

---

**Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190515067**

**Vítima: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**

**Data do Acidente: 30/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

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

**Senhor(a), GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**

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, 20 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190515067**

**Vítima: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**

**Data do Acidente: 30/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000000493-6**

Conta: **000000038914-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
7ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB  
Rua João Viana Amorim Guedes, 1037, Catingueira, C. Grande/PB

## **BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

***Versando sobre ACIDENTE DE TRÂNSITO***

***Hora e data do fato: Às 14:15, do dia 30 de abril de 2019.***

***Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 09:33, do dia 15 de julho de 2019.***

***Local do Ocorrido: ALÇA SUDOESTE, EM FRENTE AO POSTO DE GASOLINA DA COTEMINAS***

**COMUNICANTE: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**, do sexo masculino, nascido no dia 19/03/1999, com 20 anos de idade, ID: 4.155.319 SSP-PB, OP. MÁQUINAS, filho de GERLÂNIO DE SOUZA PONTES e de LUCILEIDE BATISTA DE BRITO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRO, natural de CAMPINA GRANDE, BRASILEIRO, residente na RUA INÁCIO DA COSTA RAMOS, 87, complemento P. REDE COMPRAS, bairro MALVINAS, na cidade de C. GRANDE, PB, celular Nº 9.8687-0723

**VÍTIMA: O(A) COMUNICANTE**

**TESTEMUNHAS: WENDELL ARAÚJO SOUSA**, do sexo masculino, ADVOGADO, residente na RUA TOMAZ SOARES DE SOUSA, 1010, P. AO MOTIVA, complemento AP. 201, bairro CATOLÉ, na cidade de C. GRANDE, PB, celular Nº 9.9850-6142. **ELIZABETH COSTA ARAÚJO**, OP. MÁQUINAS, residente na RUA TOMAZ SOARES DE SOUSA, 1010, P. AO MOTIVA, complemento AP. 201, bairro CATOLÉ, na cidade de C. GRANDE, PB.

**ACUSADO(S): A INVESTIGAR**

**HISTÓRICO:** informa o comunicante que, no dia do fato, estava transitando na BR 230, Alça Sudoeste, ocasião em que um carro cuja placa não conseguiu visualizar saiu repentinamente do posto de gasolina, não pegando um giradouro ali existente para tal manobra, adentrando de vez na pista, o que ocasionou um acidente, tendo o comunicante perdido o controle da moto Honda CG 160 Fan, ano 2018/2019, cor preta, placa QDG8420/PB; QUE foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido ao Hospital, conforme documentação anexa.

AUTORIDADE

  
KARINE DE LIMA VASCONCELOS

COMUNICANTE

  
GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

ESCRIVÃ

  
SIMONE RODRIGUES

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
04 SET. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 704.765.764-90 Nome completo da vítima: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

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

Nome completo: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES CPF: 704.765.764-90  
 Profissão: OPERADOR MAQUINARI Endereço: R. IMACIO DA COSTA RAMOS Número: 87 Complemento: 1º ANDAR  
 Bairro: UNIVERSITARIO Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: 58429-115  
 E-mail: aduwendellaraio@gmail.com Tel.(DDD): 83 98687-0723

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

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

AGÊNCIA: 0493 6 CONTA: 0038914 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: CAMPINA GRANDE - PB 11/07/2019  
 Nome: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES  
 CPF: 704.765.764-90

**TESTEMUNHAS**  
 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Glauber Luann de Brito Pontes  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
 Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

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





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA**  
**2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR**  
**2º BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITAR**

Campina Grande – PB, 14 de Maio de 2019.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 024/2019**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 30/04/2019, conforme registro nº BM 2019.0430.1415-00043, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 14h15min o Sr. **GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**, documento de identificação nº **2914128 SSP/PB** vítima de Acidente de Trânsito (**ATROPELAMENTO NÃO FATAL**) ocorrido na **BR-230, próximo a Coteminas, Bairro: Velame, Campina Grande-PB**. O sinistro foi atendido pela guarnição da viatura de prefixo **AR-37**, tendo como chefe o **CB BM Claudino, Matrícula: 521.978-7**. A VÍTIMA ENCONTRAVA-SE AO SOLO COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UMA FRATURA EXPOSTA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO (TÍBIA E FIBULA). Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição transportou a vítima para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzava Fernandes.

Para constar, eu **ASPIRANTE, CRISLAINE MACEDO TRAJANO**, Matrícula **527.465-6** Chefe do **RESGATE**, digitei a presente Certidão, que vai assinada por mim e pelo auxiliar.

**CRISLAINE MACEDO TRAJANO – ASP QOBM**  
Chefe do Resgate

**ERIC MEDEIROS MARINHO – ST QPMP-0**  
Auxiliar do CIOP

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
04 SET. 2019  
ESTOQUELO  
SAG. JOÃO PESSOA

**DA PARAIBA**







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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Erivan Fernandes de Medeiros

inscrito (a) no CPF/CNPJ 026864664, 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Glauber Luann de Brito Pontes inscrito (a) no CPF sob o Nº 704765764, 90

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Glauber Luann de Brito Pontes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 704765764, 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso informar Renda: Recuso informar 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>Av. Vigário Calixto</u>	Número: <u>375</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>e grande</u>	Estado: <u>76</u>
E-mail: <u>jt.Medeiros1@gmail.com</u>	CEP: <u>58401236</u>	Tel.(DDD): <u>85981438421</u>

Local e Data: e grande 04/09/2019

José Erivan Fernandes de Medeiros  
Assinatura do Declarante





*Emergência*



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



CLASS. DE RISCO: VERMELHO  
PRONT (B.:1886497)

HOSPITAL DE GÊNECIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.776.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 30/04/2019  
Boletim de Encia (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Limeira

PACIENTE: JUBER LUAN DE Nascimento: 19/03/1999

BRITO POI Sexo: M Telefone: 988088439

Endereço: INAI COSTA RAMOS Bairro: MALVINAS

Cidade: Campande Idade: 020 N°: 87

Nome da Mãe: LEIDE BATISTA DE BRITO RG: Profissão: OPERADOR DE MÁQUINA

Responsável: CPF: CNS: 6546699999996

Estado Civil: S(a) Data de Atendi: 30/04/2019 CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDIE MOTO Hora: 14:59:04 Especialidade:

Médico: CRM:

MECANISMO TRAUMA LOCAL DA Ledentifique o focal com o número correspondente ao lado)

- Abrãso
- Amputação
- Avulsão
- Contusão
- Crepitação
- Dor
- Edeima
- Empalhamento
- Enfisema subcutâneo
- Esmagamento
- Equimose
- F. Arma branca
- F. Arma de fogo
- F. Cortuso
- F. Cortante
- F. Corto-contuso
- F. Perfuro-contuso
- F. Perfuro-cortante
- Fratura óssea fechada
- Fratura óssea aberta
- Hematomas
- Incurtamento
- Laceração
- Lesão tendão
- Luxação
- Mordedura
- Movimento relativo parafal
- Objeto Enfiado
- Otorragia
- Paralisia
- Paresia
- Parestesia
- Quelmadura
- Rinorragia
- Sinais de Isquemia

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em: 30/04/19

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
04 SET. 2019

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de colisão moto-caminhão, traído pelos bombeiros apresentando fratura exposta de tibia e fíbula

- A: Via aérea permeável
- B: NN@ AHT 21 RA, RCR 2T BNF 3/5
- C: Hemodinamicamente estável, Pressão D cianótica (pulso fili)
- D: Glasgow 15
- E: Fratura exposta de tibia e fíbula B

ALERGIA: Neqa

MEDICAMENTOS: Neqa

PATOLOGIAS: Neqa

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: Sat102

RAIO X  
REALIZADO EM:  
30/04/19

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA às : Dia 30/04/19  
Especialista: VASCULAR / às : Dia 30/04/19

MÉDICO SOLICITANTE  
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SFOAY 1000 ml, EV, Agora	} 7h-10h
2	Dipirona 2g + AD, EV, Agora	
3	Tilatil 40mg + AD, EV, Agora	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Genesino Oliveira Carvalho  
Carimbo Geral  
CRM: 4475

OBS:  
QUEIMADUI Superfície al lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIGNOSTIC: POLITRAUMA



EXAME SECUJO / PARECER MÉDICO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 04 SET. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

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

- ( ) Centro cir \_\_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar / ( ) Já revela
- ( ) Internação / \_\_\_\_\_ ( ) Decisão Médica
- ( ) Transferêntro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_ ( ) Óbito

*X. R. de Almeida Baldebrute*  
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _
_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _
_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _
_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNEC  
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNEC  
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
1886528

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO  
19/03/1999

9 - SEXO  
Masc  Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
LUCILEIDE BATISTA DE BRITO

11 - TELEFONE DE CONTATO  
DDD 83 Nº DE TELEFONE 988088439

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)  
INACIO DA COSTA RAMOS, 87, MALVINAS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400 15 - UF PB 16 - CEP 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
Éfene Alimento maloclusivo / Trauma na perna ⊕ EF: DUBLOS (H) PERF. PERIF (H) FORTÍSSIMO EXTENSO / EXPOSIÇÃO OSSA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

⊕ ANIMA

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

⊕ X PERNA ⊕

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura exposta dos ossos da perna ⊕

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Redução cirúrgica / fix. na perna ⊕

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
190005316860006

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
30/04/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

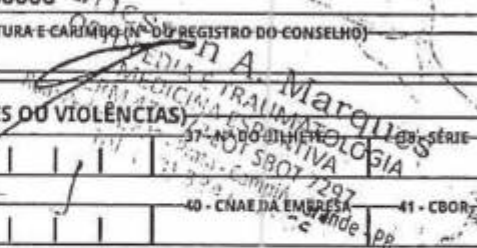
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

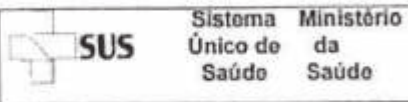
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)







LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIAMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIAMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES: 2362856

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1886528

7 - CARTÃO DO SUS: [ ]

8 - DATA DE NASCIMENTO: 19/03/1999

9 - SEXO: Masc  Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: LUCILEIDE BATISTA DE BRITO

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE: 83 988088439

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): INACIO DA COSTA RAMOS, 87, MALVINAS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande

14 - CDD/MUNICÍPIO: 250400

15 - UF: PB

16 - CEP: 58400002

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Refere paciente maloclusão / trauma NA PERNA ⊕ EF: PULSO ⊕ PERF PERIF ⊕ FRAGMENTO EXTERNO / EXPOSIÇÃO OSSA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Através

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Através exposição ossos da perna ⊕

21 - CID 10 PRINCIPAL: [ ]

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: [ ]

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: [ ]

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Redução cirúrgica / fix. da ossa ⊕

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: [ ]

26 - CLÍNICA: [ ]

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02

28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF: [ ]

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 190005316860006

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 30/04/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [ ]

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: [ ]

37 - Nº DO BILHETE: [ ]

38 - SÉRIE: [ ]

39 - CNPJ EMPRESA: [ ]

40 - CNAE DA EMPRESA: [ ]

41 - CBOR: [ ]

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

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [ ]

44 - COD. ORGÃO EMISSOR: [ ]

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: [ ]

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF: [ ]

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: [ ]

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [ ]

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
04 SET. 2019  
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

**REQUISICÃO DE EXU**

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



NOME:																				PRONTUÁRIO	
																					575
IDADE:																					ENF.: 7
																					LE 2
SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	COR:	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	Cont. T									

DADOS CLÍNICOS:

*Os op*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RX perne @ AP / P

**RAIO X REALIZADO EM:**  
05/1/19

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 01/05/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Hallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9562





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1886528 Paciente: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: LUCILEIDE BATISTA DE BRITO Data de Nascimento: 19/03/1999 Admissão: 30/04/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXP OSSOS PERNA D

DIA 03/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	✓ 12 19 24 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12 19 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	14 22 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 19 24 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA:03/05/2019 HORA:08:07:10

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, AFEBRIL

NV: PRESERVADO

DOR: 2/4+


FO:EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

SO. R-X DE CALCÂNEO D

601. MB/45

  
 Dr. Wagner Falcao  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM-PE 8643  
 ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner De Melo Falcao







**ESTADO DA PARAIBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS**  
**GONZAGA FERNANDES**  
**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

<b>Sr(a):</b> GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES	<b>Protocolo:</b> 0000464212	<b>RG:</b> NÃO INFORMADO
<b>Dr(a):</b> WAGNER FALCAO	<b>Data:</b> 03-05-2019 10:28	<b>Origem:</b> CLINICA ORTOPEDICA II
<b>Convênio:</b> HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	<b>Idade:</b> 20 anos	<b>Destino:</b> ENF 07 - L 02

**HEMOGLOBINA** ..... **10.5**

[DATA DA COLETA: 03/05/2019 10:27 ]  
 Material: Sangue  
 Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:  
 F: Feminino: 11,0 - 16,0 g%  
 M: Masculino: 13,5 - 18,0 g%

**HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE** ..... **31.5 %**

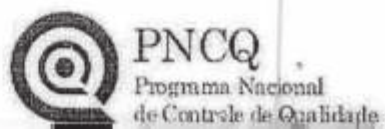
[DATA DA COLETA: 03/05/2019 10:28 ]  
 Material: Sangue  
 Método: Wintrobe

Valores de Referência:  
 37 - 47 % (Wintrobe)

**Carlos Felipe Souza de Miranda Neto**  
 Biomedica  
 CRBM 5409

Emissão : 03/05/2019 11:43 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: C195-3080-6398-2B41-439B-B6F5-59A6-878B





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/05/2019

Horas: 06:29:52

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1886528 Paciente: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: LUCILEIDE BATISTA DE BRITO Data de Nascimento: 19/03/1999 Admissão: 30/04/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXP OSSOS PERNA D

DIA 02/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

OL

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 18 21 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	14 18 21 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	14 18 21 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	14 18 21 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	14 18 21 06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	14 18 21 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO Concentrado de hemácias, 3UI, EV.

DATA: 02/05/2019 HORA: 06:29:32

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, AFEBRIL

NV: PRESERVADO

DOR: 2/4+

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM  
AGUARDA CIRURGIA  
SOL. PRÉ-OP

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7825

Dr. Wagner Falcao  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner De Melo Falcao

UNIDADES	HEMOCC	DATA	ABO/RH
DOADOR:	211	VOLUME:	A+
INICIO:	19:30		
PA	PULSO	TEMP:	

UNIDADES	HEMOCC	DATA	ABO/RH
DOADOR:	1027	VOLUME:	A+
INICIO:	19:30		
PA	PULSO	TEMP:	

UNIDADES	HEMOCC	DATA	ABO/RH
DOADOR:	1080	VOLUME:	A+
INICIO:	23:10		
PA	PULSO	TEMP:	





GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1886528 Paciente: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES Idade: 020

Nome da Mãe: LUCILEIDE BATISTA DE BRITO Data de Nascimento: 19/03/1999 Sexo: M

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: <sup>7</sup>URPA Leito: <sup>2</sup> Diagnóstico:

7-2

DIA 30/04/2019

MÉDICO(A): Ericsson Albuquerque Marques /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	<del>24</del> <del>06</del>
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	(24) (06) → para a URPA sem curativos
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	(24) (06)
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	<del>24</del> <del>06</del>
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<del>06</del>
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	(06) F
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

30/4/19 leite - Admissão q/ FMNM exclusiva  
nos olhos na retina  
L.O. AD Centro Cirúrgico

Ericsson A. Marques  
MÉDICO EM NEFROLOGIA  
Rua: Rua...  
Tel: (43) 3351-...  
-5

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1886528 Paciente: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: LUCILEIDE BATISTA DE BRITO Data de Nascimento: 19/03/1999 Admissão: 30/04/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXP OSSOS PERNA D

OK  
OK

DIA 01/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	OK
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	<del>12/18/24</del>
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	<del>12/18/24</del>
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	<del>12/18/24</del>
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	<del>12/18/24</del>
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<del>12/18/24</del>
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	OK
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	OK
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

### EVOLUÇÃO

DATA: 01/05/2019 HORA: 08:22:46

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, AFEBRIL.

NV: PRESERVADO

DOR: 2/4+

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM  
AGUARDA CIRURGIA

*Seleto RX controle*

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida

*Handwritten signature*  
Hallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAMATOLOGIA  
CRM - PB 9562



NOME:	GILVBER	WAN DE BRITO	PONTES							PRONTUÁRIO		
IDADE:										526		
SEXO:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	COR:	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	PESO:		ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEI

DADOS CLÍNICOS:

POLITERMINA

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de bacia  
Rx de perna D  
Rx de tórax

**RATOX**  
REALIZADO EM:  
30/04/19

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 30/04/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Genesio Lourenço de Carvalho  
Cirurgião Geral  
CRM: 4475

PACIENTE:	GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES
DATA DO EXAME:	30/04/2019

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

#### METODOLOGIA:

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

#### ANÁLISE:

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

Fígado de dimensões e contornos normais. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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

- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações relacionadas ao trauma.

*Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio.*



**DR. ANDRÉ VENTURA**  
Médico Radiologista  
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Cláudio Luciano de Brito Registró: \_\_\_\_\_ Leito: 7.2 Setor Atual: \_\_\_\_\_

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: 37,0 °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: 21 lpm; PA: 120/70 mmHg; FC: 94 bpm; SPO2: \_\_\_\_\_ %  
 HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm Dor: ( 0 ) Local: Perna Direita Obs.: \_\_\_\_\_

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

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

Pupilas: (  ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

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

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

Obs: \_\_\_\_\_

**\* OXIGENAÇÃO**

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº \_\_\_\_\_ Comissura labial nº \_\_\_\_\_ FIO2 % PEEP cmH20

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

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

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

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_

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

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

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

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**\* SEGURANÇA FÍSICA**

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



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

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

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

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

× Cateter vascular:  Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSE Data da punção 01/05/19

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

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

× Dentição:  Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

× Alimentação:  VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

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

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

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

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

Aspecto: \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**  
Condição da pele:  Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:

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

Condições das mucosas:  Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: \_\_\_\_\_

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: \_\_\_\_\_ Débito: \_\_\_\_\_ Curativo em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_ Retirado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

× **CUIDADO CORPORAL**  
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente  Parcialmente dependente. Observações:

× Higiene corporal:  Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

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

× **SONO E REPOUSO**  
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia  Sono interrompido. Observações:

**4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**  
× **COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

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

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

**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**  
**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

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

**INTERCORRÊNCIAS**

Paciente evolui clinicamente estável, consciente e orientado em tempo e espaço, mantém termo normal, cardíaco, pulmonar, mantém a função intestinal preservada, restrição ao leite, AVP em MSE, cuidado corporal inicialmente dependente, satisfatório, plano intermédio (SIC), comunicação preservada. Realizado cuidados de enfermagem segue sob cuidados da equipe de enfermagem unificada RB-1812010023 Maria Rita Lima

Assinatura do Enfermeiro: \_\_\_\_\_ DATA: 02/05/2019 HORA: 16:00 h

Emerson Togo dos S. Alves  
ENFERMEIRO  
COREN-PR 488.128



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Glaucoz Luan Registró: 7 Leito: 2 Setor Atual: oto J

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

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

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

**OXIGENAÇÃO**

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH20

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

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

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

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**

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



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

Tempo de enchimento capilar: ( )  $\leq 3$  segundos; ( )  $>3$  segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: (  ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (  ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção 01/05/19

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

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**

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

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

Alimentação: (  ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

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

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

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**

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

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

Condições das mucosas: (  ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CUIDADO CORPORAL**

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

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

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

**SONO E REPOUSO**

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

**4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

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

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

**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

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

**INTERCORRÊNCIAS**

Assinatura do Enfermeiro: DATA: 02/05/19 HORA: \_\_\_ h

Elinice Afonso de Sousa  
COREN-PB 28656-ENF



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

 Nome: *Glauber Juan* Registro: Leito: *7.2* Setor Atual: *nt 2*
**2. AVALIAÇÃO GERAL**

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

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

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

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

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

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

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

Obs:

**OXIGENAÇÃO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**
 Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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



Pele:  Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.  
 Tempo de enchimento capilar: ( )  $\leq 3$  segundos; ( )  $>3$  segundos. ( ) Turgência jugular: ( )  
 Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )  
 Ausculta cardíaca:  Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
 Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: PS E Data da punção 01/05/19

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:  
**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
 Tipo somático:  Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.  
 Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.  
 Alimentação:  VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data:  / /  
 Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:  
 Abdômen:  Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:  
 RHA:  Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
 Eliminação intestinal:  Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:  
 Eliminação urinária:  Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h;  
 Aspecto: ( ) Outros: Observações:

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**  
 Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses  Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:  
 Coloração da pele:  Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado  
 Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )  
 Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:  / /  
 Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em:  / /  
 Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo:  / /

**CUIDADO CORPORAL**  
 Cuidado corporal: ( ) Independente  Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:  
 Higiene corporal:  Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal:  Satisfatória ( ) Insatisfatória.  
 Limitação física:  Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

**SONO E REPOUSO**  
 Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

**4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**  
**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**  
 Comunicação:  Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos:  Cooperativo ( ) Medo:  
 ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**  
**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**  
 Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

**INTERCORRÊNCIAS**  
*Pete consciente orientado. Aguarda procedimento cirúrgico. Segue aos cuidados da enfermagem.*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 01/05/19 HORA:  / /





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

REQUISIÇÃO DE EXA

NOME:	G	L	A	B	E	R	U	A	N	D	E	B	R	I	T	O	P	O	N	T	E	S	PRONTUÁRIO
IDADE:																							
SEXO:	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>																			
COR:	B	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>																	
PESO:																							
ALTURA:																							
CLÍNICA:																							
ENF.:																				7	2		

DADOS CLÍNICOS:

POLITRAUMA

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG FAST

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em:  
30/04/19

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	30/04/19		
HORA DA SOLICITAÇÃO:			

Centro de Diagnóstico e  
Terapia de Emergência  
Hospital de Emergência e Trauma  
Dom Luiz Gonzaga Fernandes  
CNPJ nº 17.175



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO |2|3|6|2|8|5|6| 1 - CPF |2| |1|0|8|4|8|1|9|0|0|0|0|1|5|5|  
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR GENERAL EDSON RAMALHO

ENDEREÇO: RUA EUGÊNIO DE LUCENA NEIVA, SN

BAIRRO: JARDIM 13 DE MAIO CEP: 58025-020 MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PB(25)

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
PRONTUÁRIO:  
Nº \_\_\_\_\_

**RAIO X REALIZADO EM:**  
30/06/19

DADOS CLÍNICOS: *Arterioesclerose* MATERIAL A EXAMINAR: *AP/Perf.*

EXAMES SOLICITADOS: *Arterioesclerose*

João Pessoa -PB 30/04/2019

Médico: \_\_\_\_\_  
*Paulo*  
MEDICINA DO TRABALHO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 9551



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO |2|3|6|2|8|5|6| 1 - CPF |2| |1|0|8|4|8|1|9|0|0|0|0|1|5|5|  
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR GENERAL EDSON RAMALHO

ENDEREÇO: RUA EUGÊNIO DE LUCENA NEIVA, SN

BAIRRO: JARDIM 13 DE MAIO CEP: 58025-020 MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PB(25)

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
PRONTUÁRIO:  
Nº \_\_\_\_\_

**RAIO X REALIZADO EM:**  
30/06/19

DADOS CLÍNICOS: *TNZ* MATERIAL A EXAMINAR: *AP/Perf.*

EXAMES SOLICITADOS: *TNZ*

João Pessoa -PB 30/04/2019

Médico: \_\_\_\_\_  
*Paulo*  
MEDICINA DO TRABALHO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 9551



Sr(a): GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES      Protocolo: 0000464072      RG: NÃO INFORMADO  
 Dr(a): WAGNER FALCAO      Data: 02-05-2019 11:11      Origem: CLINICA ORTOPEDICA II  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 20 anos      Destino: ENF 07 - L 02

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 02/05/2019 11:09 ]

	Resultados	Valores de Referências
<b>SÉRIE VERMELHA</b>		
Eritrócitos.....	2.5 milhões/mm <sup>3</sup>	4.2 à 6.0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	7,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	23,4 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	94 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL
<b>SÉRIE BRANCA</b>		
Leucócitos.....	6.100 /mm <sup>3</sup> (%)	4.500 à 12.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
<b>Neutrófilos</b>		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	122
Segmentados.....	70,0	4.270
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
<b>Linfócitos</b>		
Típicos.....	27,0	1.647
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	1,0	61
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	149.000 mm <sup>3</sup>	140.000 à 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL  
 Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto  
 Biomédico  
 CRBM - 5010

Emissão : 02/05/2019 11:40 - Página 1 de 2



**ESTADO DA PARAIBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
 HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
 GONZAGA FERNANDES  
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



**SUS**  
 Sistema  
 Único  
 de  
 Saúde

Sr(a):	GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES	Protocolo:	0000464072	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	WAGNER FALCAO	Data:	02-05-2019 11:11	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	20 anos	Destino:	ENF 07 - L 02

**TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'42''**

[DATA DA COLETA: 02/05/2019 11:11 ]  
 Material: sangue  
 Método: Duke

Valores de Referência:  
 DE 1 A 3 MINUTOS.

**TEMPO DE COAGULACAO..... 8'45''**

[DATA DA COLETA: 02/05/2019 11:11 ]  
 Material: Sangue  
 Método: Lee-White

Valores de Referência:  
 DE 5 A 10 MINUTOS

  
 Geraldo Ramalho da Fonseca Neto  
 Biomédico  
 CRBM - 5010

Emissão : 02/05/2019 11:40 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E677-B141-87C2-68B2-28E4-5F59-8A8F-A2FE







**Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica**

Paciente: <u>Gláuber Luan de Brito Pontes</u>	Idade: <u>20a</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: _____
Procedimento: <u>Trat. complexo frnt esquerda de p/mo D</u>	
Cirurgião: <u>Dr João</u>	Auxiliar: <u>—</u>
Anestesista: <u>Dr Valdeirly</u>	
Início: <u>16</u>	Término: <u>17:40</u>
Anestesia: <u>Rogui</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
17:30	100x50	91	99%	Beiza	-	Consciente
19:25	106x61	95	96%	Luciana	+	

Medicamentos/Materiais	Quantidade

**Observações:**

---



---



---



---

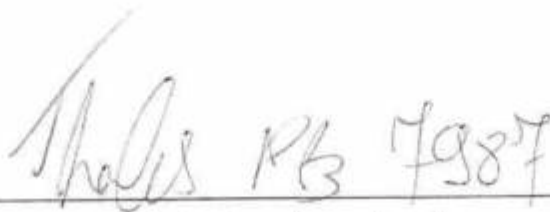


---

*(Handwritten signature)*

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

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



Assinatura do anestesista



30/04/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. Data: 30/04/2019  
NOME: Joao Paulo Oliveira Nunes



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 137556

DATA DA CIRURGIA: 30/04/2019

Número do Atendimento: 1886528 Clín: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 2

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES

Data da Internação: 30/04/2019

Atendimento: 1886528

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: Data da Cirurgia: 30/04/2019

Equipe:

Cirurgião: DR JOAO PAULO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: DR WANDERLEY

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA  
02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID  
03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS  
04- AMPLIAÇÃO DA FERIDA  
05- LAVAGEM EXAUSTIVA SF0.9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS  
06- redução cruenta e fixação cCOM FIXADOR EXTERNO  
07- REDUÇÃO INCRUENTA E DO CALCANEIO COM FIO DE k  
08- FECHAMENTO POR PLANOS APÓS REVISÃO HEMOSTÁTICA  
09- CURATIVOS

Data 30/04/2019

Dr. João Paulo  
MÉDICO DO TRABALHO  
ASSINATURA/Carimbo  
Joao Paulo Oliveira Nunes  
TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 9551



Hospital de ...  
 Instituto: Hospital de ... Código: \_\_\_\_\_  
 Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_  
 Nome do Cirurgião: Cláudio Leon de Brito Paulo  
 Data Cirurgia: 30/10/10 Nº prontuário: 1880497 Convênio: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: João Paulo Código: \_\_\_\_\_  
 Reposição  Caixa Pronta

**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
1	Arcondor Celular T350			

**ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS**

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_  
 Faturar N.F para: \_\_\_\_\_  
 Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_  
 Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_

**Dr. João Paulo**  
 MEDICINA DO TRABALHO  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM/PB 9551



Do. 19/03/1999

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Glauber Luan de Brito Pontes

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

QI: Sala 03 LEITE: Sus CONVÊNIO: Sus IDADE: 20a. REGISTRO: 1886497

CIRURGIA: Trat. cirur. Fract. Exposta. Péna CIRURGIÃO: Dr.º João Paulo

ANESTESIA: Raqui ANESTESIA: Dr.º Wanderley

INSTRUMENTADORA: Flávia DATA: 30/04/2019 INICIO: 16:00 FIM: 17:50

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. pl' Óxg.	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	20	Compressa Grande	Catgut cromado Sertix	
01	Dimorf amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide	Catgut Simples Sertix	
02	Efrane ml		Dreno	Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº	Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº	Cera pl' osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº	Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
02	Maracina <u>Psadac</u> % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	015	Ésparadrão Larco cm	Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml	Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml	03 Mononylon 2.0	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix	
0	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	01	Luvas 7.0	Vicryl Sertix	
	Flaxidól amp.	02	Luvas 7.5	Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0	Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	30	Óxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.	015	PVPI <u>Degerman</u>		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.	02	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	04	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrolinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml <u>PI LAVAR</u>
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuptanon amp.		Sonda foiley	Qtd.	<u>BIO IMPLANTE E PROTESE</u>
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogálica	01	<u>Fixada linear PI</u>
01	<u>Nausechom</u>		Sonda Uretral nº		<u>FEMUR</u>
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		(+) Oxímetro de Pulso (0) Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		( ) Serra (2) Eletrocautério
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	<u>eletradas</u>		( ) Desfibrilador ( ) Oxícapiógrafo
	Aguilha pl' raque nº 25	02	<u>FIO K. nº 2.0</u>		(+) Foco Frontal (2) Cardiomonitor
(0)15	Álcool de Enfermagem 70%		<u>e 2.5</u>		( ) Fonte de Luz (2) Perfurador Elétrico
	Álcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				

1018-89-0000350- FIXADOR LINEAR P/ FEMUR PINO 5.0 mm HASTE 350 mm  
 LOTE: 38016 FAB: 30/05/2018  
 ESTERIL: PLASMA DE PEROXIDO DE HIDROGENIO (PPH)  
 QTDE: 01 ACO INOX REG. ANVISA NUM.: 80006480013  
 RESP. TEC.: FABIO LUIS GROHO - CREA 180619285-7  
 PRODUTO DE USO UNICO - NAO REUTILIZAR - VER INSTRUÇÕES DE USO  
 C/1018-89-0000350- FEMUR PINO 5.0 mm HASTE 350 mm  
 ESTERIL: PLASMA DE PEROXIDO DE HIDROGENIO (PPH)  
 QTDE: 01 ACO INOX REG. ANVISA NUM.: 80006480013  
 RESP. TEC.: FABIO LUIS GROHO - CREA 180619285-7  
 PRODUTO DE USO UNICO - NAO REUTILIZAR - VER INSTRUÇÕES DE USO  
 C/1018-89-0000350- FEMUR PINO 5.0 mm HASTE 350 mm  
 ESTERIL: PLASMA DE PEROXIDO DE HIDROGENIO (PPH)  
 QTDE: 01 ACO INOX REG. ANVISA NUM.: 80006480013  
 RESP. TEC.: FABIO LUIS GROHO - CREA 180619285-7  
 PRODUTO DE USO UNICO - NAO REUTILIZAR - VER INSTRUÇÕES DE USO

BIO



**FOLHA DE ANESTESIA**

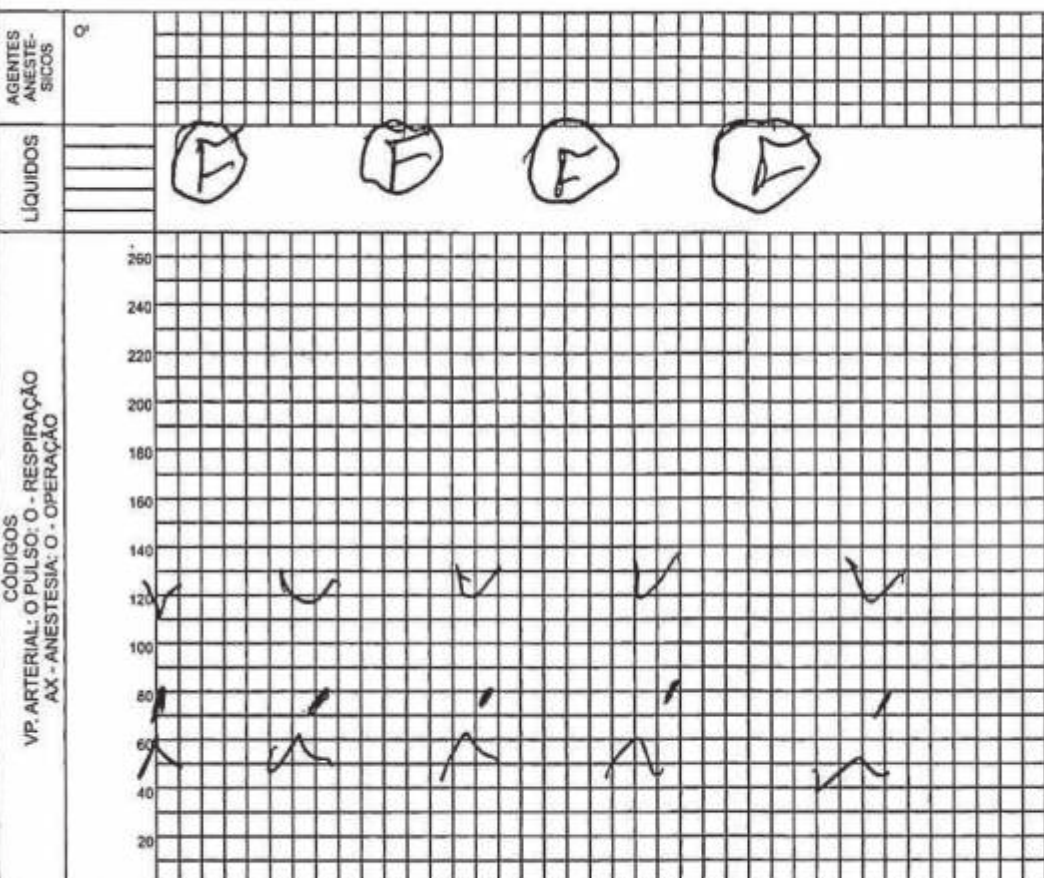
NOME *Colanber L. de Brito Pontes*

IDADE \_\_\_\_\_ SEXO *M* COR \_\_\_\_\_

DATA *20-04-14*

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA
URINA				OUTROS	

AP. RESPIRATÓRIO			ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO			ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL	ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES				
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		APLICADA	ÀS	EFEITO



INDUÇÃO  
 Satisf.: \_\_\_\_\_ Excit.: \_\_\_\_\_ Tosse: \_\_\_\_\_  
 Laringo espasmo: \_\_\_\_\_ Lenta: \_\_\_\_\_  
 Náuseas: \_\_\_\_\_ Vômitos: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_  
**MANUTENÇÃO**

ANESTESIA SATISF.: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
 Não, por quê? \_\_\_\_\_

DESPERTAR  
 Reflexos na SO: \_\_\_\_\_  
 Obstr.: \_\_\_\_\_ Co<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Excit.: \_\_\_\_\_  
 Náuseas: \_\_\_\_\_ Vômitos: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

Com cânula: \_\_\_\_\_  
 Paro o Leito Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
**CONDIÇÕES:**

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	
AGENTES	<i>Neop: 10mg + Dimorj - 10mg + Nalmed - 10mg - Cejog - 20mg</i>
TÉCNICA	<i>Rapida</i>
OPERAÇÃO	<i>Dist. Cir. Front. Esperto Perno</i>
CIRURGIÕES	<i>gato</i>
ANESTESISTAS	<i>Wanderley</i>
OBSERVAÇÕES	<i>[Signature]</i>

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





GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Núcleo de Segurança do Paciente  
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

*Faulla Juan de Brito Pontes DN. 19/03/1989* IDADE: *20a* PRONTUÁRIO: *1886491*

TÉCS DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ANTES DA INCISÃO ►►►►►►►►►►►►►►

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

PRADA

PAUSA CIRÚRGICA

SAÍDA

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE  
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
SÍTIO CIRÚRGICO  
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO  
CONSENTIMENTO

CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE  
• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
• SÍTIO CIRÚRGICO  
• PROCEDIMENTO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜINEAS?

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)  
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SIM  
NÃO ~~SE APLICA~~  
SIM  
NÃO ~~SE APLICA~~

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

SIM  
NÃO ~~SE APLICA~~

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

O PACIENTE POSSUI:

ERGIA CONHECIDA?

~~NÃO~~  
SIM

• ÁREA DIFÍCIL RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

~~NÃO~~

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL  
CO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML  
7 ML/KG EM CRIANÇAS?]

~~NÃO~~

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

*Jane*  
Assinatura







AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL A REGISTRAR O DIAGNÓSTICO CODIFICADO CID-OU POR EXTENSO

### ATESTADO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Denker Luciano de B. Pontes

portador da carteira profissional N° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

esteve internado nesse nosocômio de 03/05/19 a

12/05/19, necessitando de 10 (dez) dias

dias de afastamento de suas atividades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ laborais

a partir desta data por motivo de doença.

CID 582.2

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL A REGISTRAR O DIAGNÓSTICO CODIFICADO CID-OU POR EXTENSO

Campina Grande, 12/05/19

Dr. Ricardo Antonio G. Filho  
Ortopedista e Traumatologista

Ass. Médico - CRM \_\_\_\_\_

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 15485259

USO OBRIGATORIO PARA TODOS OS FIMES LEGAIS (ART. 13 DA LEI Nº 8.933/84)

ASSINATURA DO POSTULANTE

21/03/2021

VALIDADEZ

CONDIÇÕES

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ESTAGIÁRIO

11671-E

Nome: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Filiação: JOSE RANILSO DE MEDEIROS  
JOANA DARC FERNANDES DE MEDEIROS

Naturalidade: CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO: 02/01/1971

CPF: 020.864.864-30

RG: 1.381.455 - SSP RN

DATA DE EXPEDICAO EM: 24/04/2019

PROF. PAULO ANTONIO MORAES SILVA - PRESIDENTE

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A

04 SET. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190515067

**Cidade:** Campina Grande

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES **Data do acidente:** 30/04/2019

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 11/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO EXTERNA) E ALTA MÉDICA. PÁG 26

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190515067

**Cidade:** Campina Grande

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES **Data do acidente:** 30/04/2019

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 11/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO EXTERNA) E ALTA MÉDICA. PÁG 26

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(ESPECÍFICA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT)

**BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES, brasileiro, solteiro, operador de maquinas, CPF: 704.765.764-90, RG: 4.155.319 SSDS/PB, residente e domiciliado na Rua Inácio da Costa Ramos, nº 87, Bairro Universitário, nesta cidade de Campina Grande - Paraíba, CEP.: 58429-115.

**PROCURADORES:** WENDELL ARAÚJO SOUSA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB nº 25.715, RG: 3.121.341 SSP/PB, CPF: 070.009.504-71, com endereço profissional na Rua Tomas Soares de Souza, nº 1010, ap. 201, Catolé, cidade de Campina Grande - PB, CEP.: 58.410-235, e JOSÉ ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS, brasileiro, divorciado, corretor, RG: 1.381.455 SSDS/RN, CPF: 026.864.664-30, com endereço profissional na Av. Vigário Calixto, nº 375, Catolé, cidade de Campina Grande - PB, CEP.: 58401-236.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo como meus procuradores acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimentos da Seguradora Líder, bem como junto a Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em fichas de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT a que tenho direito, podendo ainda requerer o que se fizer necessário, assinar, dar quitação, praticando, enfim, todos os atos para o fiel e pleno cumprimento deste mandato, pelo que dará a tudo por bom, firme e valioso. -----

Campina Grande - PB, 08 de julho de 2019.

*Glauber Luann de Brito Pontes*  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/VÍTIMA  
(Reconhecer firma por autenticidade)

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 SET. 2019

PROTOCOLO

SELO DIGITAL: A1107590-50M8  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tijm.jus.br>  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES  
Ea test. da verdade, Campina Grande-PB 11/07/2019 12:05:33  
Fernanda Patricia Santos da Silva Camilo - Escrevente  
[2019-0088492]ENL:63 19-91 FANPCM:63 0,29 FEPJ:63 1,98 [58410-235]  
9º OFFÍCIO DE NOTAS  
ESCREVENTE  
Fernanda Patricia Santos da Silva Camilo

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305652/19

**Vítima:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

**CPF:** 704.765.764-90

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS : 026.864.664-30

Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES : 704.765.764-90

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: 04/09/2019  
Nome: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS  
CPF: 026.864.664-30

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305652/19

**Número do Sinistro:** 3190515067

**Vítima:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

**CPF:** 704.765.764-90

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS : 026.864.664-30**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019  
Nome: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS  
CPF: 026.864.664-30

\_\_\_\_\_  
JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

\_\_\_\_\_  
LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO