

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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:

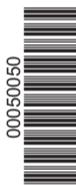
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

014.568.164.541

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Wilton Junior Andrade de Lima

5 - CPF:

014.568.164.541

6 - Número:

9 - Número:

33 Casa 104

7 - Profissão:

Mototaxista

8 - Endereço:

Rua Praia Beira

10 - Complemento:

11 - Bairro:

meu Maçao

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58066-152

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

98600-8077

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:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1456

CONTA: 0000-3665

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19- SET 2019

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização

do seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

Não há IML que atende 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.

Peço motivo apresentado, explicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, caso seja apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência de indenizações permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso descorde do seu conteúdo.

Genéris Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 776 SL 106-Jardim das Palmeiras
João Pessoa - PB

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

Sim

Não

Se tinha filhos, informar

teve filhos?

Vivos: Falecidos:

29 - Vítima deixou

nascer (varígogo)?

Sim Não

30 - Vítima teve

irmãos?

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 Lider 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

40 - Local e Data:

Wilton Junior Andrade de Lima
12 de Setembro de 2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

REG.
GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10056.01.2019.1.00.401

2- DSC

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 CIRÚRGICA NA MÃO DIREITA, RECONSTRUÇÃO DO MEC. EXTENSOR TERMINAL DO 4º QDD E REPARO CAPSULOLIGAMENTAR DORSAL DA AIFD, conforme DESCRIÇÃO CIRÚRGICA 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 SET 2019

Gesta Seguradora S/A

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019


WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Noticiante

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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

014.568.164.541

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Wilton Junior Andrade de Lima

5 - CPF:

014.568.164.541

6 - Número:

9 - Número:

33

10 - Complemento:

Casa 104

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Mototaxi

Rua Praia Beira

11 - Bairro:

meu Maçao

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58066-152

16 - Tel. (DDD):

98600-8077

15 - E-mail:

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:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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 (Todos os bancos)

Name do BANCO: _____

AGÊNCIA: (456)

CONTA: (000-3665)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização

do seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

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

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

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

Genre: Seguradora SIA

Av. Dom Pedro I, 776 SL 106 João Pessoa/PB

Assinatura da testemunha

19-SET-2019

Por motivo apresentado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência de indenização permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso descorde do seu conteúdo.

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 Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (varígoes)?

Sim Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a sua 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

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Wilton Junior Andrade de Lima

MORTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.004/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

69808678

REFERÊNCIA
JUL/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

EWERTON PIERRE MIRANDA LEMOS
RUA PRAIA BELA, 33 - CASA 104 - MUCUMAGRO JOÃO
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		
Y10SS06935	07/10/2010	INTLACR	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
730	736	7	29			01/08/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 N°.						
JUN/2019	9		PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
MAI/2019	8		TURBIDEZ	268	293	293
ABR/2019	14		CLORO	268	293	293
MAR/2019	5	60	COL. TERMOT.	0	0	0
FEV/2019	7	60	COR	73	83	83
JAN/2019	9		COL. TOTAIS	268	293	293
MÉDIA(%)	6					DADOS REFERENTES A: MAI/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 02/07/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 09:55:28	
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA			
ESGOTO		7.13	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



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO 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 PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 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 Libon Diego Pereira de Souza 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 Supervisão 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 Lider-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 Leiteiro de Barcelos</u>		Número	<u>349</u>	Complemento	<u>Casa 104</u>
Bairro	<u>meu mago</u>		Cidade	<u>João Pessoa</u>		
Estado	<u>PB</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>83 3512-6017</u>		
CEP			Telefone celular(DDD)	<u>83 98600-8077</u>		

João Pessoa, 2 de Setembro de 2019

Local e Data


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

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 RETALHÃO 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. SEGUO 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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

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

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)

DECISÃO E AVALIAÇÃO NO AMBITO 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 encomodado 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	Idade: 29 Anos
Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	
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
TERAPÉUTICA	2 - EV intermitente
RESULTADO	9.0
INTERPRETAÇÃO	CUIDADOS MÍNIMO

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



PACIENTE: 0000021350
 ATENDIMENTO: 00124299
 LOCAL:
 MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES
 CONVÉNIO: AMIL

WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

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

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;
- Supor 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, dispneia, 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;
- Ispencionar 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

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)

1ª VIA

--	--

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.: Inspecionar diariamente a pele Hidratar pele						
2 RISCO DE FLEBITE						[24/04] 08:31
Obs.: Diluir medicacoes conforme prescrição médica Remover AVP se presença 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


Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352
MONALIZA 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: CRM: 8252 SEXO: Masculino
 MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 CONVÊNIO: AMIL PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

Evolução

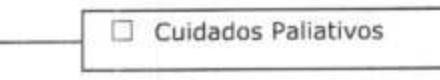
sem alteração

Avaliação MEWS

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

Interpretação de MEWS atual:

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



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 Consci?encia

Frequ?ncia Respirat?ria maior 22 rpm

PAS Menor 100 mmhg

Interpretação Alerta SEPSE

Alerta Protocolo Sepse

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**Prestador(a) Assistente/Conselho:** TIBERIO VANOMARK CHAVES

8252

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

| COREN - PB - 169976

MACHADO

Função: ENFERMEIRO(A)

24/04/2019 01:02

Indicador: MORSE (FECHADO)

HISTORIA DE QUEDA NOS ULTIMOS 3 MESES 0 - Nao

DIAGNOSTICO 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/rimóvel

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 (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (Sbis) sob N° 043.

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

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MÉSMO FUSO HÔRARIO (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 Etevina Macedo de Mendonça, 298 - Torre CEP: 58040-530 João Pessoa - PB Telefone: 83 - 3565.9000	TIBERIO VANOMARK CHAVES - CRM - PB: Nº.8252 Assinatura e Carimbo	
PACIENTE WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA		
ENDEREÇO RUA DO URUCUM - Nº: 102 - AP 302 - PARATIBA - JOAO PESSOA - PB		
PRESCRIÇÃO 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
CONVÉNIO: 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 diagnóstico 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
Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA
Data de 24/04/2019
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/M²

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 necessidades 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 necessidades 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 necessidades 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

Idade: 29 Anos

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

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 limitação

NUTRIÇÃO 3 - Adequada

FRICÇÃO E CISALHAMENTO 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 - DÚPLA

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

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

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, dispneia, 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
CONVÉNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

Evolução

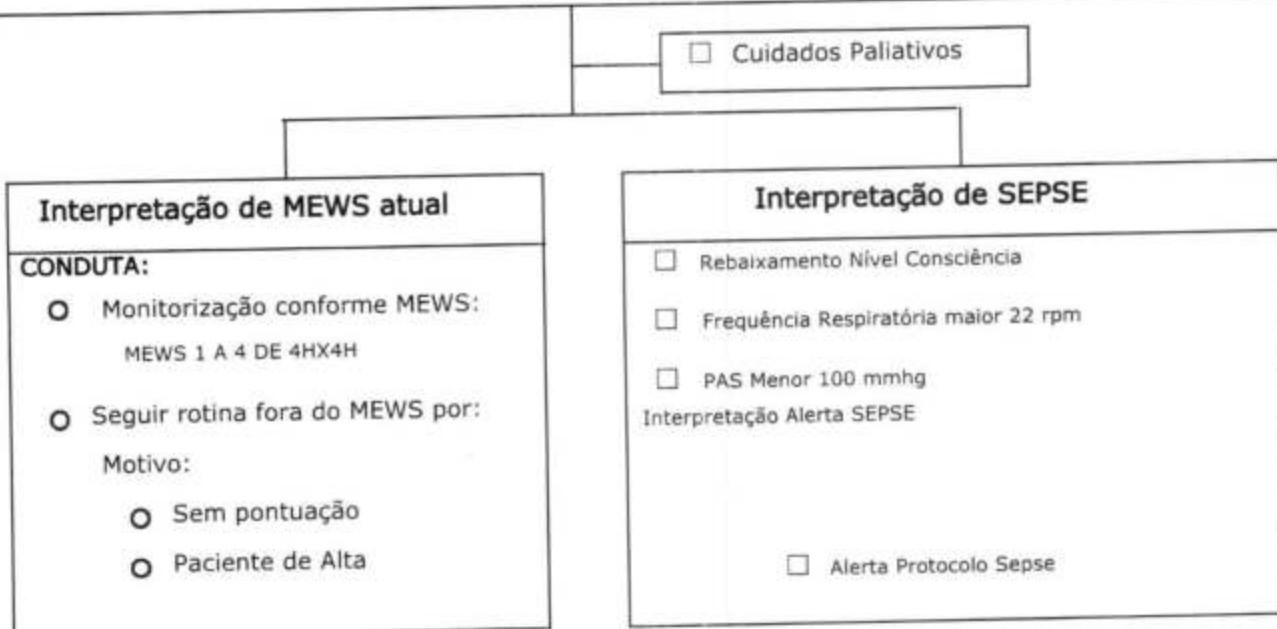
PACIENTE SEGUE COM QUADRO CLINICO MANTIDO

Avaliação MEWS

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

Interpretação de MEWS atual:

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



Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352

ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO

COREN

: 169976

Avaliação

Prontuário: 21350	Idade: 29 Anos
Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	
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 CISALHAMENTO	3 - Sem problema aparente
RESULTADO	20.0

8/
JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA
COREN - PB - 501.536


Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352

Avaliação

Prontuário: 21350

Idade: 29 Anos

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

7940

Prestador(a) Assistente/Conselho: BRUNO GUEDES WANDERLEY

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 MONITORAÇÃO DE 12/12H

JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA

COREN - PB - 501.536


 Tássia S. C. Castro
 Enfermeira
 COREN PB 264352

Paciente: 21350 - WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: BRUNO GUEDES WANDERLEY

Conselho / Número Cons.: CRM - PB - PB - 7940

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO MÉDICA

Atendimento 124207

Leito:

Admissão: 23/04/2019 07:54

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 - INDIVIDUAL

EVOLUÇÃO: 898699 (FECHADO)

Responsável: GUSTAVO GOMES MARQUES - CRM - PB
7155 / CIRURGIA GERAL

Data de Referência:

23/04/2019

Data/Hora do Documento:

23/04/2019 08:01

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO. REFERE DOR EM MÃO DIREITA E COXAS. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, CEFALÉIA, VÔMITOS OU ALTERAÇÕES MOTORAS OU SENSITIVAS.

A: VIAS AÉREAS PERVEAS, S/ DOR CERVICAL

B: MV + EM AHT, SEM RHA E SEM DOR NO TORAX

C: RCR, BNF, S/ SOPROS

D: ECG:15; PUPILAS ISO/NORMO

E: ABDOME INDOLOR, DB NEGATIVA; FERIMENTO EM 3º,4º E 5º QDD; QUADRIL SEM INSTABILIDADES

HD: TRAUMA DE EXTREMIDADE DIREITA

CD: RX + AVALIAÇÃO DA TRAUMATO



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:50

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
CONVÉNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

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 PADRÃO 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. SEGUO EM OBSERVAÇÃO, AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

ORIENTADO QUANTO AO GERENCIAMENTO DE RISCO

Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352

ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO

COREN

: 169976



Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352

AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO

COREN : 366160



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

IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 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.


Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352

AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO

COREN :366160

Atendimento: 124299

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos 5 Meses

Data de Nascimento: 05/11/1989

Leito Atual: L.306 B

Médico Assistente: TIBERIO VANOMARK CHAVES

Setor: INTERNACAO 3º PAVIMENTO

Prestador Responsável: ROMULO JOSE DE MELO

Conselho / Número COREN - PB - 654.960

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (LIVRE)

Data de Referência: 23/04/2019

Hora anotação: 16:40

Data anotação: 23/04/2019

Leito: LEITO 306 B

Responsável: ROMULO JOSE DE MELO

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

Setor: INTERNACAO 3º PAVIMENTO

Responsável: AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO

Profissão:


Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352
AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO
COREN - PB - 366160

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

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:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Setor de origem:	Centro Cirúrgico	Setor de destino:	CDI		
Motivo do transporte:	<input type="checkbox"/> Exame de Imagem <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico: LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS EXTENSOS NO 3º, 4º E 5º QDD + RECONSTRUÇÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO 4º QDD <input type="checkbox"/> Intercorrecnia <input type="checkbox"/> Alta				
Parametros do Paciente:					
Temperatura(ºC)	36	Frequencia Cardíaca:	68 bpm	Frequencia Respiratória:	17 rpm
Pressão Arterial:	121/90 mmHg	SAT O2:	99 %	Glicemia:	-
Suporte Respiratório:	<input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> BIPAP <input type="checkbox"/> VENTURI <input type="checkbox"/> Tot				
Uso de NPT/Enteral Contínua:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Acesso venoso:	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Periférico	Local:	MSE	
Uso de droga vasoativa:	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não				
Qual:	Vazão:				
Qual:	Vazão:				
Dispositivos:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Equipe de transporte:	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input checked="" type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input checked="" type="checkbox"/> 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				



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
CONVÉNIO: 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 registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil MP 2.290-2/2011, Resolução CPM 16/12/2007, Resolução CFO 01/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Técnico em Saúde (SRTS) da Secretaria Brasileira de Informática em Saúde (SBS) - uso N° 143.

MICHELLE TRIGUEIRO SILVA 00000101410. AT: VÁLIDO 09/06/2019 10:14:10.

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



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:

2ª VIA

--	--

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	1	UNIDADE				
REF:990172						
> 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 foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2-200-2-2001, Resolução CPM 162/2007, Resolução CFO 01/2010. Neste caso gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRS) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) - uso Nº 345.

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS 06303079461, AC VALID NFB, 06303079461

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



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA

DECLARAÇÃO

I. Eu Wilton Junior Andrade da L autorizo o Dr. (a) João Benício a realizar a anestesia laringoscopia de Biopsia laringo-tracheal durante a seguinte cirurgia.

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 entendendo 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 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 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 dar 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: 3089688 CPF: 0456816 DATA DE NASCIMENTO: 05/11/1989
ENDERECO: R. DO URUCUM N° 32 COMP.: APT 302
BAIRRO: PARATIPE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB
ASSINATURA: Wilton Junior A. Lima

REPRESENTANTE LEGAL: Rosicléa Fernandes de CARVALHO
RG: 5711635 CPF: 03892259 DATA DE NASCIMENTO: 06/09/1979
ENDERECO: R. DO URUCUM N° 32 COMP.: APT 302
BAIRRO: PARATIPE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB
ASSINATURA: Rosicléa F. Carvalho LOCAL: 23-04-19/09:32

TESTEMUNHA - NOME: _____
RG: _____ CPF: _____
ASSINATURA: _____



Hospital Nossa Senhora das Neves
WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA
Data: 10/11/1981-28 Anos
Aten.: 104288 Serviço: 8
Sala: L-206 8
Data Aten.: 23/04/2018
Res: TEREZA DE ANDRADE LIMA



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE CIRURGIA

DECLARAÇÃO

I. Eu Welton Junior Andrade de Lima autorizo o Dr. (a) Bruma Rosiclerly Lira a realizar a seguinte cirurgia:

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

III. Reconheço e entendendo 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 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: Welton Junior Andrade de Lima

RG: 30836638 CPF: 014363183 DATA DE NASCIMENTO: 05/11/1981

ENDERECO: R: URWILM N° 32 COMP.: APT 302

BAIRRO: PARATIBA CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB

ASSINATURA: Welton Junior Andrade de Lima

REPRESENTANTE LEGAL: Rosiclerly Fernandes de Carvalho

RG: 5711638 CPF: 030922514 DATA DE NASCIMENTO: 06/06/79

ENDERECO: R: DOURUCUM N° 32 COMP.: APT 303

BAIRRO: PARATIBA CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB

ASSINATURA: Rosiclerly Fernandes de Carvalho

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
 ATENDIMENTO: 00124299
 LOCAL:
 MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES
 CONVÊNIO: AMIL

CRM: 8252

IDADE: 29 Anos 5 Meses 24 Dias
 DATA: 23/04/2019 10:57
 SEXO: Masculino
 ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 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 - EXCISAO 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 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 FASCIOCUTÂNEO + FIXAÇÃO DA AIFD DO 4º QDD EM LEVE HIPEREXTENSÃO COM 01 FIO DE K 1.0 PARA PROTEÇÃO DO REPARO, COM AUXILIO 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 + SEDACAO

Médicos que participaram deste procedimento

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

Previsão de Alta

24/04/2019

Início da manhã

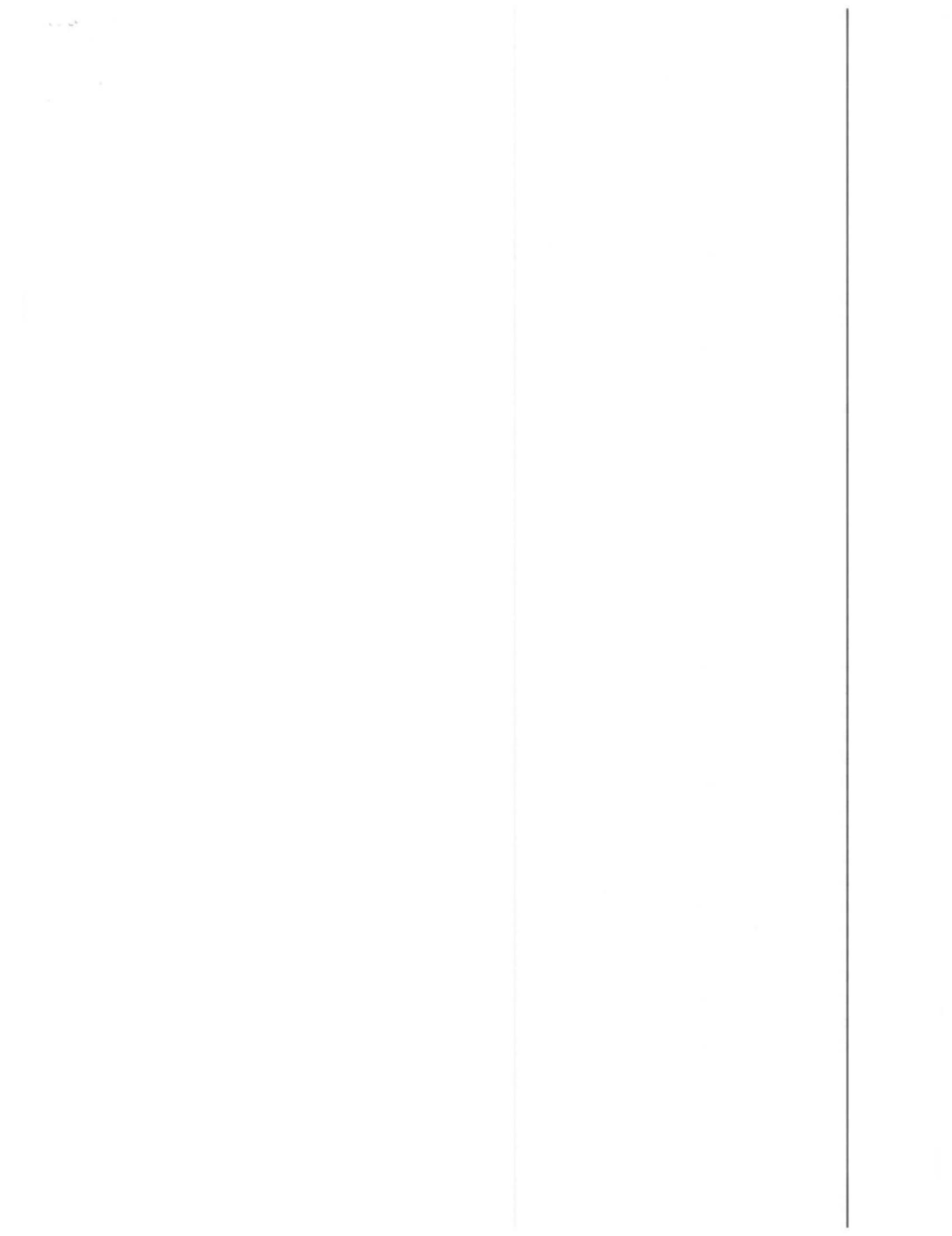
TIBERIO VANOMARK CHAVES

Este Relatório Cirúrgico é emitido de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.205-2/2001, Resolução CPM 102/2007, Resolução CPO 47/2010, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Fletiforme em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) com N° 042.

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA DE MORAES, AC ONLINE RPPN: 04798610483

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







HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 29/04/2019 08:06

PACIENTE: 0000021350

ATENDIMENTO: 00124299

LOCAL:

MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES

CONVÉNIO: AMIL

WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

IDADE: 29 Anos 5 Meses 24 Dias

DATA: 23/04/2019 10:57

SEXO: Masculino

ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

CRM: 8252

- 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

Exames Laboratorial

Data:

- SIM NÃO Distância inter-incisivos _> 3cm
- SIM NÃO Distância tirementoneana _> 6cm
- SIM NÃO Dist. esternomentoniana _> 12cm

Hb: Ht: Glic: Cr: Ur:

Na: K: TC: TS: Plaq:

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

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

Cirurgião:

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

Recomendação do Anestesista:

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 type="radio"/> Move 4 membros
Respiração	<input checked="" type="radio"/> Apnéia	<input type="radio"/> Limitada, dispneia	<input type="radio"/> Profunda, Tosse
Consciência	<input checked="" type="radio"/> Não responde ao chamado	<input 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 type="radio"/> 20% nível pré-anestésico
SpO2	<input checked="" type="radio"/> Sat. <90% com O2	<input type="radio"/> Sat. >90% com O2	<input 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) 3269-1006/7576
 CPF: 132.673.024-04
 HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

JOSE BONIFACIO NOBREGA IMPERIANO

CRM - PB : 3107

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Data	23/04/2019	Código	13746
Hora da Admissão	13:20h	Hora da Alta	14:30h

PRÁTICAS DE CONTROLE

Pulseira de Identificação:

- Todas as informações da pulsiera

Prevenção de Quedas:

- Manter grades elevadas
 Manter rodas maca/cama travadas
 Contenção mecânica. Qual?

Manter Decúbito:

- Dorsal Fowler
 Ventral Outros

Acessos

- Acesso venoso e identificado e prévio
 Aplicação de Medicamentos/Via:

Peça Cirúrgica:

SIM NÃO

- Etiqueta de identificação
 Registro no Formulário

Checkagem de Drenos:

- Identificados. Qual?
 Não se aplica.

ANTES DA ALTA VERIFICAR

- SVD SNE SNG AVP Identificada Não se aplica.

EVENTOS ADVERSOS

ESCALA DE DOR

- Reação Medicamentosa
 Reação Anestésica
 Reação Transfuncional 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
CONVÉNIO: AMIL

IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias
DATA: 23/04/2019 10:57
SEXO: Masculino
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO
CRM: 8252

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS

Este registro foi assinado digitalmente no acordo com o ICP-Brasil, MP-2.200-0/2001, Resolução CPM 162/09/07, Resolução CFD 91/2009, 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) com N° 045.

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS 00000279461, AC VALID PFB, 00000279461.

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





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, nºP-J-200-2-2017, Resolução CPM 1621/2007, Recolupan CPO 81/2006, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registros Eletrônicos em Saúde (SRS) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) em N° 043.

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS (0033027841), AC VALO RFE: 26330374851.

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





HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 28/04/2019 14:23

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
CONVÉNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

DRENO TÓRAX SUCÇÃO SILICON LATEX S/RESTRIÇÃO C/RESTRIÇÃO

DRENO DE BLACK

ANTISSÉPTICO UTILIZADO:

BALÃO INSUFLADO COM (ml):

ASPECTO:

REALIZADO POR:

9. Serviços Realizados:

BANCO SANGUE RADIOLÓGIA: ARCO CIRÚRGICO RAIO 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: OCCLUSIVO SEMI-OCCLUSIVO 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. ANAFLÁTICO
 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
 ATENDIMENTO: 00124299
 LOCAL:
 MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES
 CONVÉNIO: 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

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:

TIBERIO
BONIFACIO

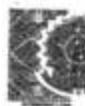
Não se Aplica S1 S2 Anestesista Agenda

José Bonifácio Imperiano
 Diretor Médico
 jose.bonifacio@hnsn.com.br
 (83) 99106-7576
 CPF: 132.673.023-04
 HOSPITAL MEMORIAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

JOSE BONIFACIO NOBREGA IMPERIANO

CRM - PB

: 3107


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA DEFESA
 COORDENAÇÃO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

P B

NOME: **MELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA**

DOC. EXPIRAÇÃO / OBR. INÍCIO DE	30/04/2026	ESP	PB
CPF	014.568.164-54	DATA NASCIMENTO 05/11/1989	
PAI / MÃE			
LUIZ TARGINO DE LIMA			
TERESA DE ANDRADE LIMA			
NOME PATERNO		ADC	CAU. NOME
NOME MATERNO		AD	
NR. IDENTIF.	04298700581	VALIDADE	28/09/2022
		1 ^ª HABILITAÇÃO	21/02/2008

OBRIGAÇÕES

CAR:

Assinatura do portador

LOCAL: **JOÃO PESSOA, PB**

DATA FABRICAÇÃO: **17/10/2017**

Assinatura do emissor

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545260054

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

Gesta Seguradora S/A.
 Dom Pedro I, 775 Sl. 106-João Pessoa/PB



OAB



08694421

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL



CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nº 487

LIBRI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

08694421

TIPOLOGIA

RAIMUNDO PEREIRA DE SOUSA
CAMIRNA DE FATIMA P. DA SILVA SOUSA

NATURALIZADO

BRASILEIRO

POUPAL PS

EXCLUI DO EXERCÍCIO

2010/11/00

PL

2933873 - SSP/PE

007-714-324-74

TIPOLOGIA DE INVESTIGAÇÕES

NÃO

01 01/01/2013

02 05/12/2013

ÓBIO DEBOCHI



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

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



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

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 23/04/2019

Titular do CPF: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

Declaração do Proprietário

Eu,恩里克·皮内罗·米兰达·莱莫斯，
inscrito com CPF nº 025.422.994-80, declaro que sou proprietário
de imóvel localizado no bairro Praia
D'Ala, nº 33 - casa 104 - Mucurajó - João Pessoa - PB,
é tenho como vizinho o sr. WELTON Júnior An-
drade da Lima, inscrito com CPF nº 034.568.164-59.
Também que o sr. WELTON Júnior Andrade
da Lima, reside neste bairro a mais de
um ano.

João Pessoa, 18 de Maio de 2019

Enrico Pinto Miranda Lemos

CPF nº 025.422.994-80

Proprietário do imóvel

DEPARTAMENTOS 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO EXLENDO 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO EXLENDO 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