

---

**Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190540576**

**Vítima: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA**

**Data do Acidente: 23/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA**

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

**Senhor(a), WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190540576**

**Vítima: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA**

**Data do Acidente: 23/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 24/04/2019, emitido pelo Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES CRM nº 8252 - PB, da Instituição HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

15 - E-mail:

5 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, considerando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de perícias permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signi-  
Geni Seguradora S/A - Verificação: Av. Dom Pedro I, 776 St. João Pessoa/PB

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (variante)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima

teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 10056.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10056.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 02 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Welton Junior Andrade de Lima**, CPF nº 014.568.164-54, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Tereza de Andrade Lima e Luiz Targino de Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/11/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Praia Bela, Nº 33, complemento CASA 104, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Girador Que Vai Para a Praia do Sol., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99605-0472.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Perimetral Sul, Fim da Perimetral Sul Próximo a Br 101., João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/04/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 23/04/2019 por volta das 06:30 horas quando transitava, pelo Perimetral Sul, Gramame, João Pessoa-PB, com o veículo tipo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ano e modelo: 2014/2015, de cor branca de placa: QFD8958/PB CHASSI: 9C6DG2510F0018137 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando um veículo GM/CLASSIC PRATA de placa PFA8200/RECIFE-PE que estava logo a frente do declarante freou abruptamente sem sinalizar, e que além disso estava chovendo e a pista estava escorregadia, que o declarante freou porém não conseguiu evitar que a moto do declarante colidisse na traseira do referido veículo, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo sendo socorrido por terceiros sendo conduzido ao HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES onde foi diagnosticado, **LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS NA MÃO, REPARAÇÃO CIRURGICA NA MÃO DIREITA, RECONSTRUÇÃO DO MEC. EXTENSOR TERMINAL DO 4º QDD E REPARO CAPSULOLIGAMENTAR DORSAL DA AIFD, conforme DESCRIÇÃO CIRURGICA do médico TIBÉRIO VANOMARK CHAVES CRM 8252.**

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 02 de setembro de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

  
WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

Gente Seguradora S/A.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

Procedimento Policial: 10056.01.2019.1.00.401

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

15 - E-mail:

5 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, considerando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de perícias permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signi-  
Geni Seguradora S/A - Verificação: Av. Dom Pedro I, 776 St. João Pessoa/PB

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (variascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 08.123.004/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTENDIBRO  
MATRÍCULA

69808678

REFERÊNCIA

JUL/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

EWERTON PIERRE MIRANDA LEMOS  
RLA PRAIA BELA, 33 - CASA 104 - MUCUMAGRO JOAO  
PESSOA PB 58066-152

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.093.110.0175.104	104	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	POTENCIAL	
Y10SS06935	07/10/2010	INTLACR	LIGADO			

ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	POTENCIAL	PROXIMA LEITURA
730		736	7	29		01/08/2019
HIST. CONS./ANOR.		LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017	HIST.
JUN/2019		9		PARAMETROS	EXIG.	AVALIS. CONFORMES
MAI/2019		8		TURBIDEZ	268	293
ABR/2019		14		CLORO	268	293
MAR/2019		5	60	COL. TERMOT	0	0
FEV/2019		7	60	COR	73	83
JAN/2019		9		COL. TOTAIS	268	293
MEDIA(H)		6				
DADOS REFERENTES A: MAI/2019						

DADOS REFERENTES A: MAI/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 02/07/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:55:28

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO	7 M3	37,91
FATURAS EM ATRASO		
REF 201905	37,91	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

16/07/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

RATEIO: 1

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/05/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO NÃO HA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 776 SL 106-João Pessoa/PB

LUCIA DE FATIMA GOMES MENDONÇA  
RUA JOAO TEIXEIRA DE CARVALHO 343 - PEDRO GONDIM  
JOAO PESSOA / PB CEP 58037220 (AG. 1)

LIGADO MONOFÁSICO  
C/Rel: RES. Nº 51 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Relatório 3-5-115-2422 Referência Set / 2019  
Medidor 80000842923 Emissão: 06/09/2019

ENERGISA PARÁRITO DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R-200, Km 28 - Distrito Rural - João Pessoa / PB CEP 58071-600  
CNPJ 06.954.000/01-41 Ins. Est. 10.116.102-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 0001153129  
Cód. para Obs. Automática: 00001153129

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAEP  
Set / 2019 06/09/2019 08/10/2019 154.213.094-87

UC (Unidade Consumidora): 5/115313-9

Canal de contato  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 07/08/19	Data 06/09/19			
Leitura 5096	Leitura 5096		270	30
Demonstrativo				
Descrição				
Consumo em kWh				
0601 Consumo em kWh				
0801 Adic. B. Vermeia				
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA				

Di. Diego da  
Paz  
10/9

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL  
Taxes e Tributos 0.562980 282,25 241,39 85,17 241,39 2,39 11,02

Média últimos meses (kWh) 221  
VENCIMENTO 13/09/2019  
TOTAL A PAGAR R\$ 252,25

Histórico de Consumo (kWh)											
0	27	158	236	114	272	338	288	324	288	233	238
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVADO AO FISCO  
2dcd.63a1.8145.f606.2ad0.06d0.71b9.e8d2

Indicadores de Qualidade 7/2018 - Tensão			Discriminação de Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	4.00	NOMINAL 220	Serviço de Distribuição de Energia	59,41	23,55
DI TRIMESTRAL	9.00		Contorno de Energia	85,41	33,85
DI ANUAL	18.00		Serviço de Transmissão	9,44	3,74
DI SEMESTRAL	27.00		Encargos Sociais	9,44	3,74
DI TRIMESTRAL	1.00	CONTRATADA	Impostos e Contribuições	9,44	3,74
DI ANUAL	2.00		Outros Serviços	9,44	3,74
DI SEMESTRAL	3.00	Limite Inferior 220			
DI TRIMESTRAL	4.00	Limite Superior 220			
DI ANUAL	5.00				
DI SEMESTRAL	6.00				
DI TRIMESTRAL	7.00				
DI ANUAL	8.00				
DI SEMESTRAL	9.00				
DI TRIMESTRAL	10.00				
DI ANUAL	11.00				
DI SEMESTRAL	12.00				
DI TRIMESTRAL	13.00				
DI ANUAL	14.00				
DI SEMESTRAL	15.00				
DI TRIMESTRAL	16.00				
DI ANUAL	17.00				
DI SEMESTRAL	18.00				
DI TRIMESTRAL	19.00				
DI ANUAL	20.00				
DI SEMESTRAL	21.00				
DI TRIMESTRAL	22.00				
DI ANUAL	23.00				
DI SEMESTRAL	24.00				
DI TRIMESTRAL	25.00				
DI ANUAL	26.00				
DI SEMESTRAL	27.00				
DI TRIMESTRAL	28.00				
DI ANUAL	29.00				
DI SEMESTRAL	30.00				
DI TRIMESTRAL	31.00				
DI ANUAL	32.00				
DI SEMESTRAL	33.00				
DI TRIMESTRAL	34.00				
DI ANUAL	35.00				
DI SEMESTRAL	36.00				
DI TRIMESTRAL	37.00				
DI ANUAL	38.00				
DI SEMESTRAL	39.00				
DI TRIMESTRAL	40.00				
DI ANUAL	41.00				
DI SEMESTRAL	42.00				
DI TRIMESTRAL	43.00				
DI ANUAL	44.00				
DI SEMESTRAL	45.00				
DI TRIMESTRAL	46.00				
DI ANUAL	47.00				
DI SEMESTRAL	48.00				
DI TRIMESTRAL	49.00				
DI ANUAL	50.00				
DI SEMESTRAL	51.00				
DI TRIMESTRAL	52.00				
DI ANUAL	53.00				
DI SEMESTRAL	54.00				
DI TRIMESTRAL	55.00				
DI ANUAL	56.00				
DI SEMESTRAL	57.00				
DI TRIMESTRAL	58.00				
DI ANUAL	59.00				
DI SEMESTRAL	60.00				
DI TRIMESTRAL	61.00				
DI ANUAL	62.00				
DI SEMESTRAL	63.00				
DI TRIMESTRAL	64.00				
DI ANUAL	65.00				
DI SEMESTRAL	66.00				
DI TRIMESTRAL	67.00				
DI ANUAL	68.00				
DI SEMESTRAL	69.00				
DI TRIMESTRAL	70.00				
DI ANUAL	71.00				
DI SEMESTRAL	72.00				
DI TRIMESTRAL	73.00				
DI ANUAL	74.00				
DI SEMESTRAL	75.00				
DI TRIMESTRAL	76.00				
DI ANUAL	77.00				
DI SEMESTRAL	78.00				
DI TRIMESTRAL	79.00				
DI ANUAL	80.00				
DI SEMESTRAL	81.00				
DI TRIMESTRAL	82.00				
DI ANUAL	83.00				
DI SEMESTRAL	84.00				
DI TRIMESTRAL	85.00				
DI ANUAL	86.00				
DI SEMESTRAL	87.00				
DI TRIMESTRAL	88.00				
DI ANUAL	89.00				
DI SEMESTRAL	90.00				
DI TRIMESTRAL	91.00				
DI ANUAL	92.00				
DI SEMESTRAL	93.00				
DI TRIMESTRAL	94.00				
DI ANUAL	95.00				
DI SEMESTRAL	96.00				
DI TRIMESTRAL	97.00				
DI ANUAL	98.00				
DI SEMESTRAL	99.00				
DI TRIMESTRAL	100.00				

ATENÇÃO  
Resgate Tarifário - Vigência 28/08/19 - Res. ANEEL nº 2.586 - Ats. Tensão - 4.40% Média  
Resgate Tarifário - Vigência 28/08/19 - Res. ANEEL nº 2.586 - Base Tensão - 4.23% Média  
- Letura confirmada

Faturas em atraso

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
19 SET 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 778 St. 106-João Pessoa/PB

BANCO DO BRASIL  
00190.00009 03150 244006 00408.043172 4 80110000025225  
PAGADOR LUCIA DE FATIMA GOMES MENDONÇA - CPF/CNPJ 154.213.094-87  
RUA JOAO TEIXEIRA DE CARVALHO 343 - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA / PB CEP 58037220  
Beneficiário: ENERGISA PARÁRITO - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Emissão: 06/09/2019  
Valor Documento: R\$ 252,25  
Valor Pago: R\$ 0,00

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Libin Diego Pereira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.714.324, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Welton Junior Andrade de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.568.164, 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Welton Junior Andrade de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, 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 João Teixeira de Carvalho</u>		
Bairro	<u>Meu Magro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>	Número	<u>349</u>
		Complemento	<u>Casa 104</u>
		CEP	<u>58031-220</u>
	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)	
	<u>83 3512-6017</u>	<u>83 98600-8077</u>	

João Pessoa de Setembro de 2019

Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019



# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:50

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
ATENDIMENTO: 00124299  
LOCAL:  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES  
CONVÊNIO: AMIL

IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias  
DATA: 23/04/2019 10:57  
SEXO: Masculino  
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO  
CRM: 8252

## Evolução Enfermagem

#HD: 1DPO DE LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS EXTENSOS NO 3º, 4º E 5º QDD + RECONSTRUÇÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO 4º QDD + COBERTURA DE FALHA DE PARTES MOLES DO 4º QDE COM RETALHAO FASCIOCUTÂNEO LOCAL.

#NEGA DM, HAS E ALERGIAS

PACIENTE EVOLUINDO COM EGR, AO EXAME GERAL EVOLUI BEM, CONSCIENTE E ORIENTADO, ACORDADO, CALMO, CONTACTUANTE, EUPNEICO, EM O2 AMBIENTE, MANTENDO BOA SATURAÇÃO E PADRAO RESPIRATÓRIO EFICAZ, TÓRAX SIMÉTRICO E EXPANSIVO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, NORMOCORADO, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO, AVP EM MSE PERVIO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS E EM USO DE HIDRATAÇÃO VENOSA EM CURSO, FO EM MSE COM CURATIVO LIMPO EM USO DE TIPOIA, ELIMINAÇÕES ESPONTÂNEAS, DEAMBULA. SEGUE EM OBSERVAÇÃO, AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

ORIENTADO QUANTO AO GERENCIAMENTO DE RISCO

#PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR, ORIENTO AOS CUIDADOS PÓS ALTA, PACIENTE SAIU DE ALTA.



  
Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA  
COREN : 400108

Diagnóstico  
Descrição: S697 - TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS DO PUNHO E DA MÃO

Fugulin

Último Mews: 24/04/2019 06:35

Resultado: 2

Interpretação: PERÍODO MÁXIMO DE AVALIAÇÃO DO MEWS DE 4 A 6 HORAS ( SE NECESSÁRIO MENORES PERÍODOS)  
DECISÕES E AVALIAÇÕES NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM;  
ENFERMEIRA HABILITADA A DECIDIR SE INCREMENTA FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO E/OU SOLICITA AJUDA MÉDICA

Estado da Pele

Esperado: Hidratada; Afebril; Acianótico; Anictérico;

Sono e Repouso

Observação: Preservados

Higiene

Observação: Satisfatório

Sistema Cárdio Vascular

Sem histórico de HAS; Pulsos Normais Simétricos;

Sistema Gênito Urinário

espontânea

Gerenciamento de Curativos

Cirúrgica; Instalação: 24/04/2019; Troca: 25/04/2019;

Cuidados Paliativos

Paciente: Caminha sozinho; Lê sozinho; Toma banho sozinho; Come sozinho; Não tem problema com a visão; Não tem problema de audição; Não tem depressão; Não tem ansiedade; Não tem sentimento de desesperança; Não tem dissensão familiar; Relacionamento da equipe assistencial com paciente e familiares é confortável; Família não questiona cuidado médico; Sem dificuldade de enfermagem com equipe médica; Sem queixas com administração de medicamentos; Paciente não incomodado com visitas; Paciente acompanhado com família/cuidador;

TISS

Resultado: -

Nível Consciência

Orientado; Alerta;

Sistema Respiratório

Respiração Simétrica; Respiração Confortável; Fala Fluente; Sem Tosse;;

Uso de Oxigênio

Ambiente;

Sistema Gastrointestinal

Dieta Oral; Abdome Flácido; Apetite Preservado;


Precaução

Precaução Padrão; Acesso Venoso Periférico-MSD; Data: 23/04/2019;

Pendências Clínicas

Sem Pendências



  
Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

COREN : 400108

**Avaliação**

Prontuário: 21350

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos

Prestador(a) Assistente/Conselho: TIBERIO VANOMARK CHAVES

8252

Função: MEDICO(A)

Atendimento: 124299

23/04/2019 10:57

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

Prestador responsável pelo documento: MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

| COREN - PB - 400108

Função: ENFERMEIRO(A)

**Indicador: FUGULIN (FECHADO)****24/04/2019 08:32**

ESTADO MENTAL	1 - Orientado
OXIGENAÇÃO	1 - Não depende de O2
SINAIS VITAIS	1 - Controle em rotina < 8 horas
MOTILIDADE	1 - Movimenta todos os movimentos corporais
DEAMBULAÇÃO	1 - Auto-suficiente
CUIDADO CORPORAL	1 - Auto-suficiente
ELIMINAÇÃO	1 - Auto-suficiente
TERAPÊUTICA	2 - EV intermitente
RESULTADO	9.0
INTERPRETAÇÃO	CUIDADOS MÍNIMO

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

COREN - PB - 400108

Tássia S. C. Castro

Enfermeira

COREN PB 264352





# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:50

PACIENTE: 0000021350

WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

ATENDIMENTO: 00124299

LOCAL:

MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES

CONVÊNIO: AMIL

IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias

DATA: 23/04/2019 10:57

SEXO: Masculino

ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPL0

CRM: 8252

## Gerenciamento de Risco

### ☒ Queda

- ☒ Manter grades da cama elevada;
- ☐ Manter medidas farmacológicas p/controle de agitação;
- ☐ Manter repouso conforme prescrição médica;
- ☒ Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda;
- ☐ Realizar escala de MORSE diariamente;
- ☐ Suporte ao paciente sem que necessário saída do leito;
- ☐ Travar rodas da cama antes de retirar paciente do leito.

### ☒ Flebite

- ☒ Diluir medicações conforme prescrição médica;
- ☐ Manter fixação do cateter venoso limpa, seca e bem aderida;
- ☐ Programar tempo de infusão conforme prescrição médica;
- ☐ Realizar antisepsia do conector com álcool 70%;
- ☒ Remover AVP se presença de rubor, dor, eritema ou edema;
- ☒ Trocar AVP a cada 96h;
- ☐ Trocar equipos e dispositivos de acordo c/padrão CCIH;
- ☐ Util. acesso excl em contraste, NPT e Hemocomponente

### ☐ Broncoaspiração

- ☐ Confirmar tempo de jejum;
- ☐ Interromper dieta 6 horas antes da extubação;
- ☐ Interromper dieta se tosse, dispnéia, apneia, queda SAT
- ☐ Manter cabeceira e posicionamento em 30° e 45°;
- ☐ Não administrar dieta VO se rebaixamento de nível de consciência;
- ☐ Realizar higiene oral com enxaguante bucal;
- ☐ Retirar prótese dentária antes da realização de procedimento

### ☐ TEV

- ☐ Avaliação diária da dependência funcional do paciente;
- ☐ Mobilização precoce;
- ☐ Profilaxia farmacológica ou mecânica.

### ☒ Lesão por Pressão

- ☐ Evitar fricção ao enxugar a pele, na mudança de decúbito e transferência do paciente;
- ☒ Inspeccionar a pele;
- ☐ Manter cabeceira elevada 30° se não houver contra indicação
- ☐ Aplicar protocolo de mudança de decúbito a cada 2 horas.

- ☐ Utilizar coxins para manter as proeminências ósseas sem contato com outras superfícies;
- ☒ Hidratar pele;
- ☐ Trocar a fralda a cada eliminação fisiológica;
- ☐ Realizar planejamento nutricional perante risco associado do paciente.

### Risco de acordo com escore de Braden

☒ Brando => Sem ação

☐ Moderado => Utilizar colchão caixa de ovo

☐ Severo => Utilizar colchão pneumático

### ☐ Hipotermia

- ☐ Fazer uso de cobertores na admissão do paciente ao centro cirúrgico;
- ☐ Utilizar mantas e aquecedores térmicos;
- ☐ Manter a temperatura ambiente entre 18 e 22 °.

### ☐ Náuseas e vômitos

- ☐ Manter a cabeceira do leito elevada entre 30 e 40° quando permitido;
- ☐ Manter permeabilidade das vias aéreas e sondas;
- ☐ Tranquilizar o paciente que retorna a consciência;
- ☐ Monitorar sinais vitais.

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

COREN

: 400108

**hnsn**

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES LTDA

MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente

Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1

Emitido por: JOAO.SOUZA

Em: 30/04/2019 09:50

1ª VIA

Prescrição.: 900511 Data: 24/04/2019 08:31

Usuário.: MONALIZA.FERREIRA

Atendimento: 124299 Dt Nasc: 05/11/1989 (29a 5m 24d)

Convênio.: AMIL

Paciente.: 21350 - WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 23/04/2019 10:57 1 Dias(s) int

Médico.: TIBERIO VANOMARK CHAVES - CRM - PB 8252

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA ORTOPEDICA

Unid. Int.: INTERNACAO 3º POSTO 01 Leito.: LEITO 306 B Cobertura: APARTAMENTO DUPLO

Cid.: S697 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS DO PUNHO E DA MÃO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA - COREN - PB - 400108

FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Rubrica do Responsável



## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

GERENCIAMENTO DE RISCO		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	RISCO DE LESAO POR PRESSAO						[24/04] 08:31
	Obs.: Inspeccionar diariamente a pele Hidratar pele						
2	RISCO DE FLEBITE						[24/04] 08:31
	Obs.: Diluir medicacoes conforme prescricao medica Remover AVP se presenca de rubor, dor, eritema ou edema Trocar AVP a cada 96h						
3	RISCO DE QUEDA						[24/04] 08:31
	Obs.: Manter grades da cama elevada Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda						
GATILHO DE INTEGRACAO		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4	MEWS 1 A 4 PONTOS	1				6HS/6HS	[24/04] 08:31 14:31 20:31 [25/04] 02:31 08:31 14:31
	Justificativa: sem alteração						
	Obs.: PERÍODO MÁXIMO DE AVALIAÇÃO DO MEWS DE 4 A 6 HORAS ( SE NECESSARIO MENORES PERÍODOS) DECISÕES E AVALIAÇÕES NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM: ENFERMEIRA HABILITADA A DECIDIR SE INCREMENTA FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO E/OU SOLICITA AJUDA MÉDICA -> AFERIR SINAIS VITAIS						

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA  
COREN - PB - 400108



## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias  
ATENDIMENTO: 00124299 DATA: 23/04/2019 10:57  
LOCAL: SEXO: Masculino  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CRM: 8252 ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CONVÊNIO: AMIL PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

### Evolução

sem alteração

### Avaliação MEWS

	Anterior 23/04/2019 21:06	Atual 24/04/2019 06:35
Resultado	1	2

### Interpretação de MEWS atual:

PERÍODO MÁXIMO DE AVALIAÇÃO DO MEWS DE 4 A 6 HORAS ( SE NECESSÁRIO MENORES PERÍODOS )  
DECISÕES E AVALIAÇÕES NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM ;  
ENFERMEIRA HABILITADA A DECIDIR SE INCREMENTA FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO E/OU SOLICITA AJUDA MÉDICA

☐ Cuidados Paliativos


#### Interpretação de MEWS atual


##### CONDUTA:

- ☒ Monitorização conforme MEWS:  
MEWS 1 A 4 DE 6H X 6H
- ☐ Seguir rotina fora do MEWS por:  
Motivo:
  - ☐ Sem pontuação
  - ☐ Paciente de Alta

#### Interpretação de SEPSE

- ☐ Rebaixamento Nível Consciência
  - ☐ Frequência Respiratória maior 22 rpm
  - ☐ PAS Menor 100 mmhg
- Interpretação Alerta SEPSE
- ☐ Alerta Protocolo Sepsis

  
**Tássia S. C. Castro**  
Enfermeira  
COREN PB 264352

  
MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA  
COREN : 400108

**Avaliação**

Prontuário: 21350

Idade: 29 Anos

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

8252

Prestador(a) Assistente/Conselho: TIBERIO VANOMARK CHAVES

Função: MEDICO(A)

23/04/2019 10:57

Atendimento: 124299

Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

Convênio: AMIL

Prestador responsável pelo documento: ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO  
MACHADO

| COREN - PB - 169976

Função: ENFERMEIRO(A)

24/04/2019 01:02

**Indicador: MORSE (FECHADO)**

HISTORIA DE QUEDA NOS ULTIMOS 3 MESES	0 - Nao
DIGNOSTICO SECUNDARIO	0 - Nao
AJUDA PARA CAMINHAR	0 - Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas
TERAPIA INTRAVENOSA	20 - Sim
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA	0 - Normal/acamado/imóvel
ESTADO MENTAL	0 - Consciente das suas capacidades
RESULTADO	20.0
INTERPRETAÇÃO	RISCO BAIXO

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO  
COREN - PB - 169976

Atendimento: 124299      Data anotação: 24/04/2019      Hora anotação: 07:00  
Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA      Idade: 29 Anos 5 Meses  
Data de Nascimento: 05/11/1989  
Responsável: TIBERIO VANOMARK CHAVES  
Setor: INTERNACAO 3º PAVIMENTO

### ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

#### Anotação

7HS=> RECEBO PLANTÃO COM PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR AGUARDANDO EM APARTAMENTO.

9H10=> PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR, ACOMPANHADO DO MAQUEIRO + TEC. DE ENFERMAGEM E FAMILIAR.

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 24/04/2019 06:59:00

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SREG) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 043.

TTIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA, 04799910493, AC ONLINE RFB, 04799910493.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª via - FARMÁCIA	2ª VIA - PACIENTE
Hospital Nossa Senhora das Neves CNPJ: 01.817.749/0001-99 Rua Etelvina Macedo de Mendonça, 298 - Torre CEP: 58040-530 João Pessoa - PB Telefone: 83 - 3565.9000		TIBERIO VANOMARK CHAVES - CRM - PB: N°.8252 _____ Assinatura e Carimbo	
<b>PACIENTE</b> WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  <b>ENDEREÇO</b> RUA DO URUCUM - Nº: 102 - AP 302 - PARATIBE - JOAO PESSOA - PB  <b>PRESCRIÇÃO</b> USO ORAL  1. CEFADROXILA 500MG ----- 14 CP TOMAR 01 CP VO 12/12H POR 07 DIAS			
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome: _____ _____ Ident.: _____ Org. Emissor: _____ End.: _____ _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: (    ) _____		_____ Assinatura do Farmacêutico  João Pessoa, 24 de Abril de 2019	

**RECEITUÁRIO SIMPLES**

**DADOS DO EMITENTE**

**HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES**

MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES - CRM - PB: Nº.8252

**DADOS DO PACIENTE**

NOME: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

IDADE: 29 Anos 5 Meses 19 Dias      SEXO: Masculino

**MEDICAÇÕES/ORIENTAÇÕES:**

**ORIENTAÇÕES MÉDICAS**

1. MANTER IMOBILIZAÇÃO
2. EVITAR DEIXAR O MEMBRO OPERADO PARA BAIXO
3. MOVIMENTAR OS DEDOS
4. EVITAR COMER FRUTOS DO MAR E CARNE DE PORCO
5. TOMAR AS MEDICAÇÕES CONFORME RECEITAS
6. QUALQUER INTERCORRÊNCIAS ENTRAR EM CONTATO COM O MÉDICO (83)99890-3109
7. RETORNO NA TERÇA-FEIRA (30/04/19) AS 08:30h  
PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DA BEIRA RIO  
AV. MINISTRO JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA, 204, TORRE  
3221-3045

João Pessoa, 24 de Abril de 2019

Assinatura e Carimbo



## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	IDADE: 29 Anos 5 Meses 24 Dias
ATENDIMENTO: 00124299		DATA: 23/04/2019 10:57
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES	CRM: 8252	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÊNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

### ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA f), ATESTAMOS QUE O SR. (A):

WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

CARTEIRA DE IDENTIDADE DE NÚMERO 3084688

ORGÃO EMISSOR SSP-PB

CPF NÚMERO 01456816454

FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA

TRATAMENTO MÉDICO, CLASSIFICADO COM O CID Nº S697 /S667

E, DE ACORDO COM O QUADRO CLÍNICO, DE-

VERÁ FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS DURANTE 60

DIAS, A PARTIR DE 23/04/2019

EU WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Autorizo o Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES

a registrar o diagnostico codificado CID ou por extenso neste atestado Médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável

João Pessoa, 24 de Abril de 2019

TIBERIO VANOMARK CHAVES - CRM - PB: Nº. 8252

Atendimento: 124299

Data de 24/04/2019

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Data de Nascimento: 05/11/1989 Idade: 29

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

Prestador(a) Assistente: TIBERIO VANOMARK CHAVES / CRM - PB - 8252


Função: MEDICO(A)

Prestador responsável pelo documento: VANESSA MARIA DE OLIVEIRA LIMA / COREN - PB - 00500800

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

**AFERIÇÃO**

Descrição	Valor	Instrumento Utilizado	Responsável	Conselho	Data
FREQUENCIA CARDIACA	65.0 (BPM)	MONITOR CARDÍACO	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
FREQUENCIA RESPIRATORIA	18.0 (RPM)	VISUAL (VISÃO)	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
PRESSAO ARTERIAL SISTOLICA	110.0 (MMHG)	ESFIGMOMANÔMETRO	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
PRESSAO ARTERIAL DIASTOLICA	70.0 (MMHG)	ESFIGMOMANÔMETRO	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
TEMPERATURA	36.0 (GRAU CELSIUS)	TERMÔMETRO	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
DOR	0 (NIVEL)	REGUA DE DOR	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
SATURACAO OXIGENIO NO SANGUE	95.0 (PERCENTAGE M)	OXIMETRO DE PULSO	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35

  
Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

VANESSA MARIA DE OLIVEIRA LIMA  
COREN - PB - 00500800

Paciente: 21350 - WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos 5 Meses 18 Dias

Data de Nascimento: 05/11/1989

Prestador Assistente: TIBERIO VANOMARK CHAVES

Conselho / Número Cons.: CRM - PB - PB - 8252

Função: MEDICO(A)

## EVOLUÇÃO NUTRIÇÃO

Atendimento 124299

Leito: LEITO 306 B

Admissão: 23/04/2019 10:57

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

### EVOLUÇÃO: 899786 (FECHADO)

Responsável: MARCELLE MARIA MINA MAHON - CRN 7649

Data de Referência: 23/04/2019

Data/Hora do Documento: 23/04/2019 17:13

#### Nutritional Risk Screening - NRS 2002

Data: 23/04/19 Leito: 306 B

Peso atual: 80 KG Peso Habitual: 80 KG Altura: 1,71 M IMC: 27,36 KG/M<sup>2</sup>

#### Parte 1. Triagem inicial

1 Paciente apresenta IMC < 20,5? NÃO

2 Houve perda de peso nos últimos 3 meses? NÃO

3 Houve redução na ingestão de alimentos na última semana? NÃO

4 Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou em UTI, ou apresenta alguma lesão de pele? NÃO

\* Se a resposta for SIM para qualquer uma das questões, continue e preencha a part 2

\* Se a resposta for NÃO para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente. Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a part 2

#### Parte 2. Triagem do Risco Nutricional

##### A. COMPROMETIMENTO DO ESTADO NUTRICIONAL

Ausente (Pontuação 0) (X) Estado Nutricional normal

Leve (Pontuação 1) Perda de peso >5% em 3 meses ou; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% das necessidade normal na semana anterior

Moderado (Pontuação 2) Perda de peso >5% em 2 meses ou; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar abaixo de 25-60% das necessidade normal na semana anterior

Grave (Pontuação 3) Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou; IMC < 18,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar abaixo de 0- 25% das necessidade normal na semana anterior

##### B. GRAVIDADE DA DOENÇA (EFEITO DO ESTRESSE METABÓLICO NO AUMENTO DAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS)

Ausente (Pontuação 0) (X) Necessidades nutricionais normais

Leve (Pontuação 1) Fratura de quadril; Pacientes crônicos com condições agudas: cirrose, DPOC, diabetes,

Paciente: 21350 - WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos 5 Meses 18 Dias

Data de Nascimento: 05/11/1989

Prestador Assistente: TIBERIO VANOMARK CHAVES

Conselho / Número Cons.: CRM - PB - PB - 8252

Função: MEDICO(A)

### EVOLUÇÃO NUTRIÇÃO

Atendimento 124299

Leito: LEITO 306 B

Admissão: 23/04/2019 10:57

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

#### EVOLUÇÃO: 899786 (FECHADO)

Responsável: MARCELLE MARIA MINA MAHON - CRN 7649

Data de Referência: 23/04/2019

Data/Hora do Documento: 23/04/2019 17:13

câncer; hemodiálise crônica

Moderado (Pontuação 2) Cirurgia abdominal de grande porte; AVC; Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas)

Grave (Pontuação 3) Trauma craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10)

PONTUAÇÃO A + PONTUAÇÃO B = escore TOTAL = 0

\* Para o escore B escolha apenas a variável de maior gravidade

\* Se o paciente apresentar idade > ou = a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos

RESULTADO: PACIENTE SEM RISCO NUTRICIONAL.

Escore total > ou = a 3: o paciente está em risco nutricional e a terapia nutricional deve ser iniciada

Escore total < 3: no momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente.

Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.



**Avaliação**

Prontuário: 21350

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos

Prestador(a) Assistente/Conselho: TIBERIO VANOMARK CHAVES

8252

Função: MEDICO(A)

Atendimento: 124299

23/04/2019 10:57

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

Prestador responsável pelo documento: AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO

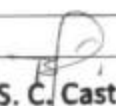
| COREN - PB - 366160

Função: ENFERMEIRO(A)

**Indicador: BRADEN (FECHADO)**

23/04/2019 15:53

PERCEPÇÃO SENSORIAL	3 - Levemente limitado
UMIDADE	4 - Rara
ATIVIDADE	4 - Deambula frequentemente
MOBILIDADE	3 - Discreta limitacao
NUTRICAÇÃO	3 - Adequada
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	3 - Sem problema aparente
RESULTADO	20.0

  
Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

  
AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO

COREN - PB - 366160

## Avaliação

Prontuário: 21350

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos

Prestador(a) Assistente/Conselho: TIBERIO VANOMARK CHAVES

8252

Função: MEDICO(A)

Atendimento: 124299

23/04/2019 10:57

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

Prestador responsável pelo documento: MICHELLE TRIGUEIRO SILVA

| COREN - PB - 0243592

Função: ENFERMEIRO(A)

Indicador: MORSE (FECHADO)

23/04/2019 14:23

HISTORIA DE QUEDA NOS ULTIMOS 3 MESES 0 - Nao

DIGNOSTICO SECUNDARIO 0 - Nao

AJUDA PARA CAMINHAR 0 - Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas

TERAPIA INTRAVENOSA 20 - Sim

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA 0 - Normal/acamado/imóvel

ESTADO MENTAL 0 - Consciente das suas capacidades

RESULTADO 20.0

INTERPRETAÇÃO RISCO BAIXO

**DIAGNÓSTICO**

Atendimento: 124299      Prontuário: 21350      Data do atendimento: 23/04/2019 10:57:00

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA      Idade: 29 anos e 4 meses  
Convênio: AMIL      Plano: NIVEL 100 A 400 -      Data de Nascimento: 05/11/1989

Médico(a) Assistente / CRM: TIBERIO VANOMARK CHAVES / CRM - PB - PB - 8252

Função: MEDICO(A)

**DATA DIAGNÓSTICO:** 23/04/2019**DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO:** S697 - TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS DO PUNHO E DA MÃO (CID - 10)**TEMPO DE DOENÇA:** 5 Hora(s)**DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:**



# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:50

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
ATENDIMENTO: 00124299  
LOCAL:  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES  
CONVÊNIO: AMIL

IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias  
DATA: 23/04/2019 10:57  
SEXO: Masculino  
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPL0

## Gerenciamento de Risco

### ☒ Queda

- ☒ Manter grades da cama elevada;
- ☒ Manter medidas farmacológicas p/controle de agitação;
- ☐ Manter repouso conforme prescrição médica;
- ☒ Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda;
- ☒ Realizar escala de MORSE diariamente;
- ☐ Suporte ao paciente sem que necessário saída do leito;
- ☐ Travar rodas da cama antes de retirar paciente do leito.

### ☒ Flebite

- ☐ Diluir medicações conforme prescrição médica;
- ☐ Manter fixação do cateter venoso limpa, seca e bem aderida;
- ☐ Programar tempo de infusão conforme prescrição médica;
- ☐ Realizar antisepsia do conector com álcool 70%;
- ☒ Remover AVP se presença de rubor, dor, eritema ou edema;
- ☒ Trocar AVP a cada 96h;
- ☒ Trocar equipamentos e dispositivos de acordo c/padrão CCIH;
- ☐ Util. acesso excl em contraste, NPT e Hemocomponente

### ☐ Broncoaspiração

- ☐ Confirmar tempo de jejum;
- ☐ Interromper dieta 6 horas antes da extubação;
- ☐ Interromper dieta se tosse, dispnéia, apneia, queda SAT
- ☐ Manter cabeceira e posicionamento em 30° e 45°;
- ☐ Não administrar dieta VO se rebaixamento de nível de consciência;
- ☐ Realizar higiene oral com enxaguante bucal;
- ☐ Retirar prótese dentária antes da realização de procedimento

### ☒ TEV

- ☒ Avaliação diária da dependência funcional do paciente;
- ☐ Mobilização precoce;
- ☐ Profilaxia farmacológica ou mecânica.

### ☐ Lesão por Pressão

- ☐ Evitar fricção ao enxugar a pele, na mudança de decúbito e transferência do paciente;
- ☐ Inspeccionar a pele;
- ☐ Manter cabeceira elevada 30° se não houver contra indicação
- ☐ Aplicar protocolo de mudança de decúbito a cada 2 horas.

- ☐ Utilizar coxins para manter as proeminências ósseas sem contato com outras superfícies;
- ☐ Hidratar pele;
- ☐ Trocar a fralda a cada eliminação fisiológica;
- ☐ Realizar planejamento nutricional perante risco associado do paciente.

### Risco de acordo com escore de Braden

☐ Brando => Sem ação

☐ Moderado => Utilizar colchão caixa de ovo

☐ Severo => Utilizar colchão pneumático

### ☐ Hipotermia

- ☐ Fazer uso de cobertores na admissão do paciente ao centro cirúrgico;
- ☐ Utilizar mantas e aquecedores térmicos;
- ☐ Manter a temperatura ambiente entre 18 e 22 °.

### ☐ Náuseas e vômitos

- ☐ Manter a cabeceira do leito elevada entre 30 e 40° quando permitido;
- ☐ Manter permeabilidade das vias aéreas e sondas;
- ☐ Tranquilizar o paciente que retorna a consciência;
- ☐ Monitorar sinais vitais.

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO

COREN

: 169976



## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias  
ATENDIMENTO: 00124299 DATA: 23/04/2019 10:57  
LOCAL: SEXO: Masculino  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CRM: 8252 ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CONVÊNIO: AMIL PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

### Evolução

PACIENTE SEGUE COM QUADRO CLINICO MANTIDO

### Avaliação MEWS

	Anterior 23/04/2019 15:50	Atual 23/04/2019 21:06
Resultado	0	1

### Interpretação de MEWS atual:

PERIODO MAXIMO DE AVALIAC?O DO MEWS DE 4 A 6 HORAS ( SE NECESSARIO MENORES PERIODOS)  
DECIS?ES E AVALIAC?ES NO AMBITO DA ENFERMAGEM ;  
ENFERMEIRA HABILITADA A DECIDIR SE INCREMENTA FREQUENCIA DE MONITORIZAC?O E/OU SOLICITA AJUDA MEDICA

☐ Cuidados Paliativos

### Interpretação de MEWS atual

#### CONDUTA:

- ☐ Monitorização conforme MEWS:  
MEWS 1 A 4 DE 4HX4H
- ☐ Seguir rotina fora do MEWS por:  
Motivo:
  - ☐ Sem pontuação
  - ☐ Paciente de Alta

### Interpretação de SEPSE

- ☐ Rebaixamento Nível Consciência
  - ☐ Frequência Respiratória maior 22 rpm
  - ☐ PAS Menor 100 mmhg
- Interpretação Alerta SEPSE
- ☐ Alerta Protocolo Sepsis

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO

COREN : 169976

**Avaliação**

Prontuário: 21350

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos

Prestador(a) Assistente/Conselho: BRUNO GUEDES WANDERLEY

7940

Função: MEDICO(A)

Atendimento: 124207

23/04/2019 7:54

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 -

Prestador responsável pelo documento: JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA

| COREN - PB - 501.536

Função: ENFERMEIRO(A)


Indicador: BRADEN (FECHADO)

23/04/2019 08:56

PERCEPÇÃO SENSORIAL	3 - Levemente limitado
UMIDADE	4 - Rara
ATIVIDADE	4 - Deambula frequentemente
MOBILIDADE	3 - Discreta limitação
NUTRIÇÃO	3 - Adequada
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	3 - Sem problema aparente
RESULTADO	20.0

8/  
JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA

COREN - PB - 501.536

  
Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

Imprimido em 30/04/2019  
às 09:54:13  
pelo usuário JOAO.SOUZA

## Avaliação

Prontuário: 21350

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos

Prestador(a) Assistente/Conselho: BRUNO GUEDES WANDERLEY

7940

Função: MEDICO(A)

23/04/2019 7:54

Atendimento: 124207

Plano: NIVEL 100 A 400 -

Convênio: AMIL

Prestador responsável pelo documento: JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA

| COREN - PB - 501.536

Função: ENFERMEIRO(A)

23/04/2019 08:55

## Indicador: MEWS (FECHADO)

NIVEL DE CONSCIÊNCIA MEWS	0 - ALERTA
FREQUÊNCIA CARDÍACA	68 - 51 a 90 bpm
PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA	136 - 111 A 219
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	18 - 12 A 20 rpm
TEMPERATURA	37 - 36 - 38.1 °C
OXIGENIO ADICIONAL	0 - NÃO
SATURAÇÃO O2	98 - 96%
RESULTADO	0.0
INTERPRETAÇÃO	BAIXO RISCO - MONITORAÇÃO DE ROTINA
INTERVENÇÃO	FREQUÊNCIA MÁXIMA DE MONITORIZAÇÃO DE 12/12H

JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA

COREN - PB - 501.536

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352





# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:50

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
ATENDIMENTO: 00124299  
LOCAL:  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES  
CONVÊNIO: AMIL


IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias  
DATA: 23/04/2019 10:57  
SEXO: Masculino  
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO  
CRM: 8252

## Evolução Enfermagem

#HD: POI DE LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS EXTENSOS NO 3º, 4º E 5º QDD + RECONSTRUÇÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO 4º QDD + COBERTURA DE FALHA DE PARTES MOLES DO 4º QDE COM RETALHAO FASCIOCUTÂNEO LOCAL.

#NEGA DM, HAS E ALERGIAS


PACIENTE EVOLUINDO COM EGR, AO EXAME GERAL EVOLUI BEM, CONSCIENTE E ORIENTADO, ACORDADO, CALMO, CONTACTUANTE, EUPNEICO, EM O2 AMBIENTE, MANTENDO BOA SATURAÇÃO E PADRAO RESPIRATÓRIO EFICAZ, TÓRAX SIMÉTRICO E EXPANSIVO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, NORMOCORADO, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO, AVP EM MSE PERVIO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS E EM USO DE HIDRATAÇÃO VENOSA EM CURSO, FO EM MSE COM CURATIVO LIMPO EM USO DE TIPOIA, ELIMINAÇÕES ESPONTÂNEAS, DEAMBULA. SEGUE EM OBSERVAÇÃO, AOS CUIDADOS DA EQUIPE.  
ORIENTADO QUANTO AO GERENCIAMENTO DE RISCO

  
Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

2/  
ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO

COREN

: 169976

  
**Tássia S. C. Castro**  
**Enfermeira**  
**COREN PB 264352**

81  

---

**AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO**

**COREN**

**:366160**




# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:51

PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias
ATENDIMENTO: 00124299		DATA: 23/04/2019 10:57
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES	CRM: 8252	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÊNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPL0

## ☐ Queimadura por bisturi elétrico

- ☐ Utilizar placa de bisturi conforme recomendação do paciente;
- ☐ Posicionar adequadamente a placa do bisturi à pele do paciente;
- ☐ Cumprir cronograma de manutenção preventiva.

  
Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO

COREN : 366160

Atendimento: 124299

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Data de Nascimento: 05/11/1989

Médico Assistente: TIBERIO VANOMARK CHAVES

Prestador Responsável: ROMULO JOSE DE MELO

Conselho / Número COREN - PB - 654.960

Idade: 29 Anos 5 Meses

Leito Atual: L.306 B

Setor: INTERNACAO 3º PAVIMENTO

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (LIVRE)

Data de Referência: 23/04/2019

Data anotação: 23/04/2019

Hora anotação: 16:40

Responsável: ROMULO JOSE DE MELO

Leito: LEITO 306 B

#### EVOLUÇÃO DIURNA .

# POI DE LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS EXTENSOS NO 3º, 4º E 5º QDD + RECONSTRUÇÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO 4º QDD + COBERTURA DE FALHA DE PARTES MOLES DO 4º QDE COM RETALHAO FASCIOCUTÂNEO LOCAL.


# COMORBIDADES : NEGA .

# ALERGIAS : NEGA .

AS 15 : 30 HS - RECEBI PACIENTE PROCEDENTE DO BLOCO CIRURGICO , CONSCIENTE E ORIENTADO , EUPNEICO , AFEBRIL , CORADO , ANCIANÓTICO , EM O2 AMBIENTE , COM HVP EM MSE , MSD IMOBILIZADO NA TIPOIA , CURATIVO OCLUSIVO EM FO , DIURESE ESPONTANEA , ACEITANDO DIETA VO , NEGA HAS E DM , NEGA ALERGIAS , AFERIDO SSVV , SEGUE SEM QUEIXAS E SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM .


AS 16 HS - PACIENTE FOI MEDICADO CPM .

AS 18 HS - PACIENTE FOI MEDICADO CPM , SEGUE SEM INTERCORRENCIAS , AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM .

  
Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

2/  
ROMULO JOSE DE MELO  
COREN - PB - 654.960

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM****Atendimento:** 124299**Paciente:** WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA**Idade:** 29 Anos 5 Meses**Nome da Mãe:** TEREZA DE ANDRADE LIMA**Sexo:** Masculino**Data de Nascimento:** 05/11/1989**Convênio:** AMIL**Tipo Sanguíneo:****Naturalidade:****Estado Civil:** CASADO**Sector:** INTERNACAO 3º PAVIMENTO**Responsável:** AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO**Profissão:**

  
Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

2/  
AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO  
COREN - PB - 366160



# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 15:00

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
ATENDIMENTO: 00124299  
LOCAL:  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES  
CONVÊNIO: AMIL

CRM: 8252

IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias  
DATA: 23/04/2019 10:57  
SEXO: Masculino  
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

## Check list - Transporte Seguro

**Diagnóstico:** PÓS OP.

**Precaução:** ☒ Não ☐ Sim

**Setor de origem:** Centro Cirúrgico

**Setor de destino:** CDI

**Motivo do transporte:** ☐ Exame de Imagem

☒ Procedimento cirúrgico: LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS  
EXTENSOS NO 3º, 4º E 5º QDD + RECONSTRUÇÃO DE MECANISMO  
EXTENSOR DO 4º QDD  
☐ Intercorrência  
☐ Alta

### Parametros do Paciente:

Temperatura(°C) 36 Frequencia Cardíaca: 68 bpm Frequencia Respiratória: 17 rpm

Pressão Arterial: 121/90 mmHg SAT O2: 99 % Glicemia: -

**Suporte Respiratório:** ☐ VM ☐ BIPAP ☐ VENTURI ☐ Tot

**Uso de NPT/Enteral Contínua:** ☒ Não ☐ Sim

**Acesso venoso:** ☐ Não ☒ Sim Periférico Local: MSE

**Uso de droga vasoativa:** ☐ Sim ☒ Não

Qual: Vazão:

Qual: Vazão:

**Dispositivos:** ☒ Não ☐ Sim

**Equipe de transporte:** ☐ Medico ☐ Enfermeiro ☐ Fisioterapeuta ☒ Técnico de Enfermagem ☒ Maqueiro

**Observação:** POI, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNÉICO EM O2 AMBIENTE, AFEBRIL, NORMOTENSO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, COM AVP, LIVRE DE DRENOS E SONDAS, SEGUE EM OBSERVAÇÃO, SEM QUEIXAS.

#NÃO HOUVE PEÇA.

#GERENCIAMENTO DE RISCO:

MANTER GRADESELEVADAS: RISCO DE QUEDA

MANTER AVP IDENTIFICADO, LIMPO E BEM ADERIDO: RISCO DE FLEBITE

MANTER PACIENTE AQUECIDO: RISCO DE HIPOTERMIA

MICHELLE TRIGUEIRO SILVA

COREN

:0243592





# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 14:35

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

ATENDIMENTO: 00124299

LOCAL:

MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES

CONVÊNIO: AMIL

CRM: 8252

IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias

DATA: 23/04/2019 10:57

SEXO: Masculino

ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

## ☐ Queimadura por bisturi elétrico

- ☐ Utilizar placa de bisturi conforme recomendação do paciente;
- ☐ Posicionar adequadamente a placa do bisturi à pele do paciente;
- ☐ Cumprir cronograma de manutenção preventiva.

MICHELLE TRIGUEIRO SILVA

Este relatório foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil MP 2.200-2/2001, Resolução CPM 1601/2007, Resolução CPO 87/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob nº 043.

MICHELLE TRIGUEIRO SILVA 03990101410; AIC VALIO RPS 03990101410.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT).



2ª VIA

Prescrição.: 899554 Data: 23/04/2019 14:21

Usuário.....: TIBERIO.VANOMARK

Atendimento: 124299 Dt Nasc: 05/11/1989 (29a 5m 23d)

Convênio....: AMIL

Paciente....: 21350 - WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Peso.....: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 23/04/2019 10:57 0 Dias(s) int

Médico.....: TIBERIO VANOMARK CHAVES - CRM - PB 8252

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA ORTOPEDICA

Unid. Int.: INTERNACAO 3º POSTO 01 Leito.: LEITO 306 B Cobertura: APARTAMENTO DUPLO

Cid.....: S697 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS DO PUNHO E DA MÃO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo..:

Classificação de Risco:

Rubrica do Responsável



MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6	NAUSEDRON INJETAVEL 4MG AMPOLA 2ML	1	AMP C/2ML		EV	8HS/8HS	[23/04] . 16
	Obs.: JUNTO COM TRAMAL						[24/04] . 00 . 08 . 16
	-> AGUA DESTILADA (AMPOLA 10ML) INJETAVEL	1	AMP C/10ML				
	-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER-LOK S/AGULHA BD REF:990172	1	UNIDADE				
	-> AGULHA DESCARTAVEL C/ DISP DE SEGURANCA 25X0.70 BD 30281864	1	UNIDADE				

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7	RX MAO DIREITA ; Exame: 73051	1					[23/04] 15:30
	Justificativa: CONTROLE POS-OP						

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
8	AFERIR SINAIS VITAIS					6HS/6HS	[23/04] . 16 . 22 [24/04] . 04 . 10 . 16
9	CUIDADOS GERAIS					CONTINUA	
10	MANTER MMSS ELEVADO					CONTINUA	
	Obs.: MSD						



# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 14:18

PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias
ATENDIMENTO: 00124299		DATA: 23/04/2019 10:57
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES	CRM: 8252	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÊNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS

Este relatório assinado eletronicamente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, Resolução CFM 182/2007, Resolução CFO 81/2018, sendo assim, gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 343.

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS 08030375401 - AC VALIO MPB 08030375401

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT).



# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA

## DECLARAÇÃO

I. Eu Wilton Junior Andrade de L a realizar a seguinte  
autorizo o Dr. (a) Dr. Rosiclea durante a cirurgia:  
anestesia Sedação da Respiração  
Libri Ligamentária

II. Fui esclarecido (a) claramente sobre a proposta de anestesia ao qual serei submetido (a), seus riscos, benefícios, complicações potenciais e alternativas.

III. Reconheço e entendo que não há nenhuma garantia absoluta quanto as complicações que poderão ocorrer, mas tive a informação de que os profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Nossa Senhora das Neves (HNSN) são qualificados e utilizarão todos os meios e técnicas (medicamentos e equipamentos) disponíveis e internacionalmente reconhecidos para que o melhor resultado seja alcançado.

IV. Reconheço que podem ocorrer eventos imprevistos no decorrer do tratamento/procedimento, que exijam conduta diferente daquela proposta inicialmente.

V. Reconheço que durante a internação, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente e que sejam necessários e desejáveis segundo o julgamento de profissional capacitado para tal. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento que não tenha sido do conhecimento do meu médico até o momento em que o tratamento for iniciado.

VI. Em caso de iminente risco de vida ou risco de perda da qualidade de vida, encontrando-me incapacitado para tomar decisões, o médico está autorizado a adotar condutas compatíveis com os padrões internacionalmente aceitos.

VII. Autorizo transfusões de sangue em caso de necessidade: ( ) SIM ☒ NÃO

VIII. Entendo que os tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos possam ser suspensos ou adiados de acordo com a orientação do médico responsável quando esta decisão se der em meu benefício.

IX. Certifico que este formulário me foi explicado, foi lido por mim ou para mim e que entendi o seu conteúdo, tendo concordado com o mesmo.

X. Este consentimento não é definitivo e poderá ser revogado por mim ou por meu responsável legal a qualquer tempo.

PACIENTE: WILTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
RG: 3084688 CPF: 004568166 DATA DE NASCIMENTO: 05/11/1989  
ENDEREÇO: R: DO URUCUM Nº 32 COMP.: APT 302  
BAIRRO: PARAÍDE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB  
ASSINATURA: Wilton Junior Andrade de Lima

REPRESENTANTE LEGAL: ROSICLEA FERNANDES DE CARVALHO  
RG: 5711635 CPF: 03892254 DATA DE NASCIMENTO: 06/04/1939  
ENDEREÇO: R: DO URUCUM Nº 32 COMP.: APT 302  
BAIRRO: PARAÍDE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB  
ASSINATURA: Rosiclea F. Carvalho  
LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA/HORA: 23-04-19/09:30

TESTEMUNHA - NOME: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE CIRURGIA

### DECLARAÇÃO

I. Eu, Wilton Junior Andrade de Lima,  
Autorizo o Dr. (a) Dr. Bruno Wanderley  
Leite a realizar a seguinte cirurgia:

II. Fui esclarecido (a) claramente sobre a proposta do procedimento cirúrgico ao qual serei submetido (a), seus riscos, benefícios, complicações potenciais e alternativas;

III. Reconheço e entendo que não há nenhuma garantia absoluta quanto aos resultados do tratamento, mas tive a informação de que os profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Nossa Senhora das Neves (HNSN) utilizarão todos os meios técnicos (medicamentos e equipamentos) disponíveis e internacionalmente preconizados para que o melhor resultado seja alcançado;

IV. Reconheço que podem ocorrer eventos imprevistos no decorrer do tratamento/procedimento, que exijam conduta diferente daquela proposta inicialmente;

V. Reconheço que durante a internação, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente e que sejam necessários e desejáveis segundo o julgamento de profissional capacitado para tal. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento que não tenha sido do conhecimento do meu médico até o momento em que o tratamento for iniciado;

VI. Em caso de iminente risco de vida ou risco de perda da qualidade de vida, encontrando-me incapacitado para tomar decisões, o médico está autorizado a adotar condutas compatíveis com os padrões internacionalmente aceitos;

VII. Autorizo transfusões de sangue em caso de necessidade. ( ) SIM (X) NÃO

VIII. Entendo que os tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos possam ser suspensos ou adiados de acordo com a orientação do médico responsável quando esta decisão se der em meu benefício;

IX. Certifico que este formulário me foi explicado, foi lido por mim ou para mim e que entendi o seu conteúdo, tendo concordado com o mesmo;

X. Este consentimento não é definitivo e poderá ser revogado por mim ou por meu responsável legal a qualquer tempo.

PACIENTE: WILTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
RG: 3084638 CPF: 014568.965 DATA DE NASCIMENTO: 05/11/1989  
ENDEREÇO: R. DOURADINHA Nº 32 COMP.: APT 302  
BAIRRO: PARATIBE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB  
ASSINATURA: Wilton Junior Andrade de Lima

REPRESENTANTE LEGAL: ROSICLEIA FERNANDES DE CARVALHO  
RG: 5711635 CPF: 030422514 DATA DE NASCIMENTO: 06/06/79  
ENDEREÇO: R. DOURADINHA Nº 32 COMP.: APT 302  
BAIRRO: PARATIBE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB  
ASSINATURA: Rosicleia F. Andrade  
LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA/HORA: 23.04.79 / 09:32

TESTEMUNHA - NOME: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA: \_\_\_\_\_



# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA IDADE: 29 Anos 5 Meses 24 Dias  
ATENDIMENTO: 00124299 DATA: 23/04/2019 10:57  
LOCAL: SEXO: Masculino  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CRM: 8252 ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CONVÊNIO: AMIL PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

## Descrição Cirúrgica

### Dados da cirurgia

Aviso 13746 Data 23/04/2019 Início 12:15 Data 23/04/2019 Fim 13:00  
Cirurgião TIBERIO VANOMARK CHAVES Leito: INTERNACAO 3º POSTO 01, LEITO 306 B

### Procedimentos da Cirurgia

30722462 - LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO - REPARACAO CIRURGICA, MAO - DIREITA, Limpa  
30731135 - TENORRAFIA MULTIPLA EM OUTRAS REGIOES, MAO - DIREITA, Limpa  
30101786 - SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO, MAO - DIREITA, Limpa  
30101522 - EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISÃO E RETAL, MAO - DIREITA, Limpa, (Principal)

### Descrição Cirúrgica

1. PCT EM DDH SOB ANESTESIA DE PLEXO BRAQUIAL + SEDAÇÃO
2. ASSEPSIA, ATISSEPSIA, COLOCAÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
3. EXSSANGUINAÇÃO + GARROTEAMENTO DO MSD
4. REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE EXTENSOS FERIMENTOS NO DORSO DO 3º, 4º E 5º QDD, PRINCIPALMENTE NO 4º QDD
5. IDENTIFICADO LESÃO SEGMENTAR DO MECANISMO EXTENSOR TERMINAL DO DO 4º QDD, LESÃO COMPLETA CAPSULOLIGAMENTAR DA ARTIC. INTERFALANGEANA DISTAL COM EXPOSIÇÃO DAS SUPERFÍCIES ARTICULARES E FALHA DE COBERTURA DA ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA DISTAL NO DORSO.
6. IDENTIFICADO FERIMENTO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR TERMINAL DO 3º QDD
7. REALIZADO RECONSTRUÇÃO DO MEC. EXTENSOR TERMINAL DO 4º QDD E REPARO CAPSULOLIGAMENTAR DORSAL DA AIFD
8. COBERTURA DA FALHA NO DORSO DA AIFD COM ROTAÇÃO DE RETALHO LOCAL FASCIOTÂNICO + FIXAÇÃO DA AIFD DO 4º QDD EM LEVE HIPEREXTENSÃO COM 01 FIO DE K 1.0 PARA PROTEÇÃO DO REPARO, COM AUXÍLIO DE ESCOPIA
9. REPARO DA LESÃO DO TENDÃO DO EXTENSOR TERMINAL DO 3º QDD + SUTURA DA PELE
10. SUTURA DOS FERIMENTOS NO DORSO DO 5º QDD
11. RETIRADO GARROTE DO MSD. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DE TODOS OS DEDOS
12. CURATIVO ESTÉRIL
13. IMOBILIZAÇÃO
14. AO RPA AOS CUIDADOS DO ANESTESISTA

### Intercorrências

### Órtese e Próteses

01 FIO DE K 1.0

### Tipo de Anestesia

BLOQUEIO LOCAL + SEDAÇÃO

### Médicos que participaram deste procedimento

TIBERIO VANOMARK CHAVES(CIRURGIÃO)  
BRUNO MONTENEGRO (AUXILIAR)  
JOAO AURILIO RODRIGUES ESTRELA(ANESTESISTA)

### Previsão de Alta

24/04/2019

Início da manhã

TIBERIO VANOMARK CHAVES

Este relatório eletrônico digitalizado de acordo com a RDC 3606/2011, Resolução CFM 1821/2017, Resolução CFP 81/2018, sendo emitido por um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SARS) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), sob nº 543.

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA 0476810463, AC ONLINE RPA: 0476810463.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT).







# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 08:06

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
ATENDIMENTO: 00124299  
LOCAL:  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES  
CONVÊNIO: AMIL

IDADE: 29 Anos 5 Meses 24 Dias  
DATA: 23/04/2019 10:57  
SEXO: Masculino  
ESP.: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA  
PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

- ☐ ☒ Azia;  
☐ ☒ Hérnia de Hiato;  
☐ ☒ Náuseas, vômitos  
☐ ☒ Mudança de hábito Intestinal;  
☐ ☒ Alteração na cor das fezes;  
☐ ☒ Anemia;

## Dados importantes da Anamnese:

## Cirurgias / Anestesias Prévias / Complicações:

## Medicamentos:

## Exame Físico

Peso: Kg Altura: mts  
Frequência Cardíaca: BPM  
PA Sistólica Diastólica X

ACV: RCR 2T BNF | AR: MV+ S/RA | HIDRATADO, CORADO, EUPNEICO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

## Avaliação Vias Aéreas:

Mallampati: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4  
☒ SIM ☐ NÃO Distância inter-incisivos  $\geq$  3cm  
☒ SIM ☐ NÃO Distância tirementoneana  $\geq$  6cm  
☒ SIM ☐ NÃO Dist. esternomentoniana  $\geq$  12cm

## Exames Laboratorial

### Data:

Hb: Ht: Glic: Cr: Ur:  
Na: K: TC: TS: Plac:  
Coagulograma: ☐ Normal ☐ Alterado INR:

TIBERIO VANOMARK CHAVES

CRM - PB : 8252





# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:51

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
ATENDIMENTO: 00124299  
LOCAL:  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES  
CONVÊNIO: AMIL

CRM: 8252

IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias  
DATA: 23/04/2019 10:57  
SEXO: Masculino  
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

## Anestesista:

JOSE BONIFACIO NOBREGA IMPERIANO

## Cirurgião:

BRUNO GUEDES WANDERLEY; BRUNO GUEDES WANDERLEY; BRUNO GUEDES WANDERLEY; BRUNO GUEDES WANDERLEY

## Recomendação do Anestesista:

## Procedimento(s):

EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISÃO E RETAL  
LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO - REPARACAO CIRURGICA  
SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO  
TENORRAFIA MULTIPLA EM OUTRAS REGIOES

## Índice de Aldrete e Kroulik

Data 23/04/2019 Hora 14:00

Intervalo: 30 Minutos

ITEM	0	1	2
Atividade	<input checked="" type="radio"/> Move 0 membros	<input type="radio"/> Move 2 membros	<input checked="" type="radio"/> Move 4 membros
Respiração	<input checked="" type="radio"/> Apnéia	<input type="radio"/> Limitada, dispnéia	<input checked="" type="radio"/> Profunda, Tosse
Consciência	<input checked="" type="radio"/> Não responde ao chamado	<input checked="" type="radio"/> Desperta ao chamado	<input type="radio"/> Acordado
Circulação (PA)	<input checked="" type="radio"/> 50% nível pré-anestésico	<input type="radio"/> 20 a 49% nível pré-anestésico	<input checked="" type="radio"/> 20% nível pré-anestésico
SpO2	<input checked="" type="radio"/> Sat. <90% com O2	<input type="radio"/> Sat. >90% com O2	<input checked="" type="radio"/> Sat >92% em ar ambiente

Horário	Atividade	Respiração	Consciência	Circulação (PA)	SpO2	Pontuação Final
14:00	1	2	1	2	2	8
14:30	1	2	1	2	2	8
15:00	2	2	1	2	2	9
15:30						
16:00						
16:30						
17:00						
17:30						

## RESULTADO FINAL

Paciente em condições de liberação

## Informações Adicionais :

José Bonifácio Imperiano  
Diretor Médico  
jose.bonifacio@hnsn.com.br  
(83) 39106-7576  
CPF: 112.673.024-04

JOSE BONIFACIO NOBREGA IMPERIANO

CRM - PB : 3107

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Data <span style="float: right;">23/04/2019</span>	Código <span style="float: right;">13746</span>
Hora da Admissão <span style="float: right;">13:20h</span>	Hora da Alta <span style="float: right;">14:30h</span>

### PRÁTICAS DE CONTROLE

<b>Pulseira de Identificação:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Todas as informações da pulseira	
<b>Prevenção de Quedas:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevadas <input type="checkbox"/> Manter rodas maca/cama travadas <input type="checkbox"/> Contenção mecânica. Qual?	
<b>Manter Decúbito:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Fowler <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Acessos</b> <input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso e identificado e prévio <input type="checkbox"/> Aplicação de Medicamentos/Via:	
<b>Peça Cirúrgica:</b> <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO <input type="checkbox"/> Etiqueta de identificação <input type="checkbox"/> Registro no Formulário	<b>Checação de Drenos:</b> <input type="checkbox"/> Identificados. Qual? <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica.

### ANTES DA ALTA VERIFICAR

<input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input checked="" type="checkbox"/> Identificada <input type="checkbox"/> Não se aplica.
---

### EVENTOS ADVERSOS

### ESCALA DE DOR

<input type="checkbox"/> Reação Medicamentosa <input type="checkbox"/> Reação Anestésica <input type="checkbox"/> Reação Transfucional Hemoderivados	
--	--

### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

POI DE RECONSTRUÇÃO ARTROSCOPIA DE OMBRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNÉICO EM O2 AMBIENTE, AFEBRIL, NORMOTENSO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, COM AVP, LIVRE DE DRENOS E SONDAS, SEGUE EM OBSERVAÇÃO, SEM QUEIXAS AGUARDANDO LIBERAÇÃO.

#NÃO HOUVE PEÇA.

#GERENCIAMENTO DE RISCO:

MANter GRADESELEVADAS: RISCO DE QUEDA

MANter AVP IDENTIFICADO, LIMPO E BEM ADERIDO: RISCO DE FLEBITE

MANter PACIENTE AQUECIDO: RISCO DE HIPOTERMIA



# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 12:46

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
ATENDIMENTO: 00124299  
LOCAL:  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES  
CONVÊNIO: AMIL

CRM: 8252

IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias  
DATA: 23/04/2019 10:57  
SEXO: Masculino  
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 182/2007, Resolução CFO 81/2006, tendo sido gerado em um sistema certificado no âmbito do Certificado para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 045.

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS 06550279451, AC VALD RPS, 06330279451...

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT).





# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 12:44

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
ATENDIMENTO: 00124299  
LOCAL:  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES  
CONVÊNIO: AMIL

CRM: 8252

IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias  
DATA: 23/04/2019 10:57  
SEXO: Masculino  
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

**1.7 - Confirma Reserva de Hemocomponentes:** NAO

**Observações:**

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS

Este relatório foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP nº 2.200-2/2001, Resolução CFM nº 192/2007, Resolução CFM nº 81/2008, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 043.  
LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS 9933379451, AC VALD RFE 3633379451.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT).





# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 28/04/2019 14:23

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
ATENDIMENTO: 00124299  
LOCAL:  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES  
CONVÊNIO: AMIL

CRM: 8252

IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias  
DATA: 23/04/2019 10:57  
SEXO: Masculino  
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

- ☐ DRENO TÓRAX ☐ SUCÇÃO ☐ SILICON ☐ LATEX ☐ S/RESTRIÇÃO ☐ C/RESTRIÇÃO  
☐ DRENO DE BLACK  
☐ ANTISSEPTICO UTILIZADO:  
ASPECTO: BALÃO INSUFLADO COM (ml):  
REALIZADO POR:

## 9. Serviços Realizados:

- ☐ BANCO SANGUE RADIOLOGIA: ☐ ARCO CIRÚRGICO ☐ RAO X ☒ NÃO SE APLICA

## 10. Exames Realizados:

- ☐ HEMOGRAMA ☐ COAGULOGRAMA ☐ GASOMETRIA ☐ CULTURA ☐ BIOPSIA CONGELAÇÃO ☒ NÃO SE APLICA

## 11. Peças para Anátomo Patológico:

- ☐ SIM ☐ NÃO  
☐ FORMOL ☐ SF0,9%

LOTES:

VALIDADE:

DESCRIÇÃO DA PEÇA(S):

LATERAL\_LISTA:

TOPOGRAFIA:

## 12. Intercorrências:

- ☐ SIM ☒ NÃO  
Descreva:

## 13. Ao Fim da Cirurgia

- CURATIVO: ☐ OCLUSIVO ☒ SEMI-OCLUSIVO ☐ COMPRESSIVO ☐ DESCOBERTO  
☐ TAMPÃO OUTROS:

## 14. Contagem de:

	ANTES DA CIRURGIA	DEPOIS DA CIRURGIA
INSTRUMENTAIS:	31+16 PÇS	31+16PÇS
COMPRESSAS:	02 PCTS	10 UNID
GAZES:	03 CTS	30 UNID
LÂMINAS:	01 UNID	01 UNID
AGULHAS:	02 UNID	02 UNID

## 15. Transferência do Paciente:

SINAIS E SINTOMAS DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS:

- ☐ SIM -----> ☐ HIPOTENSÃO ☐ HIPERTENSÃO ☐ REAÇÃO ANAFLÁTICO ☐ CHOQ. ANAFILÁTICO  
☐ NÃO ☐ ☐

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS

COREN

: 1018654





# HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:51

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias  
ATENDIMENTO: 00124299 DATA: 23/04/2019 10:57  
LOCAL: SEXO: Masculino  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CRM: 8252 ESP.: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA  
CONVÊNIO: AMIL PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

## FICHA DE ANESTESIA

Data/Hora:	23/04/2019	12:45	Intervalo de Aferição: 12 Minutos											
Hora:	12:45	12:57	13:09	13:21	13:33	13:45	13:57	14:09	14:21	14:33	14:45	14:57	15:09	15:21

### Monitoramento de Sinais Vitais:

F.C. (bpm):	87	87	77	88	76	76								
CO2 (mmHg):														
F.R. (irpm):														
SpO2 (%):	99	99	99	99	99	100								
P.V.C. (mmHg):														
TEMP. (°C):														
P.A.S.	142		132		134	123								
P.A.M.	94		90		91									
P.A.D.	70		70		70	70								
BIS:														

### Monitoramento de Gases:

O2 L/Min:	2	2	2	2	2	2								
N2O L/Min:														
AR COMP. L Min:														
SEVORANE:														

Tempos:	INÍCIO HORA	FIM HORA	Procedimentos Realizados:
ANESTESIA:	11:45	14:00	
CIRURGIA:	12:25	13:45	
GARROTE:	12:15	13:30	

### Equipe Cirúrgica:

☐ Não se Aplica ☒ S1 ☐ S2 ☐ Anestesiista Agenda

TIBERIO  
BONIFACIO

José Bonifácio Imperiano  
Diretor Médico  
jose.bonifacio@hnsn.com.br  
(83) 99106-7576  
CPF: 132.673.028-04  
HOSPITAL MEMORIAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

JOSE BONIFACIO NOBREGA IMPERIANO

CRM - PB : 3107

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CADEIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**PARAÍBA**

NOME: **WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA**

DOC. IDENTIDADE / OUTROS NÚMEROS DE: **3084688 SSP PB**

CPF: **014.568.164-54** DATA NASCIMENTO: **05/11/1989**

FUNÇÃO: **LUIS TARGINO DE LIMA**  
**TEREZA DE ANDRADE LIMA**

SEXO: **MASCULINO** ADO: **AD** CAT. AVE: **AD**

Nº IDENTIFICADOR: **04298700581** VALIDADE: **28/09/2022** 1ª EMISSÃO: **21/02/2008**

OBSERVAÇÕES:

SEAR;

*Wilton Junior Andrade de Lima*  
ADMINISTRADOR DO PORTUÁRIO

LOCAL: **JOÃO PESSOA, PB** DATA EMISSÃO: **17/10/2017**

*João Pessoa*  
ADMINISTRADOR DO TÍTULOS

08763195838  
PB035444894

**PARAÍBA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1545260054

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1545260054

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

Gente Seguradora S/A.  
Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 08694421

UNião dos Advogados do Brasil  
Conselho Nacional  
Instituído em 1960, pelo Decreto nº 15.000, de 1946, e pela Lei nº 1.134, de 1950.



REPUBLICA DE PORTUGAL



GAB

00000000000000000000

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

15502

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

TITULAR  
RAIMUNDO PEREIRA DE SOUSA  
DAMIANA DE FATIMA P. DA SILVA SOUSA

NATURALIDADE  
POMRAL-PA

EXERCÍCIO DE EXERCÍCIO  
2010/4/1988

CP  
2013/073 - SSP/PA

DATA DE EXERCÍCIO  
007 714 324-74

DATA DE EXERCÍCIO  
05/12/2018

DATA DE EXERCÍCIO  
NÃO

DATA DE EXERCÍCIO  
05/12/2018

DATA DE EXERCÍCIO  
05/12/2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 778 St. 106-João Pessoa/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

L A C R E O 004004000000

DETRAN - PB Nº 014202782441  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENOVAÇÃO 0101567761-1 RNT.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME  
WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

CPF / CNPJ 01456816454 PLACA QFD8958/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C6DG2510F0018137

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

DOTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. DOTA ÚNICA 1º VENC / COTAS 2º 3º  
FADIA L.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 28/09/2018

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA  
JOAO PESSOA-PB 07/11/2018

9999999




909670

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 SET 2019

Gentle Seguradora S/A.  
Rua 408, João Pessoa/PB

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0325049/19

**Vítima:** WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

**CPF:** 014.568.164-54

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/04/2019

**Titular do CPF:** WELTON JUNIOR  
ANDRADE DE LIMA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA : 057.714.324-74

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

### WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA : 014.568.164-54

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência



## ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2019  
Nome: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA  
CPF: 057.714.324-74

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019  
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa  
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

Eu Ewerton Pierre Miranda Lemos inscrito  
com CPF nº 025.422.934-80, declaro que sou PROPRIE-  
TÁRIO DE IMÓVEL LOCALIZADO NO ENDEREÇO RUA PAULA  
DELA, nº 33 - CASA 104 - MURTAZALHO - JOÃO PESSOA - PB,  
e TERMO COMO INDEVIDO O SR. WALTER JUNIOR ARA-  
ÚJO DE LIMA inscrito com CPF nº 019.568.164-59.  
Informo TAMBÉM que o SR. WALTER JUNIOR ARAÚJO  
DE LIMA, RESIDE NESTE ENDEREÇO A MAIS DE  
UM ANO.

JOÃO PESSOA, 18 de Março de 2019



CPF nº 025.422.934-80

PROPRIETÁRIO DO IMÓVEL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190540576 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA **Data do acidente:** 23/04/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 01/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FERIMENTO EXTENSO EM 3º, 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - DESBRIDAMENTO (P.35)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 11

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190540576 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA **Data do acidente:** 23/04/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 30/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FERIMENTO EXTENSO EM 3º, 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - DESBRIDAMENTO (P.35)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 11

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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