 1829 1832 1835 1838 1841 1844 1847 1850 1853 1856 1859 1862 1865 1868 1871 1874 1877 1880 1883 1886 1889 1892 1895 1898 1901 1904 1907 1910 1913 1916 1919 1922 1925 1928 1931 1934 1937 1940 1943 1946 1949 1952 1955 1958 1961 1964 1967 1970 1973 1976 1979 1982 1985 1988 1991 1994 1997 2000 2003 2006 2009 2012 2015 2018 2021 2024 2027 2030 2033 2036 2039 2042 2045 2048 2051 2054 2057 2060 2063 2066 2069 2072 2075 2078 2081 2084 2087 2090 2093 2096 2099 2102 2105 2108 2111 2114 2117 2120 2123 2126 2129 2132 2135 2138 2141 2144 2147 2150 2153 2156 2159 2162 2165 2168 2171 2174 2177 2180 2183 2186 2189 2192 2195 2198 2201 2204 2207 2210 2213 2216 2219 2222 2225 2228 2231 2234 2237 2240 2243 2246 2249 2252 2255 2258 2261 2264 2267 2270 2273 2276 2279 2282 2285 2288 2291 2294 2297 2300 2303 2306 2309 2312 2315 2318 2321 2324 2327 2330 2333 2336 2339 2342 2345 2348 2351 2354 2357 2360 2363 2366 2369 2372 2375 2378 2381 2384 2387 2390 2393 2396 2399 2402 2405 2408 2411 2414 2417 2420 2423 2426 2429 2432 2435 2438 2441 2444 2447 2450 2453 2456 2459 2462 2465 2468 2471 2474 2477 2480 2483 2486 2489 2492 2495 2498 2501 2504 2507 2510 2513 2516 2519 2522 2525 2528 2531 2534 2537 2540 2543 2546 2549 2552 2555 2558 2561 2564 2567 2570 2573 2576 2579 2582 2585 2588 2591 2594 2597 2600 2603 2606 2609 2612 2615 2618 2621 2624 2627 2630 2633 2636 2639 2642 2645 2648 2651 2654 2657 2660 2663 2666 2669 2672 2675 2678 2681 2684 2687 2690 2693 2696 2699 2702 2705 2708 2711 2714 2717 2720 2723 2726 2729 2732 2735 2738 2741 2744 2747 2750 2753 2756 2759 2762 2765 2768 2771 2774 2777 2780 2783 2786 2789 2792 2795 2798 2801 2804 2807 2810 2813 2816 2819 2822 2825 2828 2831 2834 2837 2840 2843 2846 2849 2852 2855 2858 2861 2864 2867 2870 2873 2876 2879 2882 2885 2888 2891 2894 2897 2900 2903 2906 2909 2912 2915 2918 2921 2924 2927 2930 2933 2936 2939 2942 2945 2948 2951 2954 2957 2960 2963 2966 2969 2972 2975 2978 2981 2984 2987 2990 2993 2996 3000

RESERVADO AO FISCO
cad.6cb2.c13f.d646.dde5.426e.ee9c.9ba0.

Indicadores de Qualidade				Consumo em kWh		
	Limites da ANEEL	Aplazado	Limite de Tensão (V)	Discriminacao	Valor (R\$)	%
QUALIDADE DE TRATAMENTO	4,85	0,00	22,11	Atividade de Descontrole	11,80	18,37
DETRATAMENTO	9,61	0,00	22,11	Consumo de Energia	13,43	20,73
DETRATAMENTO	19,22	0,00	22,11	Serviço de Atendimento	1,78	2,73
DETRATAMENTO	38,44	0,00	22,11	Serviço de Entrega	5,00	7,71
DETRATAMENTO	76,88	0,00	22,11	Serviço de Instalação	27,08	41,84
DETRATAMENTO	153,76	0,00	22,11	Serviço de Manutenção	0,00	0,00
DETRATAMENTO	307,52	0,00	22,11	Serviço de Reparo	0,00	0,00
DETRATAMENTO	615,04	0,00	22,11	Serviço de Vistoria	0,00	0,00
DETRATAMENTO	1230,08	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	2460,16	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	4920,32	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	9840,64	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	19681,28	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	39362,56	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	78725,12	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	157450,24	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	314900,48	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	629800,96	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	1259601,92	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	2519203,84	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	5038407,68	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	10076815,36	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	20153630,72	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	40307261,44	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	80614522,88	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	161229045,76	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	322458091,52	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	644916183,04	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	1289832366,08	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	2579664732,16	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	5159329464,32	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	10318658928,64	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	20637317857,28	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	41274635714,56	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	82549271429,12	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	165098542858,24	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	330197085716,48	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	660394171432,96	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	1320788342865,92	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	2641576685731,84	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	5283153371463,68	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	10566306742927,36	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	21132613485854,72	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	42265226971709,44	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	84530453943418,88	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	169060907886837,76	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	338121815773675,52	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	676243631547351,04	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	1352487263094702,08	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	2704974526189404,16	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	5409949052378808,32	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	10819898104757616,64	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	21639796209515233,28	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	43279592419030466,56	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	86559184838060933,12	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	173118369676121866,24	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	346236739352243732,48	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	692473478704487464,96	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	1384946957408974929,92	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	2769893914817949859,84	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	5539787829635899719,68	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	11079575659271799439,36	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	22159151318543598878,72	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	44318302637087197757,44	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	88636605274174395514,88	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	177273210548348791029,76	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	354546421096697582059,52	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	709092842193395164119,04	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	1418185684386790328238,08	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	2836371368773580656476,16	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	5672742737547161312952,32	0,00	22,11	Serviço de Outros	0,00	0,00
DETRATAMENTO	113454					

BANCO DO BRASIL 001-9**Recibo do Sacado****Pagável em qualquer banco até o vencimento.**

Vencimento: 30/12/2018
Agência / Código do Beneficiário: 1518-7/15416-4
Nosso Número: 28197510018009629
Valor Documento: 800,00

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
Data Documento: 23/12/2017
Número Documento: 18009629
Espécie Doc.: DS
Aceite: N
Data Processamento: 23/12/2017
Nº da Correspondência: 017
Espécie: R\$
Quantidade: Valor

Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário)

ANUIDADE 2019 - ADVOGADO ATÉ 31/01/2019: R\$ 640,00; ATÉ 29/02/2019: R\$ 680,00;
ATÉ 31/03/2019: R\$ 720,00; A PARTIR DE 01/04/2019 ATÉ 30/12/2019: R\$ 800,00. PARC.
OAB/PB ATÉ 30/09/2019 - 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. da Balcão

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
Agência / Código do Beneficiário: 1518-7/15416-4
Nosso Número: 28197510018009629
Valor Documento: 800,00

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
Data Documento: 23/12/2017
Número Documento: 18009629
Espécie Doc.: RC
Aceite: N
Data Processamento: 23/12/2017
Nº da Correspondência: 017
Espécie: R\$
Quantidade: Valor

Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário)

ANUIDADE 2018 - ADVOGADO ATÉ 31/01/2018: R\$ 640,00;
ATÉ 29/02/2018: 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

(-) Outros Deduções

(-) Juros / Multas / Juros

(-) Outros Acréscimos

(-) Valor Cobrado

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

024.0908.02

FICHA DE COMPENSAÇÃO

Autenticação Mecânica





Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista para próxima leitura	CPF/CNPJ/INSC
Jan/ 2018	05/01/2018	02/02/2018	48905445420

UC (Unidade Considerada): 4/3119-5

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

[illegible][illegible]

2025年12月15日 星期一

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12/01/2018	R\$ 64,78

Ministerio de Consumo (MCON)

102	6	195	:	LT	:	SI	:	195	NOV	:	195	8	12	:	20	734	:	127
DENVER	NOV-IT	OASIS		BKLT		AQUIL		LORE		ZALIT		MR. ST		APRIL		MAY-IT		FEBRUARY

RESERVAÇÃO DE R\$ 50
1cad.6cb2.c13f.d846.dde5.426a.889c.9ba0

Indicadores de Qualidade			Estruturação de Custos		
Unidade	Atualizado	Limite de Tolerância (%)	Descrição das Atividades	Valor (R\$)	%
DESEMPENHO	2,45		Serviços de Apoio e Suporte	11,00	29,37
DESEMPENHO	2,45		Desenvolvimento	15,75	29,37
DESEMPENHO	2,45		Serviços de Transmissão	1,75	3,17
DESEMPENHO	2,45		Equipamentos	2,50	3,17
DESEMPENHO	2,45		Procedimentos Operacionais	2,50	3,17
DESEMPENHO	2,45		Outros Serviços	0,50	0,50
Total				37,50	100,00

WATER

॥ श्रीगुरुभ्यो नमः ॥

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

SALEM SEGRADRA.SIA
24 MAR 2018
RECEIVED
8387000000

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12/01/2018	R\$ 64,78

8387000000-0 64780147000-4 00031192018-5 01300401018-8



BANCO DO BRASIL 001-9

Recibo do Sacado

Pagável em qualquer banco até o vencimento.

Beneficiário: Ordem dos Advogados do Brasil - PB - CNPJ: 08.865.164/0001-93

Rua Rodrigues de Aguiar, 37 - 1º Andar - JOAO PESSOA - PB012-030 - JOAO PESSOA/PB

Data Documento	Número Documento	Espec. Doc.	Acab.	Data Processamento	Nosso Número
23/12/2017	18009629	OS	N	23/12/2017	28197510018009629
Nº da Carteira	Código	Moeda	Quantidade	Valor	Valor Documento
017	017	R\$			800,00

Instruções (Linha de responsabilidade do Beneficiário)

ANUIDADE 2018 - ADVOGADO ATÉ 31/12/2018: R\$ 840,00; ATÉ 28/02/2019: R\$ 580,00;
 ATÉ 21/04/2019: R\$ 580,00; A PARTIR DE 01/04/2019 ATÉ 30/12/2019: R\$ 800,00. PARC.
 QASMPB ATÉ 30/12/2018 - TEL. 33 2107-5230/5210/5220. APÓS VENC. MULTA DE
 2% - JUROS DE 1% A.M. A.P.C.A.

Este Recibo não quita
dívidas anteriores

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

Cód. de Barras:

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL 001-9 00190.00009 02819.751005 18009.629173 6 77540000080000

Pagável em qualquer banco até o vencimento.

Beneficiário: Ordem dos Advogados do Brasil - PB - CNPJ: 08.865.164/0001-93

Rua Rodrigues de Aguiar, 37 - 1º Andar - JOAO PESSOA - PB012-030 - JOAO PESSOA/PB

Data Documento	Número Documento	Espec. Doc.	Acab.	Data Processamento	Nosso Número
23/12/2017	18009629	RC	N	23/12/2017	28197510018009629
Nº da Carteira	Código	Moeda	Quantidade	Valor	Valor Documento
017	017	R\$			800,00

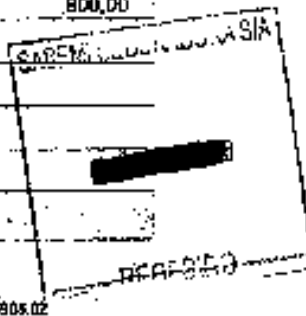
Instruções (Linha de responsabilidade do Beneficiário)

ANUIDADE 2018 - ADVOGADO ATÉ 31/12/2018: R\$ 840,00;
 ATÉ 28/02/2019: R\$ 580,00; ATÉ 21/04/2019: R\$ 580,00; A PARTIR DE
 01/04/2019 ATÉ 30/12/2019: R\$ 800,00. PARC. QASMPB ATÉ 30/12/2018 -
 TEL. 33 2107-5230/5210/5220. APÓS VENC. MULTA DE 2% - JUROS DE
 1% A.M. A.P.C.A.

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

Cód. de Barras:

RECIBO DE COMPENSAÇÃO Autenticação Mecânica



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 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 Wagner Luiz 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 Invólido 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 <u>Rua Tiradentes</u>		Número <u>250</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Pampina, Grande</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>58.400-383</u>
Email <u>steadvaccia2@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 3077-6310</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98852-3030</u>

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

Wagner Luiz Ribeiro Sales
Assinatura do Declarante



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 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 COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Wagner Luiz Ribeiro Silva, inscrito(a) no CPF sob o Nº 011086784 / 08, na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Ricardo Marcos Fernandes, inscrito(a) no CPF sob o Nº 040.237.354 / 50, do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da vítima Ricardo Marcos 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.

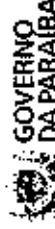
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Trindades</u>		Número <u>250</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Pompeia - SP</u>	Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>58.400-388</u>
E-mail <u>stendvarezi@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(41) 3077-6310</u>	Telefone celular (DDD) <u>(41) 98852-3030</u>

C. Brando 07 de fevereiro de 2018
Local e Data

Wagner Luiz Ribeiro Silva
Assinatura do Declarante





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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1562773 1º 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 Patrícia Sales Do Nascimento

CEP: 58400002 Nascimento: 29/05/1983

PACIENTE: RICARDO MARCIO

FERNANDES

Endereço: FLORIANO PEIXOTO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Bairro: MALVINAS

Nome da Mãe: ANA MARIA ERNESTO
CLEMENTE

RG: 2699006

Nº: 0

CPF:

Profissão:

Responsável: TRAZIDO PELO SAMU

CNS: 704105111622973

Estado Civil:

Data de

Atend: 15/12/2017

Hora: 19:46:41

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Especialidade:

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abuso 19. Fratura ossa fechada
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão 21. Hematoma
4. Contusão 22. Injúria de pele
5. Crepitação 23. Laceração
6. Dor 24. Lesão tendão
7. Edema 25. Luxação
8. Emagrecimento 26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal
10. Escoriação 28. Objeto Enfiado
11. Equimose 29. Otorragia
12. S. Alma branca 30. Paralisia
13. F. Alma de fogo 31. Parede
14. F. Contusão 32. Parosteoma
15. F. Contusão 33. Queimadura
16. F. Contusão 34. Rinorragia
17. F. Perfuração 35. Sinal de Isquemia
18. F. Perfuração 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID: *Assadura em pele*ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: *Paulo Sales*

Carimbo do Hospital

Carimbo do Hospital



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ricardo Marcelo Fernandes		
End:	R. Nova	Bairro:	Flaúmino Paixoto
Data de Nascimento:	29.03.83	Documento de Identificação:	
Queixa:	PT - descolamento		
Data do Atendimento:	15.12.17	Hora:	19:44
Documento:			
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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


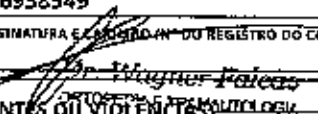

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas



Assinatura e carimbo do profissional

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

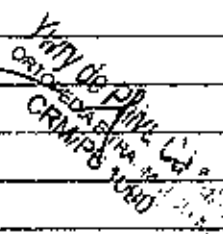
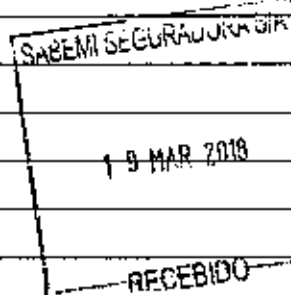
 SUS	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE RICARDO MARCIO FERNANDES		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1562851
7 - CARTÃO DO SUS 704105111622973	8 - DATA DE NASCIMENTO 29/03/1983	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE		11 - TELEFONE DE CONTATO 83
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) FLORIANO PEIXOTO, 0, MALVINAS		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CDD/90E MUNICÍPIO 250400
		15 - UF PB
		16 - CEP 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> DOM em. cot. (E) pós trauma </div>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> Necessidade de TTD Cirúrgico </div>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> F-X </div>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> Fratura de cot. (E) </div>		
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 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF
29 - N° 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 (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="text-align: right;">  </div>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 	36 - CNPJ DA SEGURADORA 	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 	37 - CNPJ DO FILIETE 	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 	38 - SÉRIE 	
39 - CNPJ EMPRESA 		
40 - CNAE DA EMPRESA 		
41 - CBOR 		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNES () CPF 		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/11		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 20px;"> 19 MAR 2018  </div>




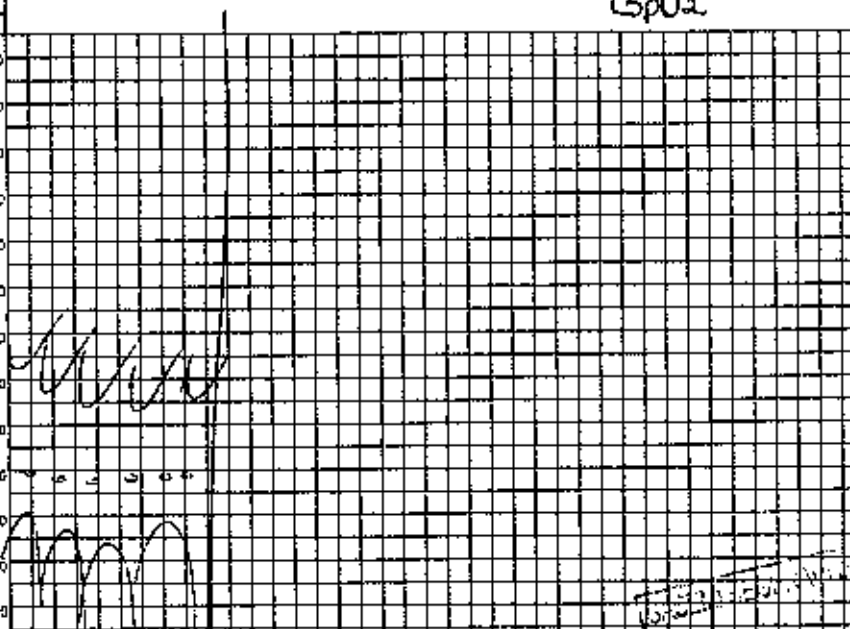

Nome do Paciente <i>RICARDO MURCIO FERNANDES</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/12/17</i>	Enf. <i>Onfor. J</i>	Leito <i>9.2</i>	
Operador <i>Dr Amaro Jorge</i>		1º Auxiliar <i>Dr Holliston (mre)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Yway (mat)</i>	3º Auxiliar <i>Dr Jiliz (mat)</i>	Instrumentador <i>pedra</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fx Femur distal (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>na</i>			
Acidente Durante a Operação <i>na</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO


Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <i>Prática em DDA sob Anestesia</i>
2) <i>Assepsia + Antissépsia + Campos Esterais</i>
3) <i>Incisão em área lateral de coxa (E) + associação por placa + Hemostasia</i>
4) <i>Remoção completa de fratura</i>
5) <i>Osteossíntese c/ placa de 10F + 8 parafusos</i>
6) <i>Lavado de fô c/ soro sal</i>
7) <i>Fechamento por planos</i>
8) <i>curativo</i>



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Ricardo Márcio Fernandes</u>			IDADE: <u>39a</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:
DATA: <u>02/12/17</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCITOS	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATAXIAS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			ESTADO FÍSICO			RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					RESUÇÃO Satisf.: _____ Exat.: _____ Tosses: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS	SF 2000 ml PAE ECG SpO2				MANUTENÇÃO neocaina 1 di morl 1 clazodina 2 di pi rona 2 nauxedron 1 antak 1 ti late l 1 pentam. l. 1		
CÓDIGOS					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX. ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Exat.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	14h00 → 15h00 19 MAR 2018				Com cânula: _____ Para o leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
POSICÃO							
AGENTES	neocaina 20mg + di morl 80ug						
TÉCNICA	raqui + sedação Q25 C3/4 2						
OPERAÇÃO	Fratura de fêmur						
QUIRÚRGICOS	Yuri						
ANESTESISTAS	Faúlsh						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Ricardo Moura Fernandes DN 29-03-1985</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE <u>34 anos</u>	REGISTRO <u>1562778</u>		
CIRURGIA <u>TTº Curg. Fratura de Fêmur</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Yuri D. Julia</u>				
ANESTESIA <u>Raqui</u>		ANESTESIA <u>Dr. Taylor</u>				
INSTRUMENTADORA <u>Rebeca</u>		DATA <u>28-12-17</u>	INÍCIO <u>14:20</u>	FIM <u>16:00</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxo.		Catgut cromado Serfix	
	Alupina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Serfix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Serfix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serfix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serfix	
<u>01</u>	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Elhibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogolas		Elhibond	
<u>01</u>	Miyocina 0,2% ml		Equipo de Macrogolas		Elhibond	
<u>01</u>	Naloxona 0,2% ml		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serfix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serfix	
	Protigmine amp.		Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido Um		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
<u>01</u>	Quilicina amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml		Mononylon	
	Thionembul ml		Intracath Adulto	<u>03</u>	Mononylon <u>2º</u>	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
<u>03</u>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
<u>01</u>	Decaron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
<u>02</u>	Dipirona amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.		Luvas 8.0	<u>02</u>	Vicryl Serfix <u>1</u>	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.5			
<u>02</u>	Glicose amp.		Oxigênio Um			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Heparina ml		PVPI Degemante ml			
	Heparina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotrinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina		Seringa desc. 05 ml	<u>04</u>	SG 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Sturplanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		<u>T.M.</u>	
			Sonda Uretral nº			
			Sterydren ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Lalese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				EQUIPAMENTOS	
<u>01</u>	Agulha p/ raque nº				(X) Oxímetro de Pulso	
<u>05</u>	Alcool de Enfermagem				() Serra	
<u>04</u>	Alcool Iodado ml				() Desfibrilador	
	Aladuras de Crepon				() Foco Frontal	
	Aladuras de Gessada				() Fonte de Luz	
	Azul metileno amp.				(X) Foco Auxiliar	
	Benzina ml				(X) Eletrocautério	
					() Oxícapiógrafo	
					(X) Cardiomonitor	
					(X) Perfurador Elétrico	

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Vanda Lúcia B. Monteiro
 TÊC. DE ENFERMAGEM
 COREN - PE 203.727

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Ricardo Maria Fernandes</u>	Idade: <u>34 anos</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>25/10/12</u>
Procedimento: <u>troca de parafusos de fixação de fêmur</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Levy</u>	Anestesista: <u>Dr. Tay Lob</u>
Auxiliar: <u>Dr. Julio</u>	
Início: <u>14:20</u>	Termino: <u>16:02</u>
	Anestesia: <u>Rapido</u>

[illegible][illegible]

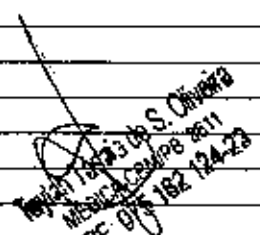
Observações:	
	
Assinatura Anestesista	Circulante

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

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

Tatiana Tavares de S. Oliveira
MÉDICA ANESTESISTA
CPF: 073.192.184-23

Assinatura do anestesiologista

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Fernandes Registro: 84001 Leito: 9-2 Setor Atual: Ortop
 Idade: 34 Sexo: M Cor: Estado Civil: União Naturalidade: Profissão:
 Procedência: () Vermelha (☒) 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 (☒) Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
 () Alcoolismo () Drogadição () Outros: Medicamentos 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: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
 HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
 GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgésia):
 Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
 Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: Prejudicada
 Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
 () VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O
 (☒) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:
 Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
 Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
 Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
 Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E; () Seio 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			
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme <input checked="" type="checkbox"/> Cheio.			
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia: ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USD</u> Data da punção: <u>20/12/17</u>			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: ___/___/___			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos; () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h:			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica		Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas		Manifestações de sede: () <u>NIE</u>	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>Pré-operatório / 12/12/17</u>		Curativo em: ___/___/___	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada.		Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> 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: <u>ERSantos</u> DATA: <u>20/12/17</u> HORA: <u>17:50</u> h			
Elisângela Rosado dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PE 173385			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Manoel Fernandes Registro: _____ Leito: 9-2 Setor Atual: OTF

2. VALORADO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: (☒) 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 cmH2O

(☒) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. 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 1º leito com peso
- aguardando curativo

Dr. Maria do Socorro de Melo
Enfermeira Especialista PSF
CONEP 241/2017 Matr. 100.100-W
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 21/12/17 HORA: / /

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

02

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/12	1 DIETA LIVRE	5:00	
	2 FELCO SALINIZADO	5:00	
	3 CIPROFENOL 20ML EV 6/6H	12:10 26:00	
	4 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	06	
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		
	6 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 SE DOR		
	7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
	8 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h S/N		
	9 CLENAMF 40-50 - 50-50/6H		
	10 SSVV + COGG		
	<p>Dr. Julio Cesar Castro Medicina - Trabalho CRM-1 - 9865 / CRM - 8320</p>		
	<p>Dr. Julio Cesar Castro Medicina - Trabalho CRM-1 - 9865 / CRM - 8320</p>		

[illegible]

Diagnóstico

for definite form only

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PROF: G/K

Paciente	Walter de Menezes	Alojamento	Leito	Convênio
----------	-------------------	------------	-------	----------

[illegible]

Diagnóstico

Ward
Whiteley

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

10

Quinto APZ

19

Alojamento

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
8/12	1 - Dieta livre	✓		afic
	2 - S.R.L 500 ml + V. 12 / 12 h.	✓	12	afic
	3 - Dipirona 62 ml t. V. 8 / 8 h (tentar).	✓	22	afic
	4 - Tilatil 20 mg l. V. 12 / 12 h.	✓	22	afic
	5 - Omeprazol 40 mg l. V. 01 X dia.	✓		
	6 - C.C.G. → Clorazepato de potássio 50 mg 1 X dia	✓	(20)	afic
				afic

[illegible]

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20/12/17	14:00				110/70		Get surge no Auto Oxigênio da ambulância para 200 litros de oxigênio surge no topo.	
20/12/17	21:00				110/70		Get surge 15/ minutos de oxigênio surge no topo relatório enviado ao enfermeiro	

[illegible]



MA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

H00.035

Diagnóstico

PRE OP

ALABORATORIA

~~RICARDO MARCIO FERNANDES, 34~~

Leito

Convênio

FX DIAFISE FEMUR E

LEITQ 9-2

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/12	8:50		73		100x60		<p> Pet com acúmulo de líquidos colúbrato feto cuidados gerais medicados e PM feto curativo segui seu quadro nos cuidados de enfermagem </p>	
23/12	19:45		74		120x75	+	<p> Pet seguiu medicação e PM sem quadro acutizado de dor sono preservado aguarda cirurgia ortopédica aos cuidados de enfer </p>	

Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

~~RICARDO MARCIO FERNANDES, 34~~

PRE OP

Paciente:

Alimento

Leito

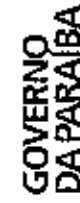
Conversion

7-60157

FX DIAFISE FEIVURE

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/12	14:00	-	-	-	120 80		PAISANTE EVOLUI CONSCIENTE, NÃO REPERE QUEIXAS.	
24/12	22:00	-	-	-	110 80		PAISANTE EVOLUI CONSCIENTE, NÃO REPERE QUEIXAS.	



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

Diagnóstico

ORTOP
LEFEBVRE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

PREFACE

EX DIAFISE FEMUR F

~~RICARDO MARCIO FERNANDES, 34~~

Alimento!

Leito

010103-2

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/12	1. OUTRA TAREFA		
	2. FLECO-SANTINIZADO		
	3. DIPIRONA 1g + ABQ EV 6/6H		
	4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 5/N		
	5. TYLEX 30MG 1. CP VO 6/6H SE DOR		
	6. TRANCAL 100MG + 100MGAL SE 0.09% EV 8/8H 5/N		
	7. NALISEDROM 1mg/ml 1CA + ABQ EV 8/8H 5/N		
	8. OMEPRAZOL 40mg + DICLOFENAC EV 7/7JORN		
	9. CLEXANE 40MG SC 1x DIA		
	10. SSVVACCGG		

[illegible]

Diagnóstico

ОРТО:
1210 3-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALACORTOPEDICA

RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

2-60137

Paciente

Aljamento

Leito

Convenio

Data	Prescrição Médica
12/11/2017	

Data	1 DIETA LIVRE
22/12	2 JEIÇO SALINIZADO

7710 2 IFICÓ SAUNIZADO

3 DIVISION 18-400-54-6/611

	N/S	HZT/2T	ADY + GMAIG	714TH	* TRAFIC ZONE + ADV 12/12H S/N
--	-----	--------	-------------	-------	--------------------------------

5	TYLEX 30MG 1 CP VQ 6/6 H SE DOR	11	000000
---	---------------------------------	----	--------

6 TRAMAL 100MG + 100ML SFC 0.9% EV B/8H S/N

7 NAUSEDRON 8mg/ml IFA + ABD FV 8/8/85	11.11
--	-------

8 OMEPRAZOL 40mg + DILLENTE EV / IELUM

ALEXANDER KING ST. INDIA

9533-4455-01

Evolução Médica

Evolução

Evolução Médica

Evolução

Evolução Médica

Horário

União Médica

O Médica

Diagnóstico

ORTOP
181149.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

pre:op

ALLA ORTOPTICA

RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

Patient

Aljamento

Leito

Convenio

LEHIGH

FX DIAFISE FEMOR'E

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/12	1 DIETA LIVRE 2 SF 0,9% 1500ML EV PJ 24H 3 CLINDAMICINA 600MG + AMU EV 6/6H 4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO 5 DIFENHIDRAMINA 1g + ABD EV 6/6H 6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 7 DYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SF DOR 8 TRAMAL 100MG ± 100ML SF 0,9% EV 8/8H 9 MAUSSEDON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 10 OMEPRAZOL 40mg + DIQUENTE EV 12/12H 11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA 12 CURATIVO 1 X DIA 13 SSVV+COGG	500 500 500 12 12 12 12 12 12 12 12 12 SN 12 12 12 SN 12 12 12 12 12 12	<p>Pré-procedimento cirúrgico ortopedia sem intercorrimentos</p> <p>CO. Rx control</p> <p>Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9965</p>

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28	18:00hs				100		Paciente evoluiu	
12					60		estável do pós	
17							anestésico me-	
							dicação confor-	
							me Prescrição	
							médica segue	
							as cuidados	
							da enfermagem João	

Diagnóstico

QRTOP1
XIII 2-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

PRE-OP

~~RICARDO MARCIO FERNANDES, 34~~

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

Alimento	
-----------------	--

Leito

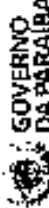
Convênio

LEITO 9.2

FX DIAPHYSE FEMUR

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/12	1 DIETA LIVRE 2 SP O.9% + 500ML EV q/ 24H 3 CLINDAMICINA 600MG + AOD EV 6/6H 4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1X DIA LENTO 5 DAPIRONA 1g + ABD EV 6/6H 6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR 8 TRAMAL 100MG + INJIMI SE Q.9% EV 8/8H 9 NALISEPRON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8h SN 10 OMEFRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEIUM 11 KARELITO 15MG 1 CP VO DIA 12 CIRATIVO 1 X DIA 13 SSVV+CCGG Gonçalo Rê - 200kg NO mal # Nogueira 690kg Dr. J. Luis de Castro Ortopedia e Traumatologia FONE 318-9965	18:20 12:38 13:18 12:24 14:22 16:00 12:00	7º DPD #ORTOPEdia BEG, esteve sem intercorrências # CD: VPM Análise alta amanhã
30/12	Alt baixa 2x curativo Dr. J. Luis de Castro Ortopedia e Traumatologia FONE 318-9965		

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29 12 17	10:15				300 60		Paciente estável consciente reali- zado curativo de que as cuidados da enfermagem. Jazilva	
29/12	2011				120/80		Pito em BEG ajuda de dormir mantendo em um quarto permanente, sem interferência em CP e Jazilva	



GOVERNO DO PARÁ
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 Data: 15/12/2017

Av. Alz. Floriano Peres, 4700 - MAMINAS, Campina Grande - PB, CEP: 58432-909

Endereço de Emergência (3.E) - Módulo 07 Atendimento: Várzea Para da Seles do Nascimento

CNPJ: 58432-909 VASL: 0903017983

PACIENTE: RICARDO MARCIO

FERNANDES

Endereço: FLORESTA NEIXOTO

Cidade: Campina Grande

Nome do Mãe: ANA MARIA ERNESTO

CIFINTE

RDT: 2690036

CPF:

Data de Atendimento: 15/12/2017

Horário: 19:45:41

CRM:

Y. COLO: ATENDIMENTO POR CARIC

Y. Médica:

DBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abordagem 15. Fratura costal direita

2. Amputação 20. Ferimento estab. abd.

3. Anel 21. Hematoma

4. Coração 22. Injúria múltipla Varice

5. Crepitação 23. Laceração

6. Dor 24. Lesão tecidual

7. Edema 25. Luxação

8. Empalme 26. Morfologia

9. Enfiadura subcutânea 27. M. Contusão múltipla perimérica

10. Escarificação 28. Objeto Enfiado

11. Equimose 29. Dor

12. F. Alva crônica 30. Ferimento

13. F. Alva crônica 31. Parosteia

14. F. Alva crônica 32. Parosteia

15. F. Alva crônica 33. Ducto

16. F. Alva crônica 34. Rinite

17. F. Alva crônica 35. Sinite

18. F. Alva crônica 36. Sinite

19. F. Alva crônica 37. Sinite

20. F. Alva crônica 38. Sinite

21. F. Alva crônica 39. Sinite

22. F. Alva crônica 40. Sinite

23. F. Alva crônica 41. Sinite

24. F. Alva crônica 42. Sinite

25. F. Alva crônica 43. Sinite

26. F. Alva crônica 44. Sinite

27. F. Alva crônica 45. Sinite

28. F. Alva crônica 46. Sinite

29. F. Alva crônica 47. Sinite

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada: % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID: Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

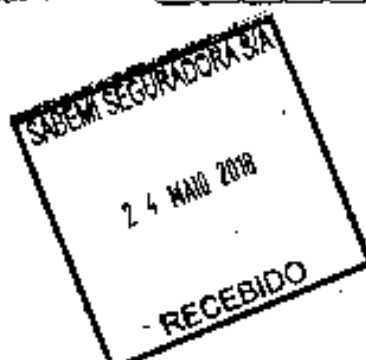
Assadura em pele

Assadura em pele

Assadura em pele

GOVERNO
DA PARAIBA

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



Ficha de Acolhimento

Nome:	<u>Ricardo Marcelo Fernandes</u>	Bairro:	<u>Floresta do Pôrto</u>
End:	<u>R. Nova</u>	Documento da Identificação:	
Data de Nascimento:	<u>29.03.83</u>	Documento da Identificação:	
Queixa:	<u>Desconforto</u>	Data do Atend.:	<u>15.12.17</u>
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	<u>19:44</u>
Documento:			

Classificação de Risco

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

MDM 110

Estratificação

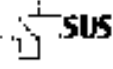
Vermelho - atendimento imediato
Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial



Assinatura e carimbo do profissional

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

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE RICARDO MARCIO FERNANDES				1562851	
7 - CARTÃO DO SUS 70410511622973		8 - DATA DE NASCIMENTO 29/03/1983		9 - SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE				11 - DATA DO EXAME 15/12/2017	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) FLORIANO PEIXOTO, 0, MALVINAS					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - 55 - UF 250400 PB		15 - CEP 58408002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - RESUMO DOS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOM em COTA (E) PSS Trauma					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de Tto Cirúrgico.					
19 - PREENCHER RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) R-X					
20 - MAGNÍTUDO INICIAL Ex. Externa (E)					
21 - CID 10 PRIMÁRIA 22 - CID 10 SECUNDÁRIA 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CMS () CPF 980016296938549	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCÃO				30 - DATA DE EMISSÃO 15/12/2017	
31 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - () ACIDENTE TRABALHISTICO		35 - () ACIDENTE VEICULO NO TRAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - CNPJ DO EMPREGADOR		38 - CNPJ DO EMPREGADO	
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		40 - CATEGORIA DE EMPRESA		41 - CATEGORIA	
AUTORIZAÇÃO					
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		43 - CÓD. ORGÃO EMISSOR		44 - Nº DO AUTORIZADOR	
45 - DOCUMENTO () CMS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CMS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL		50 - Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL	



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente <i>RICARDO MARCIO FERNANDES</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/12/17</i>	Enf. <i>Ortop. I</i>	Leito <i>9.2</i>	
Operador <i>Dr. Amaro Jorge</i>		1º Auxiliar <i>Dr. HALLISON (MRL)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Yury (mat)</i>	3º Auxiliar <i>Dr. Jiliv (mat)</i>	Instrumentador <i>ROBERTA</i>	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx Fêmur Distal (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteotomia - fixação</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O Membro</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>NÃO</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NÃO</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) *Pronto em DDA sob Anestesia*
- 2) *Assepsia + Antissepsia + Campos Estéril*
- 3) *Incisão em forma de U de 12 cm com (E) + Dissociação por placa + Hemostasia*
- 4) *Remoção completa de fratura*
- 5) *Osteossíntese com placa de 12 cm + 8 parafusos*
- 6) *Levada da ferida a 1 cm de borda*
- 7) *Fechamento por planos*
- 8) *Curativo*

SABEM SEGURADORA S/A
24 MAIO 2018
RECEBIDO

SABEM SEGURADORA S/A
RECEBIDO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		EX-FERIARIA	LEITO	HISTÓRICO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Ricardo Márcio Fernandes</u>			IDADE <u>39a</u>	SEXO <u>M</u>	COPIA
DATA <u>08/02/17</u>	PRESSIONÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TPO SINGULADO	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCOSE	UREIA	CÁLCIO		
URINA					FEZES		
AP. RESPIRATÓRIO					ASNA	PRONÓSTICO	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO					BOBES	AP. URINÁRIO	
C/NDIO MENTAL					ATAXIA	CONDIÇÕES	
DADOS DO PRÉ-OPERATÓRIO					ALERGIA <u>NADA</u>	INDICAÇÕES	
ANESTESIAS ANTERIORES					ESTADO FLUIDO <u>2</u>	RISCO	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS							INDICAÇÃO Satisf.: _____ Exat.: _____ Tese: _____ Laringe: _____ Espanto: _____ Lenia: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO neo can. ra 1 di. morl 1 celazolina 2 di. si roma 2 naxidron 1 antak 1 h. l. tel 1 sp. am. l. 1 ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não porquê? _____ DESPERTAR Reflexos na SC: _____ Oubr. _____ Co. _____ Exat. _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com dor: _____ Pós-operatório: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:
COEFICIENTES							
VR. ARTERIAL: Q. PULSO: Q. RESPIRAÇÃO: Q. ANESTESIA: Q. OPERATÓRIO							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	14h00 -> 15h00						
POSICÃO	0						
AGENTES	mascina 20mg + di. morl 80mg						
TECNICA	raqui + sedação A25 13/4 2						CÂNULAS CN O2
OPERAÇÃO	Fratura de fêmur						
QUIRURGICO	Yuri						
ANESTESISTA	Fábio						
OBSERVAÇÕES							
NOTA: NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS							PERDA SINGULADA

SABEM SEGURADORA S.A.

24 MAR 2018

RECEBIDO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
075 182 7445

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ricardo Marcos Ferreira DN 29-03-19						GOVERNO DA PARAIBA	
CI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO 2-771		
CIRURGIA: TTT de Uterus e Anexos			CIRURGIÃO: Dr. Yuri + Dr. Julia		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
ANESTESIA: Raqui			ANESTESIA: Dr. Taylor				
INSTRUMENTADORA: Paula		DATA: 28-12-17	INICIO: 14:20	FIN: 16:00			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIDS		CÓDIGO
	Adrenalina a/c.		Cat. n° 08		Catgut cromado Serlix		
	Atropina a/c		Cat. De Urina: Sst. Fech.		Catgut cromado Serlix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Serlix		
	Dimora amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Colostocoe		Catgut Simples Serlix		
	Etana ml		Dren		Catgut Simples Serlix		
	Fepesgan amp.		Dreno Keir n°		Catgut Simples Serlix		
01	Fentanil ml		Dreno Parrose n°		Cura p/ osso		
	Inovo ml		Dreno Pezzer n°		Elthband		
	Ketalar ml		Equip. de Macrógalas		Elthband		
01	Lidocaine 1% ml		Equip. de Macrógalas		Elthband		
01	Morfina 10 mg		Equip. de Sanguê		Fio de Algodão Serlix		
	Paralun amp.		Equip. de PVC		Fio de Algodão Serlix		
	Prilgeline amp.		Esperadepo Larco cm		Fio de Algodão Sulgax		
	Protetico Un		Faracip ml		Fio de Algodão Sulgax		
01	Quilicid ml		Gase Hecole 10 unidades		Fila cardiaca		
	Rapilon amp		H ₂ O ml		Monorylon		
	Thienembul ml		Injecath Adido	03	Monorylon		
	Tracium amp.		Injecath Interfil		Prolene Serlix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lamina de Bisturi n° 23		Prolene Serlix		
03	Agua Destilada amp		Lamina de Bisturi n° 11		Prolene Serlix		
01	Gecadron amp		Lamina de Bisturi n° 15		Prolene Serlix		
02	Dipirona amp		Luvax 7.5	03	Vicyr Serlix		
	Flavazol amp		Luvax 8.0	02	Vicyr Serlix		
	Fleopoclid amp.		Luvax 8.5		Vicyr Serlix		
02	Esterina amp		Ongento 1m				
	Glicosil amp		Polilix				
	Glucan de Calcio amp.		PVP Degemante ml				
	Hidrocortisona ml		PVP Tópico ml	Qtd.			
	Kanaligon amp		Sabao Antiséptico		SG Normotermia fr 500 ml		
	Lacta amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrolazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermia fr 500 ml		
	Masil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml		
	Protelina		Seringa desc. 05 ml	04	SG 500 ml		
	Revivas amp.		Sonca				
	Slupanon amp		Sonda Miller	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		T.M.		
			Sonda Uretral n°				
			Starydram ml				
			Tonclitina				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ral				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelxon 1B				
	Agulha desc. 28 x 28		Latices				
	Agulha desc. 3 x 4.5						
01	Agulha p/ raque n°						
05	Alcool de Enfermagem						
	Alcool 70% ml						
04	Alcool 70% ml						
	Aloduras de Crepon						
	Aloduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

RECEBIDO
21 MAR 2018

- EQUIPAMENTOS**
- (X) Oxímetro de Pulso
 - (X) Serra
 - () Desfibrilador
 - () Foco Frontal
 - () Fonte de Luz
 - (X) Foco Auxiliar
 - (X) Eletrocoagulador
 - () Oxipneumogênico
 - (X) Cardiomonitor
 - (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL:
Vanda Lúcia B. Medeiros
Téc. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 703.722

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Ricardo Maria Fernandes</u>	Idade: <u>34 anos</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>25/12/12</u>
Procedimento: <u>HTO Derivado de Fratura de Fêmur</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Yuri</u>	Auxiliar: <u>Dr. Felipe</u>
Anestesista: <u>Dr. Tony Lira</u>	
Início: <u>14:20</u>	Término: <u>16:02</u>
Anestesia: <u>Raque</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
16:13	131 x 80	64	98%	Verdiana	+	Consciente
16:45	130 x 82	64	99%	Verdiana	+	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesiologista	Circulante



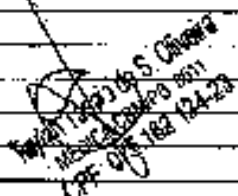

 Ricardo Maria Fernandes
 Médico Anestesiologista
 CPF: 075.182.124-23

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Handwritten signature
Taylan Tavares da S. Oliveira
Médico Anestesiologista
CPF 016.104.714-23

Assinatura do anestesiologista





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Registro: 84001 Leito: 9-2 Setor Atual: Orla
Idade: 34 Sexo: M Cor: Estado Civil: União Naturalidade: Profissão:
Procedência: () Vermelha (☒) Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: 20/12/12 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 (☒) Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
() Alcoolismo () Drogadição () Outros: Medicamentos em uso:

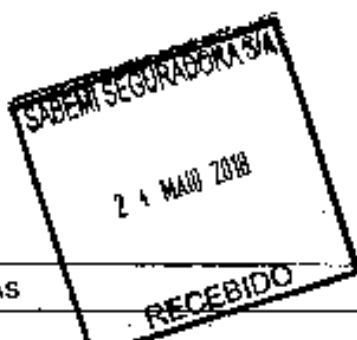
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; 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: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Tórpido () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Poliorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local: Prejudicada
Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

QVS

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
(☒) Eupneia () Taquipneia () Bradipneia () Dispneia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () D () E
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água
Data da inserção do dreno 20/12/12 Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: 20/12/12 Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA			
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme <input checked="" type="checkbox"/> Cheio.			
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()			
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USD</u> Data da punção: <u>20/12/19</u>			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VOVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: <u>20/12/19</u>			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos; () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h.			
Aspecto: () Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Inteira () Rosscada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outras:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: () <u>MI E</u>			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>Pré Operatório / Pós Operatório</u> Curativo em: <u>20/12/19</u>			
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débil: Retirado em: <u>20/12/19</u>			
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>20/12/19</u>			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.			
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outros:			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:			
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Modo: () 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: <u>ERSantos</u> DATA: <u>20/12/19</u> HORA: <u>17:50</u>			
Enfermeiro: <u>Enfermeiro</u> COREN-PR: <u>473365</u>			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Manoel Fernandes Registro: Leito: 9-2 Setor Atual: ET1

2. ANAMNESE GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas (☐) Anisocóricas (☐) D>E (☐) E>D (☐) Fotomagentes (☐) Mióticas (☐) Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central: () Dissecção. Localização: _____ Data da punção <u>21/12/15</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: <u>1/1</u>	
Alterações: () Inapetência. () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: <u>1/1</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: <u>1/1</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <u>1/1</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: _____	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações: _____	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente ME no Joteno com peso</u>	
<u>aguardando curpiel</u>	
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;"> SAÚDE SECRETARIA DA 24 MAR 2016 RECEBIDO </div>	
Dr. Maria da Socorro de Melo Enfermeira Especialista PSF COREN 241.921 MA 180.186-9 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
DATA: <u>21/12/15</u> HORA: _____ h	

[illegible]

Diagnóstico

fa. Denise Fernandes

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Adriano de Menezes Pront: 975 Alojamento: 40 Leito: 40 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
7/12	1 DIETALIGRE	08	
	2 JELCO SALTINIZADO	08	
	3 DIPIRONA 200MG EV 6/6H	08	
	4 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	08	
	5 TRAMAL 100MG + 100MG 5F 0.9 EV 8/8H S/N	08	
	6 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 SE 008H		
	7 NALISÉDRON 160 + ADRIANIL 50MG S/N		
	8 TYLEX 30MG + ADRIANIL 50MG S/N		
	9 TYLEX 30MG + ADRIANIL 50MG S/N		
	10 TYLEX 30MG + ADRIANIL 50MG S/N		
	11 SSIV + CEGG		

BEG. esteve
sem intercorrência

CD: VPN

CR. LUIZ GONZAGA FERNANDES

CR. LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ricardo Mancio

GOVERNHO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAUDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Handwritten: Handwritten

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

5. 2. 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico: M.A.P. 2018

Paciente
Alojamento
Leito
Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/12	1 - Dieta livre		Ag. f. m. i.
	2 - Soro 500 ml i.v. 12/13 h.		Ag. f. m. i.
	3 - Dipirona 02 ml i.v. 8/8 h (tentar)		Ag. f. m. i.
	4 - Ilatil 20 mg i.v. 12/13 h.		Ag. f. m. i.
	5 - Omeprazol 40 mg i.v. 01 X dia.		Ag. f. m. i.
	6 - C.C.G.		Ag. f. m. i.
	7 - Clotaxel 400 mg i.v. 1 X dia		Ag. f. m. i.
			Ag. f. m. i.
			Ag. f. m. i.
			Ag. f. m. i.
			Ag. f. m. i.
			Ag. f. m. i.
			Ag. f. m. i.
			Ag. f. m. i.
			Ag. f. m. i.
			Ag. f. m. i.

[illegible]

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20/12/11	14:00				120/70		<p>Set segue no auto injetor de aprox. 12 ml de insulina de 100 U/ml segue no lab.</p> <p>A</p>	
20/12/11	21:00				120/70		<p>Set segue 15/ insulina regular de 100 U/ml segue no lab. de insulina de 100 U/ml</p>	

[illegible]

[illegible]

Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

Paciente

Alojamento

Leito

LEITO 9.2

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/12	1 DIETAS LIGERAS		
	2 3F 6/24H 1500ML EV 17/24H		DIH
	3 DIPYRONA 1g + ABD EV 6/6H		HGB, GASTRÓL, SI DISTENÇÕES
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 5/18		
	5 TYLEX 30MG 3 CP VO 6/6 H SE DOR		
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SE Q.S.N. EV 8/8H 5/18		
	7 NAUSEIDRON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8H 5/18		
	8 GASTROPRAZOL 40mg + DISSIDENTE EV 12/12H		
	9 CLEXANE 40MG SC 180LA		
	10 SSVV 400MG		

VINÍCE MARIA FERNANDES
COORDENADORA DE ENFERMAGEM
18/12/2007

VINÍCE MARIA FERNANDES
COORDENADORA DE ENFERMAGEM
18/12/2007

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/12	14:00	-	-	-	120 80		Paciente acordado, consciente, bem-estar, não há náuseas, vômitos, febre, tosse, dispnéia, edema.	
24/12	22:00	-	-	-	115 80		Paciente acordado, consciente, bem-estar, não há náuseas, vômitos, febre, tosse, dispnéia, edema.	



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

Receituário Simples

Ricardo M. Fernandes

fo. f. m. t. s. com 30 dias de
mobilidade @
marcha claudicante

Atm da ortopedia

11/4/18
11/4/18
11/4/18
11/4/18
11/4/18
11/4/18
11/4/18
11/4/18
11/4/18
11/4/18

Data

Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

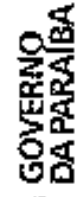
Leudo

Ricardo M. Fernandes
Leudo
unipol - op. posterior
1/3 distal fêmur @
ni 04 mm. leg. em
proporção ao volume
total C17-572

11/4/18
Data

Dr. Edson Braga
Ortopedia - Traumatologia
C17-572

Médico



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PLT 9.7

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/12	1 DIETA LIVRE		
	2 JEJUNO SALINIZADO		
	3 DIFENIDOL 1g + ABD EV 6/6H	24/08	11º DIH
	4 TILATIL 23MG + AD EV 12/12H 5/6		ORTOPEDIA
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR		
	6 TRAMAL 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR		
	7 NALBUPROX 8mg/ml 1EA + ABD EV 6/6H 5M		
	8 CLOPIDOGREL 75mg + JECURANTE EV 12/24H		
	9 CLEXANE 30MG SC 24/24H		
	10 SSVN + CCGG		

BEla esteve sem intercorrência

CD: VPM

Dr. João Carlos Costa
Ortopedia e Traumatologia
R. São João, 1000 - Centro
Bairro: Centro - São Paulo - SP

[illegible]

Diagnóstico

DRYER

पुनः प्रारम्भ

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPÉDICA

~~RICARDO MARIO FERNANDES, 34~~

FX DIAPHRASE FEMUR E	
100092	
Convenio	

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
RICARDO VARELA E SILVA NETO, 34			
LEUO 52			
Convênio			

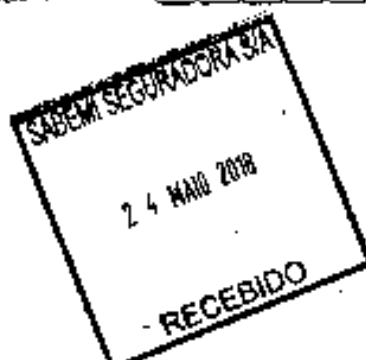
[illegible]

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29 12 17	10:16				100 60		Paciente estável conscientemente reali- zada curativo no de que os cuidados da enfermagem sejam	
29/12	20h				120x80		Pito em BEB. Pulso de dores constantes em abdômen irradiado, sem intermitência em I.P.S.	
							} <i>alívio</i>	

GOVERNO
DA PARAIBA

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



Ficha de Acolhimento

Nome:	<u>Ricardo Marcelo Fernandes</u>	Bairro:	<u>Floresta do Páris</u>
End:	<u>R. Nova</u>	Documento da Identificação:	
Data de Nascimento:	<u>29.03.83</u>	Documento da Identificação:	
Queixa:	<u>Apelamento</u>	Data do Atend.:	<u>15.12.17</u> Hora: <u>19:44</u> Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

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

MDM 110

Estratificação

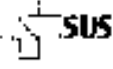
Vermelho - atendimento imediato
Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial



Assinatura e carimbo do profissional

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

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE RICARDO MARCIO FERNANDES				1562851	
7 - CARTÃO DO SUS 704105111622973		8 - DATA DE NASCIMENTO 29/03/1983		9 - SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE				11 - DATA DO EXAME 15/12/2017	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) FLORIANO PEIXOTO, 0, MALVINAS					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - 55 - UF 250400 PB		15 - CEP 58408002	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRECIPUOS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOM em COTA (E) PSS Trauma

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de TTO Cirúrgico.

19 - PRECIPUOS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R-X

20 - MAGNÍTUDO INICIAL

Ex. Fratura (E)

21 - CID 10 PRIMÁRIA

22 - CID 10 SECUNDÁRIA

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

02

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CMS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CMS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296938549

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WAGNER DE MELO FALCÃO

31 - DATA DE UTILIZAÇÃO

15/12/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Wagner de Melo Falcão

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO CONTRATO

36 - SERIE

37 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - CATEGORIA DA EMPRESA

40 - CATEGORIA

41 - () ACIDENTE VEICULO NO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - PRESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - COG. ORGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

52 - DOCUMENTO (X) CMS () CPF

53 - Nº DOCUMENTO (CMS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente <i>RICARDO MARCIO FERNANDES</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/12/17</i>	Enf. <i>Ortop. I</i>	Leito <i>9.2</i>	
Operador <i>Dr. Amaro Jorge</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Hailson (mat)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Yury (mat)</i>	3º Auxiliar <i>Dr. Jiliv (mat)</i>	Instrumentador <i>Rebeca</i>	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx Fêmur Distal (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteotomia - fixação</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O Membro</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO



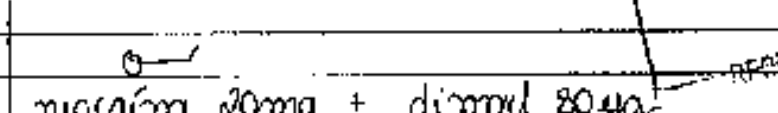

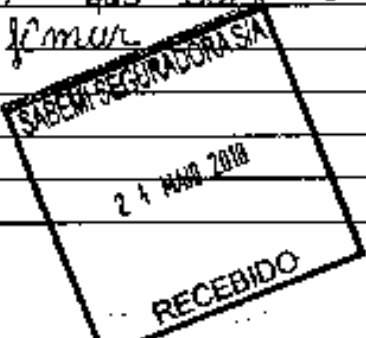
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) *Pronto em DDA sob Anestesia*
- 2) *Assepsia + Antissepsia + Campos Estéreis*
- 3) *Incisão em forma de U de 12 cm com (E) + Dissociação por placa + Hemostasia*
- 4) *Remoção completa de fratura*
- 5) *Osteossíntese com placa de 12 cm + 8 parafusos*
- 6) *Levada da ferida a 1 sítio.*
- 7) *Fechamento por planos*
- 8) *Curativo*

RECEBIDO
24 MAIO 2018
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEBIDO
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		EX-FERVARIA	LEITO	HISTÓRICO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Ricardo Márcio Fernandes</u>			IDADE <u>39a</u>	SEXO <u>M</u>	COB
DATA <u>08/02/17</u>	PRESSIONÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TPO SINGULADO	HEMOGLOBINA	HEMOGLOBÍNDIO	GLUCOSE	UREA	CÁLCIO		
URINA					BACURITE		
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO					AP. URINÁRIO		
CRONO MENTAL					ALERGIA		
DADOS HISTÓRICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FLUIDO		
ANESTESIAS ANTERIORES					PNEUMONIAS		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS							REDUÇÃO Sístole: _____ Exat.: _____ Tensão: _____ Latência: _____ Espanto: _____ Lenha: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
FLUIDOS	SF 2000ml ANT ECG SpO2						MANUTENÇÃO neo can ra 1 di morl 1 celazolina 2 di si roma 2 naxidron 1 antak 1 h kate l 1 spantamil 1
CÓDIGOS							ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não porque? _____
VP. ART. L. L. Q. P. L. S. Q. - RESERVAÇÃO							DESPERTAR Reflexos na SC: _____ Olor: _____ Co.: _____ Exat.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com dor: _____ Pós-operatório: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	14h00 → 15h00						
POSICÃO							
AGENTES	mascina 20mg + di morl 80mg						
TECNICA	raqui + sedação A25 13/4 2						CÂNULAS CN O2
OPERAÇÃO	Fratura de fêmur						
QUIRURGICOS	Yuri						
ANESTESISTAS	Fayla						
OBSERVAÇÕES							PERDA SINGULADA FOLHA DE ANESTESIA - SRPE

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ricardo Marcos Ferreira DN 29-03-19						GOVERNO DA PARAIBA	
CI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO 2-771		
CIRURGIA: TTT de Uterus e Anexos			CIRURGIÃO: Dr. Yuri + Dr. Julia		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Genálio Fernandes		
ANESTESIA: Raqui			ANESTESIA: Dr. Taylor				
INSTRUMENTADORA: Paula		DATA: 28-12-17	INICIO: 14:20	FIN: 16:00			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIDS		CÓDIGO
	Adrenalina a/c.		Cat. n.º 10		Catgut cromado Serlix		
	Atropina a/c		Cat. De Urina: Sst. Fech.		Catgut cromado Serlix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Serlix		
	Dimora amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Colonosc.		Catgut Simples Serlix		
	Etana ml		Dren.		Catgut Simples Serlix		
	Fepesam amp.		Dreno Keir n.º		Catgut Simples Serlix		
01	Fentanil ml		Dreno Parrose n.º		Cura p.º osso		
	Inovo ml		Dreno Pezzer n.º		Elthband		
	Ketalar ml		Equip. de Macroglós		Elthband		
01	Lidocaine 1% ml		Equip. de Macroglós		Elthband		
01	Morfina 10 mg		Equip. de Sangu.		Fio de Algodão Serlix		
	Paralun amp.		Equip. de PVC		Fio de Algodão Serlix		
	Prilgine amp.		Esperadepo Larco cm		Fio de Algodão Sulgax		
	Protetico Un		Faracip ml		Fio de Algodão Sulgax		
01	Quilicid ml		Gase Hecole 10 unidades		Fila cardiaca		
	Rapilon amp.		H2O ml		Monorylon		
	Thienembul ml		Injecath Adido	03	Monorylon		
	Tracium amp.		Injecath Ineril		Prolene Serlix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lamina de Bisturi n.º 23		Prolene Serlix		
03	Água Destilada amp.		Lamina de Bisturi n.º 11		Prolene Serlix		
01	Gecadron amp.		Lamina de Bisturi n.º 15		Prolene Serlix		
02	Dipirona amp.		Luas 7.5	03	Vicryl Serlix		
	Flavazol amp.		Luas 7.5		Vicryl Serlix		
	Fleocodol amp.		Luas 8.0	02	Vicryl Serlix		
02	Esterina amp.		Luas 8.5				
	Glicosil amp.		Ongento 1m				
	Glucan de Cálcio amp.		Polilix				
	Heparina ml		PVP Degemante ml				
	Kanaligon amp.		PVP Tégion ml	Qtd.	SG Normotermia fr 500 ml		
	Lacta amp.		Sabao Antiséptico		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrolazol.		Saco coletor		SG Hipertermia fr 500 ml		
	Masil amp.		Seringa desc. 10 ml		SG Ring fr 500 ml		
	Protetina		Seringa desc. 20 ml	04	SG 500 ml		
	Revivas amp.		Seringa desc. 05 ml				
	Slupanon amp.		Sonca				
	Cefalotina 1g		Sonda Miller	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
			Sonda Nasogástrica				
			Sonda Uretral n.º				
			Starydram ml				
			Tonclitina				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ral				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelxon 1B				
	Agulha desc. 28 x 28		Lactex				
	Agulha desc. 3 x 4.5						
01	Agulha p.º raque n.º						
02	Alcool de Enfermagem						
	Alcool 70% ml						
04	Aladuras de Crepon						
	Aladuras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

RECEBIDO
21 MAR 2018

- EQUIPAMENTOS**
- (X) Oxímetro de Pulso
 - (X) Serra
 - () Desfibrilador
 - () Foco Frontal
 - () Fonte de Luz
 - (X) Foco Auxiliar
 - (X) Eletrocoagulador
 - () Oxipneumogênico
 - (X) Cardiomonitor
 - (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL:
Vanda Lúcia B. Medeiros
Téc. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 703.722



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Ricardo Maria Fernandes</u>	Idade: <u>34 anos</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>25/12/12</u>
Procedimento: <u>HTO Derivado de Fratura de Fêmur</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Yuri</u>	Auxiliar: <u>Dr. Felipe</u>
Anestesista: <u>Dr. Tony Lira</u>	
Início: <u>14:20</u>	Término: <u>16:02</u>
Anestesia: <u>Raque</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
16:13	131 x 80	64	98%	Verdiana	+	Consciente
16:45	130 x 82	64	99%	Verdiana	+	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesiologista	Circulante



FERNANDA S. OLIVEIRA

 Médica Anestesiologista

 CPF: 075.182.124-23

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Handwritten signature
Taylan Tavares da S. Oliveira
Médico Anestesiologista
CPF 016.104.714-23

Assinatura do anestesiologista





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Registro: 84001 Leito: 9-2 Setor Atual: Orlato
Idade: 34 Sexo: M Cor: Estado Civil: União Naturalidade: Profissão:
Procedência: () Vermelha (☒) Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: 20/12/12 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 (☒) Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
() Alcoolismo () Drogadição () Outros: Medicamentos em uso:

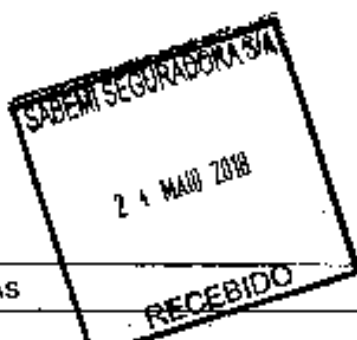
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; 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: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Tórpido () Comatoso () Outro
GLASGOW (3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Poliorreagentes () Mioticas () Midriáticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: Prejudicada
Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria

QVS

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
(☒) Eupneia () Taquipneia () Bradipneia () Dispneia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () D () E
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água
Data da inserção do dreno 20/12/12 Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: 20/12/12 Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA			
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme <input checked="" type="checkbox"/> Cheio.			
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()			
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USD</u> Data da punção: <u>20/12/19</u>			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VOVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: <u>20/12/19</u>			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos; () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h.			
Aspecto: () Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Inteira () Rosscada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outras:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: () <u>MI E</u>			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>Pré Operatório / Pós Operatório</u> Curativo em: <u>20/12/19</u>			
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débil: Retirado em: <u>20/12/19</u>			
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>20/12/19</u>			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.			
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outros:			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:			
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Modo: () 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: <u>ERSantos</u> DATA: <u>20/12/19</u> HORA: <u>17:50</u>			
Elisângela Rizzato dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PR 473365			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Manoel Fernandes Registro: Leito: 9-2 Setor Atual: ET1

2. ANAMNESE GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas (☐) Anisocóricas (☐) D>E (☐) E>D (☐) Fotomagentes (☐) Mióticas (☐) Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO2 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção <u>21/12/15</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: <u>1/1</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: _____	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros: _____	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: <u>1/1</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: <u>1/1</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <u>1/1</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: _____	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações: _____	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente ME no Joteno com peso</u>	
<u>aguardando curpiel</u>	
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;"> SABER SECRETARIA DA 24 MAR 2016 RECEBIDO </div>	
Dr. Maria da Socorro de Melo Enfermeira Especialista PSF COREN 241.921 MA 180.106-9 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
DATA: <u>21/12/15</u> HORA: _____ h	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

Paciente: Ricardo Martins Alajamento: 20 Leito: 20 Convênio: OK

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/12	1. DIETA LIVRE	5h30	
	2. SUSCO SALINIZADO	et	
	3. DIPRONA 20ML EV 6/6H	10h - 16h 26/26	
	4. OMEPRAZOL 40MG EV 12/12H	08h	
	5. TRANQUIL 100MG + 100ML SF 0.9 EV 8/8H S/N		BEGU ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS
	6. TYLEN 30MG 1 CP VO 6/6 SE DOR		
	7. NAUSEDRON 1 FA + NG EV 8/8H S/N		
	8. TILAZIL 20mg - AD - EV 12/12H S/N		8h30 - 17h30
	9. EUSPINE 40mg - SE 3x/dia		
	10. EV + COGG		
	11. EV + COGG		
	12. EV + COGG		
	13. EV + COGG		
	14. EV + COGG		
	15. EV + COGG		
	16. EV + COGG		
	17. EV + COGG		
	18. EV + COGG		
	19. EV + COGG		
	20. EV + COGG		
	21. EV + COGG		
	22. EV + COGG		
	23. EV + COGG		
	24. EV + COGG		
	25. EV + COGG		
	26. EV + COGG		
	27. EV + COGG		
	28. EV + COGG		
	29. EV + COGG		
	30. EV + COGG		
	31. EV + COGG		
	32. EV + COGG		
	33. EV + COGG		
	34. EV + COGG		
	35. EV + COGG		
	36. EV + COGG		
	37. EV + COGG		
	38. EV + COGG		
	39. EV + COGG		
	40. EV + COGG		
	41. EV + COGG		
	42. EV + COGG		
	43. EV + COGG		
	44. EV + COGG		
	45. EV + COGG		
	46. EV + COGG		
	47. EV + COGG		
	48. EV + COGG		
	49. EV + COGG		
	50. EV + COGG		
	51. EV + COGG		
	52. EV + COGG		
	53. EV + COGG		
	54. EV + COGG		
	55. EV + COGG		
	56. EV + COGG		
	57. EV + COGG		
	58. EV + COGG		
	59. EV + COGG		
	60. EV + COGG		
	61. EV + COGG		
	62. EV + COGG		
	63. EV + COGG		
	64. EV + COGG		
	65. EV + COGG		
	66. EV + COGG		
	67. EV + COGG		
	68. EV + COGG		
	69. EV + COGG		
	70. EV + COGG		
	71. EV + COGG		
	72. EV + COGG		
	73. EV + COGG		
	74. EV + COGG		
	75. EV + COGG		
	76. EV + COGG		
	77. EV + COGG		
	78. EV + COGG		
	79. EV + COGG		
	80. EV + COGG		
	81. EV + COGG		
	82. EV + COGG		
	83. EV + COGG		
	84. EV + COGG		
	85. EV + COGG		
	86. EV + COGG		
	87. EV + COGG		
	88. EV + COGG		
	89. EV + COGG		
	90. EV + COGG		
	91. EV + COGG		
	92. EV + COGG		
	93. EV + COGG		
	94. EV + COGG		
	95. EV + COGG		
	96. EV + COGG		
	97. EV + COGG		
	98. EV + COGG		
	99. EV + COGG		
	100. EV + COGG		

RECEBIDO

24 MAR 2008

Dr. Julio Cesar Castro
Médico de Plantão
CRM: 9965 / ORL. n. 8320Dr. Julio Cesar Castro
Médico de Plantão
CRM: 9965 / ORL. n. 8320

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Diagnostico

10/10/1961

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

cento	10	OK
-------	----	----

Luciano Pizarotti

Complicity

Leila

Argumento

Country	Percentage (%)
Japan	19
Germany	17
Italy	16
Australia	15
Canada	14
Sweden	13
Switzerland	12
United States	11

Prescrição Médica

Evolução Médica

1 - Dietary

2-5 R1500 R1V1271275

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

4-Acetopropeno-100mg-1%+5.0,9%100ml

I.V. 12 / 12 h, (correr em 20 min.)

S - Omeprazol 40 mg I.V. pela manhã (1x/dia).

5151367, '77-6

→ Cleavage of DNA at 1X 77K

Feb 7
a. far as exposure
7.00
10/15 Govt
EXACT OK
ADDED
COST
C

4400. [145]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20/12/11	14:00				120/70		Let. segue no auto oxigênio de aprox. 2L por min. eufórico de coloração pele no topo.	
20/12/11	21:00				120/70		Let. segue 15/ minutos notado alívio dos sintomas relatados no início do atendimento.	

[illegible]

QRTOP1
REV 1.0 2.2QRTOP1
REV 1.0 2.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALABAMA ORTHOPEDICA

~~PICARDO MARCIO FERNANDES 24~~

PAGE 01

~~FX DIAFISE FENVOR E~~

~~LEWIS-2~~

Paciente:

Aljo Maranan

Leito

Convênio

Б/К

3601-1321

Prescrição Médica

Haring

Evolutionary Medicine

2272

[illegible]

3 650 000 15 000 000 51 61 344

3-650-089-1500-11 EU 0674W

[illegible]

3 650 000 15 000 000 51 61 344

APC 7813 1100051 220 0 59 6

3 65 0 08 15 00 0 0 31 0 0 34 0

[illegible]

2025-03-15 09:00

12

2000-01-01

BEG esteve
seu interessado

60: vom

10

[illegible][illegible]

Q

Q

Q

Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

PRÉ OP

FX DIAPHRAGMÁTICA

RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

LEITO 9.2

Convênio

Leito

Alojamento

Date	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/11	1 DIFENHIDRAMINA 10mg EV 6/6H	5ND	Ev. BHH
	2 SF 100% ISOPIRIL EV 6/6H	14:00-18:00	ORTOPEDIA
	3 DIFENHIDRAMINA 10mg + ABD EV 6/6H	18:00-22:00	BEB, CARIÓTIPO, SI DISSEMINAÇÃO
	4 TILATIL 200mg + AD EV 12/12H (7/NE.S.)	5N	Diagnóstico (1) SUSCITAÇÕES (1)
	5 TILATIL 200mg 1 CP VO 6/6H SE DOR	5N	
	6 PARACETOL 1000mg + 1000mg SE DOR EV 6/6H SEM	5N	
	7 PARACETOL 1000mg + 1000mg SE DOR EV 6/6H SEM	5N	
	8 DIFENHIDRAMINA 10mg + ABD EV 6/6H	5N	
	9 CLEXANE 400mg SC 1x DIA	5N	
	10 SSNU + CCBG	5N	

Dr. João Paulo Oliveira Jones
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CRM-PB 8551Dr. João Paulo Oliveira Jones
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CRM-PB 8551CD: VPM
Aguardando cirurgia

M H N

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/12	14:00	-	-	-	120 80		Paciente acordado, consciente, bem-estar, não apresenta queixas.	
24/12	22:00	-	-	-	115 80		Paciente acordado, consciente, bem-estar, não apresenta queixas.	



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

Receituário Simples

Ricardo M. Fernandes

fo. f. m. t. s. com 30 dias de
mobilidade @
marcha claudicante

Atm da ortopedia

11/4/18
Dr. Ricardo M. Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.100 - ROR

Data

Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Leudo

Ricardo M. Fernandes
Leudo
unipol - op. posterior
1/3 distal fêmur @
na 4ª costela. Regra em
proporção ao volume
total C17-572

RECIBO DE

11/4/18

Data

Dr. Edson de S. Braga
Ortopedia - Traumatologia
CRM 10.100 - ROR

Médico

[illegible]

Diagnóstico

[illegible]

पुनः प्रारम्भ

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPÉDICA

~~RICARDO MARIO FERNANDES, 34~~

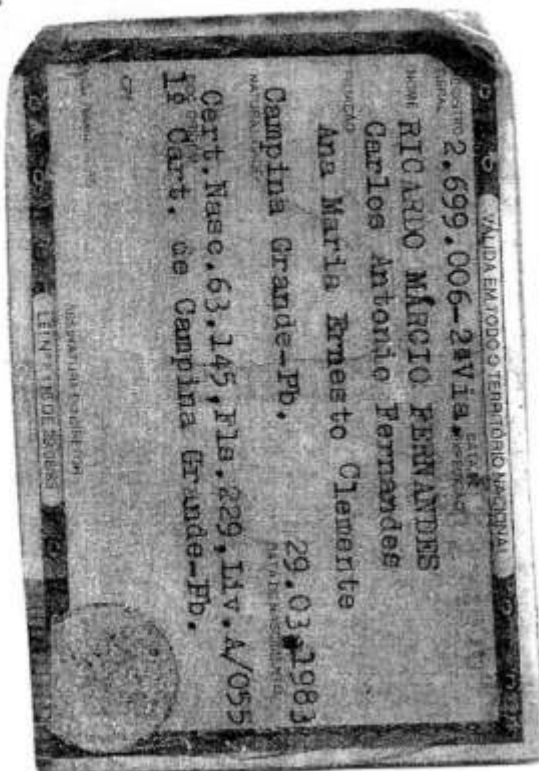
FX DIAPHRASE FEMUR E	
100092	
Convenio	

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
RICARDO MARETO E SILVA NETO, 34			
LEUO 52			
Convênio			

[illegible]

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29 12 17	10:00				100 60		Paciente estável conscientemente reali- zada curativo no de gem as cuidados da enfermagem. Jaz bem.	
29/12	20h				120x80		Pito sem B.E.G. Pulso de normo constantes em um pulso irregular, sem intermitências em I.P.S. e Jaz bem;	



[illegible]

USO DEBILITADO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n° 8.966/84)

TEM SE PUNHA EM TIPO O CENSO DO NACIONAL

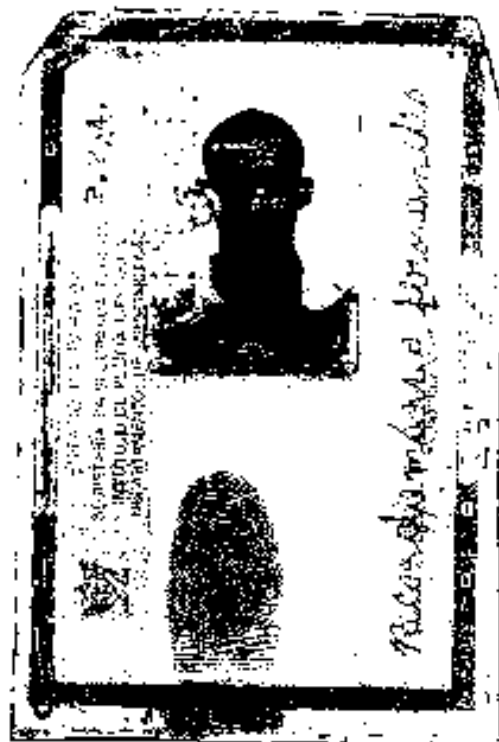
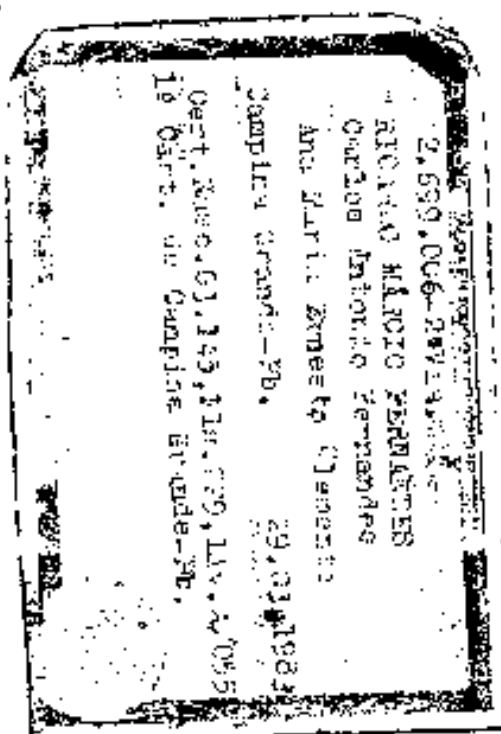
11013756

MAYOR DON ALMO SALS

SUBSTANCIA UNIFORME

CMS

RESISTENTE



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
040.237.354-50

Nome
RICARDO MARCIO FERNANDES

Nascimento
29/03/1983



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180130905 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO MARCIO FERNANDES **Data do acidente:** 15/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de fêmur esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Ricardo Márcio Fernandes
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Gerente
IDENTIDADE:	2.699.006
ENDEREÇO:	Rua 8 de Dezembro n. 82 - Catalão

OUTORGADO

NOME:	Wagner Luiz Ribeiro Sales
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Advogado
IDENTIDADE:	326958-9
ENDEREÇO:	Rua Tiradentes, 259 Centro, Campinas 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.

Campina Grande, 02 de Fevereiro de 2018

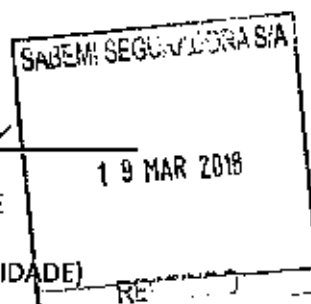
LOCAL E DATA



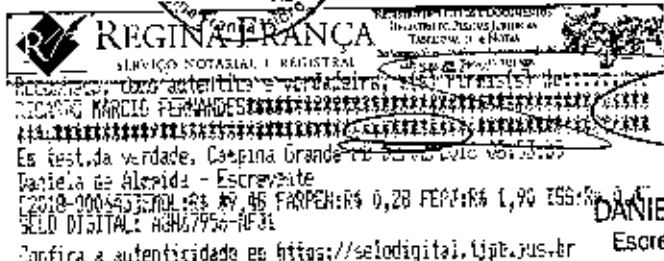
5º Ofício

Ricardo Márcio Fernandes

ASSINATURA DO OUTORGANTE



(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIELA DE ALMEIDA
Escrevente Autorizada

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Ricardo Márcio Fernandes
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Serente
IDENTIDADE:	2.699.006
ENDEREÇO:	Rua R de Dezembro 187 - Catalão

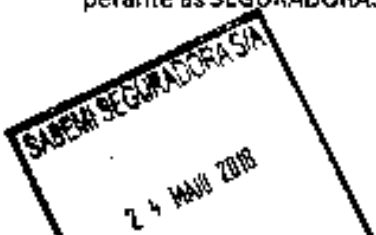
OUTORGADO

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

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio o constituio 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.

Campina, 02 de fevereiro de 2018

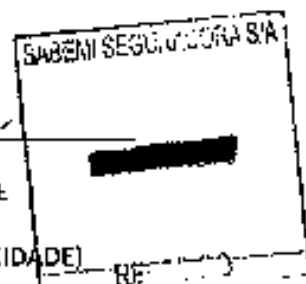
LOCAL E DATA



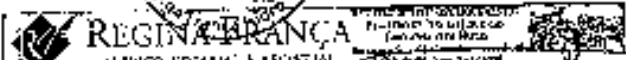
5º Ofício

Ricardo Márcio Fernandes

ASSINATURA DO OUTORGANTE



(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



REGINA BRANCA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTAR
RECONHECER, TODOS PODERES E FIRMAS
AUTENTICIDADE
Ex testado verdade. Campina Grande PB, 02 de fevereiro de 2018.
Daniela de Almeida - Escrevente
CPF: 028.028.433-90 INSC. EST. 37.92 FORTALEÇA 1,50 TSS 1,45
SOLU DIGITAL: 4046790-10-1
Confira a autenticidade em <https://selufigital.tjpb.jus.br>

DANIELA DE ALMEIDA
Escrevente Autorizada

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☐] Sim [☒] Não

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

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

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

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

(☒) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 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 às 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

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:

