



Número: **0800008-49.2019.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.737,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WLISSES SANTOS DE ALMEIDA (AUTOR)		JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31151096	01/06/2020 11:41	2722927_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta nº: 10848689

A/C: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170209529 ASL-0145146/17
Vítima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
Data Acidente: 21/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01217/01218 - carta_03



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta nº: 10851986

A/C: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170209529 ASL-0145146/17
Vítima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
Data Acidente: 21/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00083/00084 - carta_01



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2017

Carta nº: 10960953

A/C: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Sinistro: 3170209529 ASL-0145146/17
Vítima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
Data Acidente: 21/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00633/00634 - carta_02



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2017

Carta nº 11017009

A/C: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170209529 ASL-0145146/17
Vitima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
Data Acidente: 21/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DOS SANTOS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01099/01100 - carta_25



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11107704

A/C: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Sinistro: 3170209529 ASL-0145146/17
Vitima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
Data Acidente: 21/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DOS SANTOS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000004916

Conta: 000000008639-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.712,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do braço 10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00137/00138 - carta_15R





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, WILLIAGES SANTOS DE ALMEIDA,
PORTADOR(A) DO RG Nº 3994724 EXPEDIDO POR SSP PB EM 22/10/2017
CPF (20)1130594-20 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO ACUSOU
E RENDA MENSAL DE R\$ ACUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WILLIAGES SANTOS DE ALMEIDA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR;
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente no final do nome do titular;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta **corrente** pode ser identificada com **cópia simples rasurada** de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scaneada colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação do código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 8 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4916 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8639-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PARAIBA PB, 20 de MARÇO de 2017 WILLIAGES SANTOS DE ALMEIDA
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos herdeiros/beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade dos ferimentos e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

GRUPO SEGURADOR
LÍDER

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANCA FACIL

03/22/2017 15:06:48
CONVENIO: 000099236
OPERADOR: 00009924

CONTA: 4916.013.00008639-0
NOME: WILISSES SANTOS DE ALMEIDA
CPF: 701.131.594-20

COD. OPERACAO: 081400261
OPERACAO REALIZADA COM
SUCESSO

TRANSAÇÃO EFETIVADA OK

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (Informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDE

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, WILLISSES SANTOS DE ALMEIDAPORTADOR(A) DO RG Nº 3994724EXPEDIDO POR SSP PBEM 22/09/2017CPF (00000000000-00000000000) 20270315994-20 (CNPJ) 00000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ AGRICULTOR (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WILLISSES SANTOS DE ALMEIDA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4916 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8639-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PARAÍMA PE 20 de ABRIL

LOCAL E DATA

de 2017 WILLISSES SANTOS DE ALMEIDA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 11:41:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060111411517700000029895839>

Número do documento: 20060111411517700000029895839



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PICUI
DATA: 19/04/2017 HORA: 12:52:52
TERMINAL: 49161004 CONTROLE: 491610040251

AGÊNCIA: 4916 - PICUI
CONTA: 013.00008839-0
CLIENTE: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
DATA VALOR
24/03 10,00

MOVIMENTAÇÃO
DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR
SALDO ANTERIOR 0,00

Março

24/03 240944 DP CX AQUI 10,00C

RESUMO EM 18/04 10,00C
SALDO

RESUMO DO DIA 0,00
SALDO BLOQUEADO 10,00C
SALDO DISPONÍVEL 10,00C
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Wlisses Santos de Almeida
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Amauri Sales de Melo, S/N
Centro Baraúna PB CEP: 58188-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3994724
Data local do exame: [15/05/2017] Campina Grande [PB]

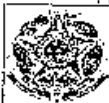
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- TRAUMA ESPLÊNICO**
FRATURA DE RADIO PROXIMAL D
PRESENÇA DE CICATRIZES CIRURGICAS EM ABDOMEM (LAPAROTOMIA), E REGIÃO VOLAR DO ANTEBRAÇO D, ADM DO MSD
PRESERVADO COM EXCEÇÃO DA SUPINAÇÃO QUE TEM LEVE LIMITAÇÃO, SEM DISTROFIAS, BOA FORÇA NO MEMBRO
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
FOI ATENDIDO NO MESMO DIA DO ACIDENTE, FOI SUBMETIDO A ESPLENECTOMIA EM CARATER DE URGÊNCIA, PERMANECEU 16 DIAS INTERNADO. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO, FEZ ACOMPANHAMENTO POR 2 MESES, FEZ FISIOTERAPIA.
Data da alta: MEADOS DE FEVEREIRO DE 2017
ESPLENECTOMIA
OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE RADIO COM USO DE PLACA E PARAFUSOS
Complicações: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
PERDA DO BAÇO, DANO ANATOMICO DO ANTEBRAÇO COM LEVE DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DA SUPINAÇÃO
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
BAÇO (RETIRADA CIRÚRGICA - ESPLENECTOMIA)
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo
Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
|--|---|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Schubert Costa
PÉRITO ASSISTENTE
SAUDE SEG
CRM - 5523





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1069641 - FRANCISCO JOSE MARTINS
Município/UF: GUATE/PA
Data/Hora do Acidente (hora local): 21/12/2016 18:30
BR: 104 KM: 29,0
Tipo de Acidente: Atropelamento de animal
Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Plena noite
Condições da Pista: Seca
Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical/Horizontal
Sinalização luminosa: Funciona
Condição meteorológica: Vento
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
Data e horário da solicitação:
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não
Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

DOCUMENTO 1 *TTP*

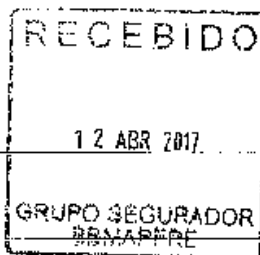


CONDIÇÃO DA RODOVIA

do Solo: Rural
Tipo de Localidade: Não edificada
Existe acostamento? Sim
Estado de Conservação: Regular
Há desnível? Não
É pavimentado? Não
Largura (m): 1,8
Possui defesa? Não existe
Possui meio-fio? Conservado(a)
Possui sarjeta? Não existe
Existe cantolito central? Não
Estado de Conservação:
Largura (m): 0
Tipo de inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não informado
Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular
Ocupação: Livre
Cerca: Não existe
Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom
Tipo: Simples
Qtd. de Faixas: 02
Tipo de Pavimento: Asfalto
Perfil: Em nível
Traçado: Reta
Curva Vertical: Não Existe
Superelevação: Não
Superlargura: Não
Largura da Pista (m): 7
Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

5146



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f0f76ad0

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 11:41:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060111411517700000029895839>
Número do documento: 20060111411517700000029895839

Num. 31151096 - Pág. 11



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83526268

Comunicação: C2079257

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

Local Preservado

104
Km
20250

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Rnboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amoreção
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou Derapagem
- Deposito da Colisão

BARRA DE SANTA ROSA

CURITÉ

LatITUDE do Ponto C: _____ LongITUDE do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme levantamentos no local do acidente, km 29 da br 104, município de Curité - PB, às 18:30 hs de 21/12/2016, o v1 fiat uno de placas MYM6514, após atropelar um animal que cruzava a pista, desgovernou-se, colidindo frontalmente com o v2 Renault LOGAN de placas QFY-2100 que saía da pista em seguida.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 56cb9049f0f76ad0

RECEBIDO

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

12 ABR 2017

Página 2 de 10

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 11:41:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060111411517700000029895839>
Número do documento: 20060111411517700000029895839

Num. 31151096 - Pág. 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MYM-0514 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9BD15822764980049 Renavam: 00925016047
Marca/Modelo: FIAT/UNO Cor: CINZA Ano: 2008 Tipo: Automóvel Emplacamento: NATAL/RN
Ocupantes: 2 Espécie: Categoria: CPF/CNPJ: 032.888.534-77
Proprietário: MARIA DAS DORES SOARES DA SILVA
Endereço: CEP:
Município/UF: NATAL/RN Telefones:
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: PEDRA LAVRADA/PB - BRASIL Destino: CUITE/PB - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Salida de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Animal solto Incêndio? Não
Marcas de Freonagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

DESCRIÇÃO DO RECOLHIMENTO:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Proprietário Data/Hora da Recepção (hora local): 21/12/2015 19:30 Motivo: Entrega
Responsável pela Recepção: Maria das Dores Soares da Silva
Documento do Responsável: 032.888.534-77
Município/UF: CUITE/PB Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: OPY-2500 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 93Y4SR004FJ789818 Renavam: 01066533510
Marca/Modelo: IRENAULT LOGAN Cor: VERMELHA Ano: 2015 Tipo: Automóvel Emplacamento: CAMPINA GRANDE/PB
Ocupantes: 1 Espécie: Categoria: CPF/CNPJ: 106.512.404-09
Proprietário: SKARLLATH JOYCE LEMON
Endereço: AV P SEVERINO B CABRAL 925 00825 CEP: 58.410-185
Município/UF: CAMPINA GRANDE/PB Telefones:
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: CUITE/PB - BRASIL Destino: BARRA DE SANTA ROSA/PB - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Salida de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Freonagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

DESCRIÇÃO DO RECOLHIMENTO:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Proprietário Data/Hora da Recepção (hora local): 21/12/2015 19:30 Motivo: Entrega
Responsável pela Recepção: Skarllath Joyce Lemon
Documento do Responsável: 106.512.404-09
Município/UF: CUITE/PB Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f076ad0

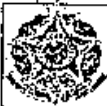
RECEBIDO

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/MYM-6514

Nome/Apelido: ULISSES SANTOS DE ALMEIDA

Data de Nascimento:

Sexo: Masculino

Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: SÍTIO CISPLATINO, SN, ZONA RURAL

Município/UF: PEDRA LAVRADA/PB

Telefones:

Celular:

CEP:

Grau de Instrução:

Naturalidade:

Nacionalidade: BRASIL

Ocupação Principal:

CPF: 701.131.594-20

Documento de Identificação:

Órgão Expedidor:

Origem: PEDRA LAVRADA/PB - BRASIL

Destino: CUITE/PB - BRASIL

Estado Físico: Lesões Graves

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Ignorado

Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim

Categoria CNH: AB

Registro CNH: 06659995629/PB

Primeira Habilitação: 14/07/2016

Validade CNH: 14/07/2017

País CNH:

Dormia? Não

Km Percorridos: 30,0

Horas Dirigindo: 00:30

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Hospital

Responsável pela Recepção: Servidor

Documento do Responsável: 00000000000

Data/Hora da Recepção (hora local): 21/12/2016 18:30

Município/UF: CUITE/PB

Motivo: Socorro

Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/OFY-2100

Nome/Apelido: JOSEILTO DA SILVA

Data de Nascimento:

Sexo: Masculino

Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: RUA JOSÉ SODI LEAL, Nº 42

Município/UF: BARRA DE SANTA ROSA/PB

Telefones:

Celular:

CEP:

Grau de Instrução:

Naturalidade:

Nacionalidade: BRASIL

Ocupação Principal:

CPF: 739.452.774-34

Documento de Identificação:

Órgão Expedidor:

Origem: BARRA DE SANTA ROSA/PB - BRASIL

Destino: CUITE/PB - BRASIL

Estado Físico: Lesões Leves

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Ignorado

Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim

Categoria CNH: AB

Registro CNH: 0511268420/PB

Primeira Habilitação: 28/12/2010

Validade CNH: 09/09/2019

País CNH:

Dormia? Não

Km Percorridos: 23,0

Horas Dirigindo: 00:12

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Hospital

Responsável pela Recepção: Servidor

Documento do Responsável: 00000000000

Data/Hora da Recepção (hora local): 21/12/2016 19:30

Município/UF: FICUI/PB

Motivo: Socorro

Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f0f76ad0

RECEBIDO

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BRVAPFRE





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: VIMYM-8514 /

Nome/Apelido: JOSÉ JOARD DOS SANTOS Sexo: Masculino Data de

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: DISTRITO CUMARUS, SN CEP:

Município/UF: PEDRA LAVRADA/PB Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL

CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:

Estado Civil: Grau de Instrução:

Ocupação Principal: Origem: PEDRA LAVRADA/PB Destino: CUITE/PB - BRASIL

Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo da Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: Servidor

Documento do Responsável: 0000000000 Data/Hora da Recepção (hora local): 21/12/2016 19:30

Município/UF: CUITE/PB Motivo: Socorro

Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f076ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
SOMAFRE

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83526268

Comunicação: C2079257

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / FIAT/UNO

Placa: MYM-6514

Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO JOSE MARTINS

Nº BOAT: 83526268

Registro/Matrícula do Agente: 1069641

Data: 21/12/2016 18:30

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa do Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3	X			28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1	X			29	Caixa do rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3	X			41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1	X			42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1	X		
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2	X		
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3	X		
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":					37
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":					0
Total de pontos "SIM" + "NA":											37

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

- Assinalar abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo
- ☐ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☒ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f0f76ad0

RECEBIDO

1-2-ABR-2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 11:41:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060111411517700000029895839>
Número do documento: 20060111411517700000029895839



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / I/RENAULT LOGAN Placa: QFY-2100
Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO JOSE MARTINS Nº BOAT: 83526268
Registro/Matrícula do Agente: 1069641 Data: 21/12/2016 18:30

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X		
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X		
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X		
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X		
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3		X		
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X		
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X		
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3	X			33	Lateral traseira direita	1		X		
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X		
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X		
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1		X		
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X		
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X		
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X		
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X		
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X		
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X		
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X		
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X		
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X		
24	Tampa traseira	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":	14				
25	Painel Traseiro / divisor	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":	0				
								Total de pontos "SIM" + "NA":				14

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passagiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpri.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f0f76ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 10





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:	83526268
Comunicação:	C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE:	5dcb9049f07f6ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

Página 0 de 10

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

GRUPO SEGURADOR
BEMAPPE



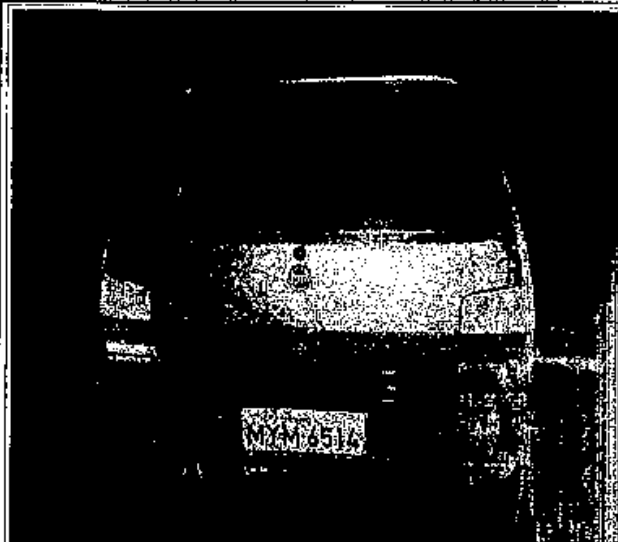


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / FIAT/UNO	Placa: MYM-6514
Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO JOSE MARTINS	Nº BOAT: 83526268
Registro/Matrícula do Agente: 1069641	Data: 21/12/2016 18.30



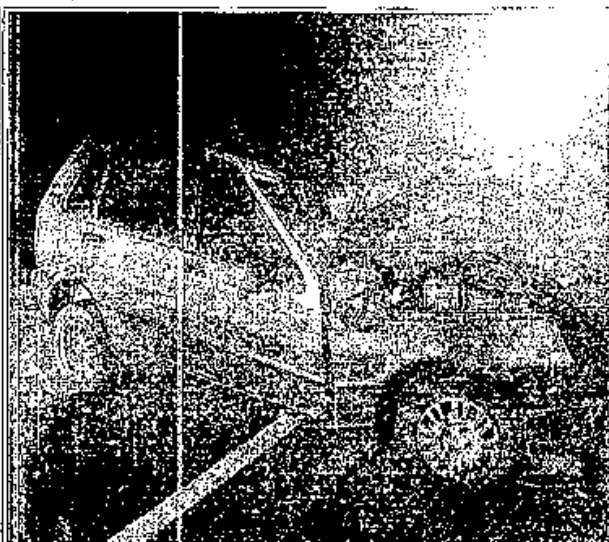
Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.prf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f076ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

Página 9 de 10

GRUPO SEGURADOR
BSMAPFRE

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

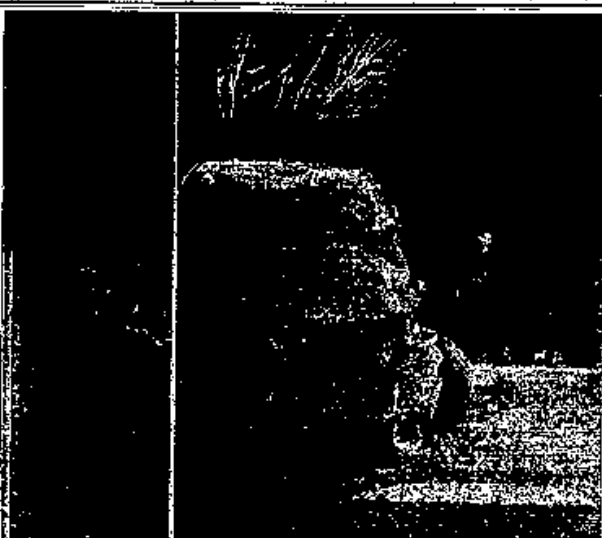
OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / I/RENAULT LOGAN	Placa: QFY-2100
Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO JOSE MARTINS	Nº BOAT: 83526268
Registro/Matrícula do Agente: 1069641	Data: 21/12/2016 18:30



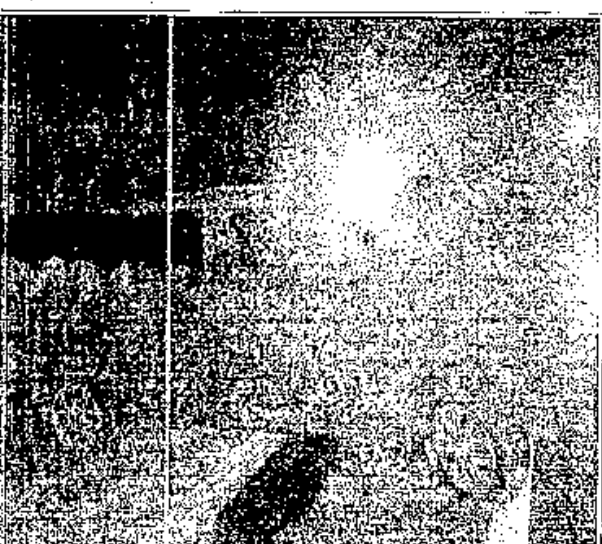
Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f076ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

Página 10 de 10

GRUPO SEGURADOR
B3MAFPE

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



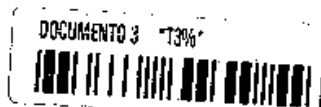
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, WLISSÉS SANTOS DE ALMEIDA, portador da carteira de identidade nº 3.994 724 e inscrito no CPF/MF sob o nº 701.131.594-20, residente e domiciliado na RUA AMAURI SALES DE MELO, Cidade BARAUNA, Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

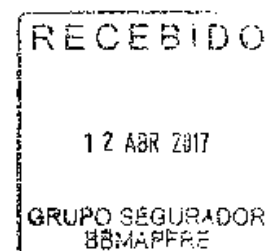


WLISSÉS SANTOS DE ALMEIDA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

BARAUNA PB 20-03-2017

Local e data





DOCUMENTO 2 *T2%



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, WILSON SANTOS DA ALMEIDA

RG nº 3.994.724, data de expedição 22/09/2011 Órgão SSP PB

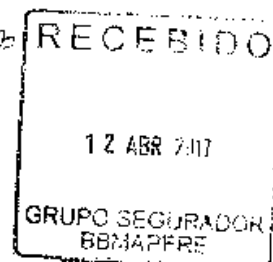
CPF nº 701131594-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA AMAURI SALES DE ALMEIDA</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>BARAUNA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58188-000</u>
Telefone de Contato	<u>93 999 20 49 57</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARAUNA PB 20-03-2017

Assinatura do Declarante: WILSON SANTOS DA ALMEIDA



MARIA JOSE DOS SANTOS
RUA AMARIL SALES DE MELO, S/N - CENTRO
BARAUNA / PB CEP: 58168-000 (AG 10)

Energisa

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA PINDA MONOFÁSICO P/200, Km25 - Costa Rica - João Pessoa / PB - CEP 58171-680
Roteiro: 7 - 288 - 880 - 4080 Referência: Jan/2017 CANCELADO 195 183 0001-40 - INC. EST. 18 015 122-0
Número: 00900123289 Emissão: 12/01/2017 Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica 1430 0 354 013
Código para DDDs Automáticas: 080024-1038

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/241793-9

Jan / 2017

Canal de contato

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE instituída pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002

12/01/2017

Data prevista da próxima leitura

09/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

46304082120

Faturas em atraso

21/12/2016 41,48
22/11/2016 35,13

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura 1 75 28
12/12/16 18485 12/01/17 18570

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh BP	30	0,14802	4,44
Consumo - 31 a 100 kWh BP	45	0,25052	11,27
Subtotal			15,71
ICMS			11,92
PIG			0,48
COFINS			2,28
Descontos e Serviços			-18,99

Histórico de Consumo (kWh)

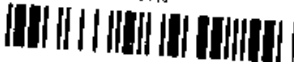
Dez/16 08
Nov/16 61
Out/16 68
Set/16 70

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGUROS
BRASILEIRO

DOCUMENTO 1 "T196"



MARIA JOSE DOS SANTOS
RUA AMALFI SALES DE MELO, S/N - CENTRO
BARALNA/PB CEP 50198-000 (AG 100)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRAGEM MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Distrito Rural - Jandara - PB - CEP 50111-600
Roteiro 7 - 198 - BRD - 4080 Referência: Jan/2017
Nº medidor: 00000123709 Emissão: 12/01/2017

ENERGISA (Pública) - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DO
CNPJ nº 06.958.152/0001-40 - Inscrição Estadual 15.045.323-0
Nota Fiscal: Contador Energia Eletrônica 01-000 e 01-013
Código para Débito Automático: 000224-1039

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 6/241793-9

Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 11.438, de 28 de abril de 2007

12/01/2017

Data prevista da próxima leitura

09/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

48304083120

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Misc. Est.	14/12/16	19/05	12/01/17	18570	1
					75
					39

Faturas em atraso

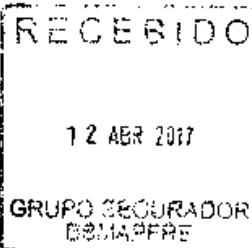
Demonstrativo

	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
21/12/2016	41,48		4,48
22/11/2016	39,13		11,34
Consumo até 30kWh-Br	30	0,14089	4,23
Consumo - 31 a 100kWh-Br	45	0,25852	11,63
Subsídio			18,89
ICMS			11,02
PIS			0,49
COPIS			1,16
Devolução Subsídio			-18,89
			1,16

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Histórico de consumo (kWh)

Dez/16	08
Nov/16	81
Out/16	00
Set/16	00





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

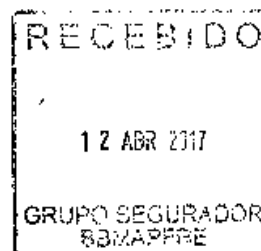
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA JOSE DOS SANTOS, portador(a) do RG nº 1190467, expedido por SSP DF, em 13 108 11987, CPF/CNPJ nº 483040.931-20, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) WLI9669 SANTOS DE ALMEIDA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima WLI9669 SANTOS DE ALMEIDA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: _____

MARIA JOSE DOS SANTOS
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Pedra Lavrada
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista de Saúde de Pedra Lavrada



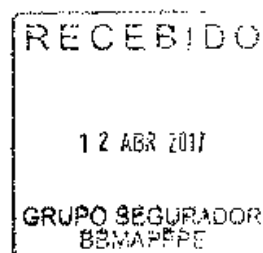
DOCUMENTO 4 "T496"



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Wlisses Almeida**, residente na zona rural do município de Pedra Lavrada-PB, precisamente no sítio Cisplatina, sofreu acidente no dia 21 de dezembro de 2016 na BR- 104 sentido Cuité, socorrido por populares, deu entrada no Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Mercês, apresentando escoriações e contusões em partes do corpo, realizado raio-x e evidenciou fratura de antebraço direito, por conseguinte, não resolveria seu problema na referida Unidade. A instituição não tinha ambulância no momento, foi pedido apoio da ambulância da Unidade Mista de Saúde de Pedra Lavrada que veio para fazer a remoção da vítima. Ao recebermos o paciente, o mesmo encontrava-se consciente, orientado, sonolento, pupilas isocóricas, hipocorado, taquicárdico, PA: 100x60MMHG, abdome doloroso à palpação em quadrante superior esquerdo e músculos tensionados. Realizado acesso venoso periférico de grande calibre e infusão endovenosa e feito imobilização de membro superior direito. Durante a remoção, a vítima apresentou dois episódios eméticos de coloração amarelada e referindo muita dor abdominal irradiando para o ombro esquerdo. Ao chegarmos no hospital de trauma, foi feito um FAST de urgência e constatou ruptura do baço com hemorragia moderada na cavidade abdominal.

DATO E ASSINO.



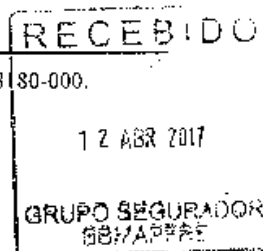
ME RESPONSABILIZO POR TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA
DESCRITAS.

Pedra Lavrada, 07 de março de 2017.

Gésska de Oliveira Macedo Costa

Gésska de Oliveira Macedo Costa
Diretora Administrativa da UMSPL- 2014-2016
Enfermeira responsável pela remoção
COREN-393432

Rua: Heronides Meira de Vasconcelos- 20; Centro, Pedra Lavrada – PB; CEP: 58180-000.
Tel.: (83)33754028





Ficha de Acolhimento

Nome:	Vilases, Suelis de Almeida		
End:	R. Sítio Substância	Bairro:	Padre Lourenço
Data de Nascimento:	07/04/96	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid. de	Data do Atend:	22-12-16. Hora: 00h30. Documento: _____
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Camilo

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:			
Pressão arterial:			
Dosagem de HGT:			
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

MOD. 110

Estratificação



Vermelho - atendimento imediato
Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

WISSES JANTOS DE ALMEIDA

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

256095

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

709605693586976

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/04/1996

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Josma Jose dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

984860929

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

St. Sirophima

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pedra Branca

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

PR

15 - UF

PR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pt vítima de Politrauma, deu entrada referindo dor em abd. inferiormente. Abd. distendido, tenso, doloroso à palpação.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

História clínica + exame físico

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

USG FAST: (+)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma esplênico + Hemoperitônio

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Cirurgia Urgente

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Marcelo Souza
Residente Cirurgia Geral
CRM 10288

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

RECEB

12 Abr 11

GRUPO DE...
PR





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

WISSES SANTOS DE ALMEIDA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

256056

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1709603697586976

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/05/1996

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

WANDA LOPES DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO

08 360324

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

St. Sotomaior

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Praia Bonita

14 - COD. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

PB

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Por vítima de Politrauma, com entrada profunda com um cinto de segurança. ABD distendido, duro, dorção à palpção.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Miotomia elíptica + exame físico

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

USG FAST: (+)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma esplênico + Hemoperitônio

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Quirúrgica

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgente

28 - DOCUMENTO

1 - CNS

2 - CPF

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

051169080412

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ronald Souza

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/12/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

MARCELO GONÇALVES
Médico Cirurgião Geral

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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 - CNRE DA EMPRESA

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BEMAPFRE



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Wagner Gonçalves

10/04/2017 PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 552 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 27/12/17 A 26/12/17 NECESSITANDO DE

92 (noventa e dois) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 26/12/17

Ass. do Médico: Nº 36 CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOO. 060

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURODOR
BOMAPRE

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ulisses Santos de Almeida DN= 07/04/96						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
	Sala 01	SUS	20 anos	1358262			
CIRURGIA L.E. + Esplenectomia				CIRURGIÃO Des. Danilo + Marcelo (R)			
ANESTESIA Genal				ANESTESIA Dr. Secora Carvalho			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM			
Ciradômica		22/12/16	08:30	03:00			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		CÓDIGO
04	Adrenalina amp. Protigmine		Cat. pl. Oxyg.		Catgut cromado Sertix		
04	Atropina amp.		Cat. De Urinar Sist. Feck. axila		Catgut cromado Sertix		
01	Droperol amp. Efedrina		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix		
	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		
	Morfina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.		Esparadrapo Largo cm	01	Fio de Algodão Sutapak		
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak		
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca		
	Ragifen amp.		H ₂ O ml	01	Mononylon 3-0		
	Thionembulal ml		Intracath Adulto	01	Mononylon 2-0		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	02	Prolene Sertix - 0-0		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 20		Prolene Sertix		
03	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
	Dipirone amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Fiebo cortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucan de Cálcio amp.		Polifix				
	Haemacel ml		PVPI Degermante ml				
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS		
	Kanekion amp.		Sabão Antisséptico	02	SG Normotermico fr 500 ml		SF
	Lasix amp.		Saco coletor de lixo		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrofilazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipotermico fr 500 ml		SF
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml		SF
	Revivan amp.		Sonda endot. n° 8,0				
01	Sustanon amp. Omprazol		Sonda folley n° 16	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogálica n° 18				
20 ml	Serum		Sonda Uretral nº				
01	Ronco		Sterydrem ml				
01	Propofol		Tomelrinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 49 16				
	Agulha desc. 28 x 28 40x12		Lata				
	Agulha desc. 3 x 4,5		elétricos				
	Agulha pl. raque nº		filha				
315	Álcool de Entermagem 70%		livro				
	Álcool Iodado ml						
	Ataduras de Crepon 15 cm						
	Ataduras de Gessada						
	Ataduras de Gessada						

EQUIPAMENTOS

☒ Oxímetro de Pulso ☐ Foco Auxiliar

☐ Serra ☒ Eletrocautério

☐ Desfibrilador ☒ Oxímetro

☒ Foco Frontal ☒ Cardiomonitor

☐ Fonte de Luz ☒ Perfurador Elétrico

Circulante Responsável: Suelio Moreira Torres

GRUPO SEGURADOR MOD 060





Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>W. Lissir Santos de Almeida</u>	Idade: <u>20 anos</u>
Convênio: <u>S.V.S</u>	Data: <u>22/12/16</u>
Procedimento: <u>LE + Explorotomia</u>	
Cirurgião: <u>Dr Danilo</u>	Auxiliar: <u>Marcelo (R)</u> Anestesista: <u>Dr. Secorrio</u> <i>Cam</i>
Início: <u>08:30</u>	Término: <u>03:00</u> Anestesia: <u>Geral</u>

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

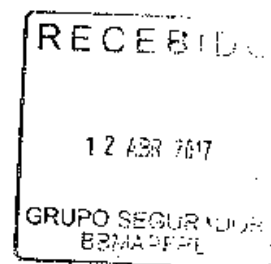


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Wálter Santos de Almeida</i>			IDADE <i>22</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>Pau</i>
DATA <i>22/12/16</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					AÇA		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			OSNTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATRAVADOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Politraumatizado</i>					ESTADO PRÉ-OPERATÓRIO <i>(2)</i>	RISCO <i>Grav I</i>	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
00-72 01-72							
INDICADORES	00-72 01-72				INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringe espasmódica: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS	00-72 01-72				MANUTENÇÃO <i>ome-kia-jol (0.1%)</i> <i>Atropina (0.01mg)</i> <i>Propofol (0.1mg)</i> <i>Oz (1.0ml/min)</i> <i>Sevoflurano (0.5%)</i> <i>Ar comprimido (0.5%)</i>		
DOIS	00-72 01-72				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
VP A. ERL. PULSO: O - RESPIRAÇÃO	00-72 01-72				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obs.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
AX-ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	00-72 01-72				Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSICÃO	00-72 01-72						
AGENTES	<i>Propofol (0.1%) / Rocuronio (0.1%) / Fentanyl (Ficoid) / Cisatracurium (0.1%)</i>						
TÉCNICA	<i>Geel - Balonaria</i>				CÁPSULAS <i>8-10, 10-15</i>		
OPERAÇÃO	<i>Laparoscopia exploratória + Ectomectomia</i>				RECEBIDO		
CIRURGIÕES	<i>Dr. Danilo + Marcelo (MEG)</i>						
ANESTESISTAS	<i>Dr. Suelio Carneiro +</i>				12 ABR 2017		
OBSERVAÇÕES	<i>Oxímetro de pulso; PA; FC; Cardíaco no conforto; Sonda Vene e Urinária</i>						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERÍODO ANESTÉSICO: SRPB		



22/12/16 - la empresa pagadora de los
USG por el servicio a medicina
no hay servicio a medicina



Nome do Paciente <i>Wlton S. Z. Mendes</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>24.12.16</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>D. Ribeiro Luiz</i>	1º Auxiliar <i>Marcelo Souza</i>		Instrumentador <i>Ellen</i>
2º Auxiliar	3º Auxiliar		
Anestesia <i>Juvenil</i>	Tipo de Anestesia <i>Genl</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Pós-op da Esplenectomia + Queda acidentada do Hb/Ht</i>			
Tipo de Operação <i>LG + Toilette curativa</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>LG + toilette curativa + Hemograma p/ controle</i>			
Relatório Imediato da Patologia ☒			
Exame Radiológico no Ato ☒			
Acidente Durante a Operação ☒			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

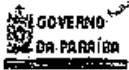
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) PDD, rot. p. 6, Manutenção dos pontos de incisão e drenagem 2) Toilette da cavidade: Higienização Hemoperitônio, Higienização da esplenectomia e intestino e seu anexo da mesenterio. 3) Retirada da Hematoma, toilette curativa, Coágulo de Coágulo. 4) Sutura da parede abdominal e polone O. 5) Sutura da pele pelo 3-0 6) Curativo
Marcelo Souza Residente Emergência Geral CRM 10289
RECEBI
12 DEZ 2017

MOU. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

GRUPO SEGURANÇA
BNAPEP



 SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINÁ GRANDE - PARAIBA	
PACIENTE:	ULISSES SANTOS DE ALMEIDA
DATA DO EXAME:	22/12/2016

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

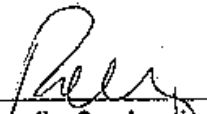
METODOLOGIA:

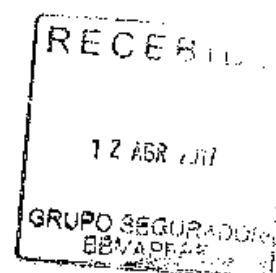
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Lacerações parenquimatosas profundas no baço associado a moderado hemoperitônio.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.


Dr. Raiff Raphaelo Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320





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): WLISSES SANTOS DE ALMEIDA Protocolo: 0000315385 RG: NÃO INFORMADO
Dt(a): MARCELO SOUZA Data: 22-12-2016 11:35 Origem: CLÍNICA CIRÚRGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 20 anos Destino: ENF 61 - L04

HEMOGLOBINA 9.8

(DATA DA COLETA: 22/12/2016 11:55)

Material: Sangue

Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g/dl

Masculino: 13.5 - 18.0 g/dl

HEMATOCRITO, DETERMINAÇÃO DE 29.2 %

(DATA DA COLETA: 22/12/2016 11:55)

Material: Sangue

Método: Micro

Valores de Referência:

37 - 47 % (Micro)

[Assinatura]

Carles F. Silva
Coordenador
CRS 0509

22/12/2016 13:17 - Página 1 de 1



PNCQ

Programa Nacional
de Controle de Qualidade

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BRAPRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 11:41:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060111411517700000029895839>

Número do documento: 20060111411517700000029895839

Num. 31151096 - Pág. 39



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): WLISSES SANTOS DE ALMEIDA Protocolo: 0000315519 RG: ALA CIRURGICA 14
Dr(a): MARCELO SOUZA Data: 23-12-2016 12:25 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 20 anos Destino: ENFERM - L04

HEMOGLOBINA 9.4

Resultados anteriores: 22/12/16: 9.9

(DATA DA COLETA: 23/12/2016 12:44)

Materiais: Sangue

Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g/dl

Masculino: 13.5 - 18.0 g/dl

HEMATOCRITO, DETERMINAÇÃO DE 28.0 %

Resultados anteriores: 22/12/16: 29.2

(DATA DA COLETA: 23/12/2016 12:46)

Materiais: Sangue

Método: Wintrobe

Valores de Referência:

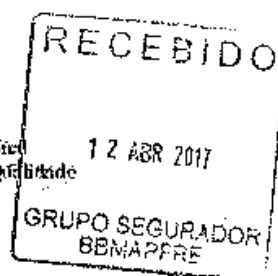
37 - 47 % (Wintrobe)

Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CREM 5441

Enviado em: 23/12/2016 14:06 - Página 1 de 1



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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): ULISSES SANTOS DE ALMEIDA Protocolo: 0000315547 RG: NÃO INFORMADO
Dir(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 23-12-2016 20:41 Origem: CLINICA MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 20 anos Destino: IO - NEWLAB

HEMOGLOBINA 8.3

[DATA DA COLETA: 23/12/2016 20:58]

Material: Sangue

Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g%

Masculino: 13.5 - 19.0 g%

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 24.9 %

[DATA DA COLETA: 23/12/2016 21:01]

Material: Sangue

Método: Wintrobe

Valores de Referência:

27 - 47 % (Microbati)

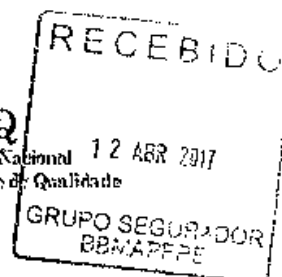
Análise realizada por
[Assinatura]

Entrada : 23/12/2016 20:53 - Página 1 de 1



PNCQ

Programa Nacional
de Controle de Qualidade





GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

Fratura Espleno

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Wlisses Santos de Almeida - 20a. Leito: 4-4 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/12/16	1) META INIBIDA.		# Curva geral.
	2) SF 0,9% 1500 ml EV	14:30	ADH / ADPO LE + ESPLÊNTO- MIA + TONLETECAVITADO
	3) Dupimona 1g + AD, EV, 6/6h	14:30	# Dispositivo: AVP em MSE
	4) NALIN 20mg 1FA + AD EV 8/8h	14:30	SV
	5) Tramal 100mg + 400ml SF 0,9% EV 12/12h, D16, 8/8h	14:30	# 20g SOLUENDO, ALGOLUOL, 1
	6) Omeprazol 40mg EV 1x dia	14:30	NATURAL E PROCEDENTE DE PEDRA
	7) Petica 30mg 1x dia	14:30	LAVERDA - PB, CATOLICO
	8) Insulina 100 unidades/ml 1x dia	14:30	# HD: PACIENTE VITIMA DE SEQUELA
	9) Paracetamol 1g EV 1x dia	14:30	AUXILIO ALIVIO NO DIA 23/12/16.
	10) Eleexane 40mg SE 1x dia	14:30	COM CÉLULAS ESQUENICAS GRANULIN.
	11) SNUV + 1x dia	14:30	SÃO PRECISANDO FLUIDOS (-) ENQUA- CADA (-), QUESA DE POR EM
			BAIXO VENTRE
			# Exame físico: ECG, hipocorado
			(f/f/t), Anelúcio, RACONOTÓRIO
			Indicador de nível do TOQUE
			RCV: PER 2x BNF 5/5
			AR: NUT HIX SEA
			Adomum: plano, deprimido
			Abdomem em nível ventral
			DRACD
			EO: bexiga bem coarada
			sem sinais de desidratação com
			sequeles musculares iminentes
			SVN: 50 98% FE 21 TC 87
			Volume SV: 300ml/16h - 12h.
			Conduta: dieta líquida - Refeição SV.

MOD. 025

Diagnóstico

Nauvina Cyprinoe Grav. 74
polidroma.

FÓLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

MOD. DE:



[illegible]

Wlissner Santos de Almeida. DR=07/04/96

CIRURGIA <i>L. E + Toilette lavativa</i>		CIRURGIÃO <i>D^r Pedro Louís</i>		Nº <i>1358262</i>	
ANESTESIA <i>Local</i>		ANESTESIA <i>D^r Jucundis</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA <i>24/12/96</i>	INÍCIO <i>09:10</i>	FIM <i>10:30</i>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Órg.		Catgut cromado Sertix
04	Atropina amp.		Catcl. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	20	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efranc ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
01	<i>Propofol</i>		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Kelalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
04	Profligmine amp.	05	Espandrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak
	Proloxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak
01	Quelicin ml	06	Gase Pacote d/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	03	Mononylon ... 2-0
	Thiogenbutal ml		Intracath Adulto		Mononylon
01	Tracrium amp.		Intracath Infantil	02	Prolene Sertix ... 0
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 20		Prolene Sertix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flucocortid amp.	01	Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	05	Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
01	<i>Hemocoat, Ranitidina</i>		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	04	Saco coletor <i>lixol/raufa</i>		SG Gelado fr 500 ml
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml
01	<i>Plavix amp. Nausechon</i>		Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml
	Protamina	04	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Reviven amp.	01	Sonda TOT nº 8.5	01	<i>Plasma + 01</i>
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	<i>Cefazolin 1g cefazolin</i>		Sonda Nasogástrica		
02	<i>Tilatel 20 mg</i>	01	Sonda Uretral nº 18		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28	01	<i>B. Silicone</i>		
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	<i>Elétricos</i>		
	Agulha p/ raque nº	01	<i>Filtro</i>		
	Alcool de Enfermagem	05	<i>de condutor</i>		
	Alcool Iodado ml	05	<i>blancidina 2%</i>		
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Lúiz Gonzaga Fernandes

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ND0-002



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Wlisses Santo do Carmo</i>		IDADE	SEXO	COR
DATA <i>29/12/16</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
	URINA					
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>para o operatório de exploração</i>				ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
ABRILHANTAMENTO						ILHUSÃO Satisf.: ____ Excit.: ____ Tosse: ____ Laringo espasmo: ____ Lenta: ____ Náuseas: ____ Vômitos: ____ Outros: ____
LIQUIDOS						MANUTENÇÃO <i>Sistema Soro e fecho de absorção de CO2</i>
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>De lado de D / para 2 g parado de Nauséa de Cefaleia e f. de</i>					ANESTESIA SATISF.: Sim ____ Não ____ Não, por quê? ____
POSICÃO	<i>Feu. 10/10/10</i>					DESPERTAR Reflexos na SO: ____ Obstr.: ____ Co.: ____ Excit.: ____ Náuseas: ____ Vômitos: ____ Outros: ____
AGENTES	<i>proprio 2 20ml de Quilua 80 mg</i>					Com cânula: Para o Leito Sim ____ Não ____
TÉCNICA	<i>AGB</i>					CONDIÇÕES:
OPERAÇÃO	<i>Laparotomia Exploratória</i>					
CIRURGIÕES	<i>Dr. Pedro</i>					
ANESTESISTAS	<i>Luiz</i>					
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGÜÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

[illegible][illegible]

OBSERVAÇÕES:

[Handwritten signature]
Assinatura Anestesista

RECEBID
12-ABR-2011
GRUPO SEGURADORA DE SAÚDE
Circulante **BEMAFIRE**

Modo de Operação

MOD. 103





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): WLISSES SANTOS DE ALMEIDA Protocolo: 0000315840 RG: ALA CIRURGICA 1-4
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 25-12-2016 14:12 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 20 anos Destino: ENF DI - L04

HEMOGLOBINA 7.9

Resultados anteriores: 23/12/16: 9.4 ; 22/12/16: 9.8 |

DATA DA COLETA: 25/12/2016 14:12 |

Material: Sangue

Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 12.5 - 16.0 g/l

Masculino: 13.5 - 18.0 g/l

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 23.3 %

Resultados anteriores: 23/12/16: 23.3 % ; 22/12/16: 23.3 %

DATA DE COLETA: 25/12/2016 14:12 |

Material: Sangue

Método: Centrifugação

Valores de Referência:

VR: Feminino: 37.0 - 47.0 %

Masculino: 40.0 - 54.0 %


Geraldo R. Fonseca Neto
Biómedico
CRM 5010

Enviado em 25/12/2016 14:59 - Página 1 de 1



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Or(a): WLISSES SANTOS DE ALMEIDA Protocolo: 0800315840 RG: ALA CIRURGICA 14
De(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 25-12-2016 14:12 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 20 anos Destino: ENF 01 - L01

ELV DUO (HIV 1 e 2 + Antígeno P24)..... Negativo

(DATA DA COLETA: 25/12/2016 14:33)

Material: Soro

Método: Triagem qualitativa para detecção de anticorpos para HIV 1/2.

Valores de Referência:
Negativo

OBS: Foi determinação do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba este exame é realizado em duplicata com dois testes de triagem de diferentes marcas, que caracterizam a presença de anticorpos anti-HIV 1 e 2 e/ou anti-HIV-2. Portanto, um resultado repetidamente positivo é presumível evidência da presença de um dos anticorpos ou de ambos na amostra. Resultados positivos deverão ser confirmados por exames complementares (Western blot, etc), a critério médico para confirmação do diagnóstico.

Resultados negativos devem ser analisados quanto as possibilidades de janela imunológica. Paciente em tratamento que apresente resultado negativo, devem realizar exames complementares para determinar a carga viral, imunofluorescência e/ou Western Blot. Somente o médico deve interpretar este exame correlacionando-o com os dados clínicos do paciente.

Segundo o fabricante (Bio-médix diagnóstico, reg. ms. 103100630134, BIO PIX) o teste mostrou sensibilidade de 100% utilizando-se 137 amostras verdadeiramente positivas. De 1131 amostras verdadeiramente negativas, foi encontrado 1 resultado falso positivo, confirmando ao teste BIO PIX HIV 1 e 2 uma especificidade de 99,9%.

T2-TR DPP HIV 1/2 Bio-Monquinhos (MS. 501422170022) A sensibilidade calculada para este teste em amostras positivas foi de 100% em 1125 testes verdadeiramente positivos realizados.

T1-Rapid Check HIV 1 e 2 (MS. 50123413903), Nórdico de Diagnósticos Imunológicos Universidade Federal do Espírito Santo. Sensibilidade não informada.


Geraldo R. Fonseca Neto
Biómedico
CRM 5010

Enviado : 25/12/2016 14:59 - Página 2 de 2



Diagnóstico

Trauma esplênico Grau IV
politraumático.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: <u>Wlles Santos de Almeida</u>	Alojamento:	Leito: <u>1-4</u>	Convênio:
--	-------------	-------------------	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/11/2019	Dietas portais a grande Digo DIETA LÍQUIDA A PASSELA	12:16	# Clínicas Cirurgias
	1) Ser. 500ml Ev 414h.	12:16	# Dispositivos: AUP
	2) Dipirona 1g + AD Ev 616h	12:16	# Em uso: Sintomáticos
	3) Tilatal 20mg - DI PA + AD Ev 818h	12:16	# Exatidão: Paciente segue
	4) Tagamol 100mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	intensas em dito com
	5) Nauseadrom 8mg OLA + AD Ev 818h.	12:16	de enfermagem cirurgica
	6) Estimular a deambulação.	12:16	respirando AA São presu-
	7) Soluções de exames	12:16	gado, Dietazero, Diurese.
	8) Ser. + CCG	12:16	avacuações O, Featos O.
	9) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	ACV: RER 21 BWF SFS.
	10) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	AR: NUTR HTX1 3RA
	11) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	ABD: Plano, com incursas transu-
	12) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	bilicas, colorado a palpacao
	13) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	em região proximal FO, São
	14) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	Sinais de irritação peritoneal
	15) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	RHA F IV
	16) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	SUV: 50 98% FE 74 FR 20
	17) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	Conduta:
	18) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	- Pedir controle Hb e Ht
	19) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	- Serologia de HIV
	20) Paracetol 500mg + 100ml SF 0,9% Ev 1211h.	12:16	Exatidão a exatidão.

GRUPO SQUADRA
12 AER 111
20

[illegible]

920/10

Parente 51
questo realizza
Cuidados de
Eufemagnum c.p.m





GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS		10

Ranieri Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 8025

Assinatura do anestesista





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: ELISSES SANTOS DE ALMEIDA Protocolo: 0000315811 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): MARCELO SOUZA Data: 26-12-2016 13:44 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 20 anos Destino: EAF 01 - L04

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 26/12/2016 14:05:4]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	2.92 milhões/mm ³	4,2 a 5,0 milhões/mm ³
Hemoglobina	9,5 g/dL	13,5 a 15,0 g/dL
Hematócrito	27 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.	92 fL	82,0 a 102,0 fL
H.C.M.	33 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	35 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	12.000 /mm ³	(%)	(/mm ³)	4.500 a 12.000 /mm ³
Neutrófilos	0	0		
Promielócitos	0	0		
Mielócitos	0	0		
Metamielócitos	0	0		
Eosinófilos	2,0	240		40 a 70 % - 1.000 a 5.500 / mm ³
Segmentados	77,0	9.240		45 a 70 % - até 500 / mm ³
Eosinófilos	1,0	120		0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Basófilos	0	0		
Linfócitos				
Típicos	17,0	2.040		20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos	0	0		
Monócitos	3,0	360		2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	387.000 mm ³			140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Enviado : 26/12/2016 14:05 - Página 1 de 1



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

RECEBIL

12 ABR 2017

GRUPO SEGURO
BEM-ESTAR



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: WILSSES SANTOS DE ALMEIDA Protocolo: 0000316064 RC: ALA CIRURGICA 1-4
Dr(a): MARCELO SOUZA Data: 27-12-2016 10:55 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 20 anos Destino: ENF 01 - 1-04

HEMOGLOBINA 9.2

Resultados anteriores: 25/12/16: 7.9 | 23/12/16: 9.4 | 22/12/16: 9.8 |

[DATA DA COLTA: 27/12/2016 11:15]

Material: Sangue

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g/L

Masculino: 13.5 - 19.0 g/L

[DATA DA COLTA: 27/12/2016 11:16]

Material: Sangue

Método: Método

Valores de Referência:

37 - 47 g/L (Método)

[Assinatura]

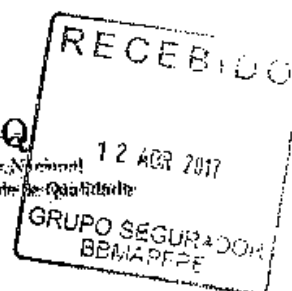
Carlos Felipe Souza de Almeida
Químico
CRM 5493

Emissão: 27/12/2016 07:15 - Página 1 de 1



PNCQ

Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquedida.	
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos; () > 3 segundos; () Turgência jugular: ()	
Drogas vasotivas: () Quais?	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Catecter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção _____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nuldo () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: ☒ Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: _____ Data: _____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____	
Abdomem: ☒ Normotenso: () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____	
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Consistida há dias () Outros: _____	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito mn.	
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros: _____	
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica. Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: ☒ Local/Aspecto: ABD. Curativo em: 29/12/16	
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: _____	
INTERCORAÊNCIAS	
Solicitação de exames e/ou procedimentos: _____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
DATA: 29/12/16 HORA: 12:00 h	
SUELIO MOREIRA TORRES COREN-PB: 548.064	

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



AVP 03/02/17

[illegible]

RECEIVED

12 APR 2011

GRUPO SE	6024	100%
BEM	2000	





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

504.417.5 - 1944

20

[illegible]



Diagnóstico

RÁDIOLOGIA

LEITO 4-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

WILLISSES SANTOS

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
	4	2	
Data	Prescrição Médica	Horário	DIH DPG Evolução Médica
24/07	1. DIETÉTICA 2. 500,9% 1500ML EV / 24h 3. DIFENOXATO 500mg/ml - 0,1ml po - 4x/dia 4. OMEPRAZOL 40mg - 0,1 EA / 12h 5. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 6. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 7. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 8. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 9. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 10. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 11. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 12. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 13. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 14. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 15. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 16. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 17. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 18. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 19. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 20. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 21. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 22. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 23. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 24. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 25. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 26. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 27. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 28. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 29. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 30. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 31. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 32. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 33. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 34. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 35. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 36. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 37. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 38. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 39. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 40. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 41. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 42. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 43. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 44. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 45. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 46. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 47. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 48. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 49. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 50. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 51. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 52. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 53. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 54. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 55. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 56. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 57. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 58. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 59. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 60. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 61. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 62. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 63. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 64. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 65. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 66. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 67. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 68. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 69. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 70. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 71. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 72. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 73. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 74. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 75. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 76. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 77. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 78. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 79. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 80. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 81. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 82. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 83. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 84. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 85. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 86. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 87. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 88. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 89. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 90. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 91. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 92. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 93. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 94. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 95. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 96. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 97. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 98. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 99. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia 100. PARACETOL 1000mg - 2ml po - 4x/dia		

MOD. 01

GRUPO SEGURANÇA BENEFÍCIOS



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

Diagnóstico OK OK

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALTA ORTOMÉDICA

Paciente: WILSSES SANTOS Leito: 4-2 Convênio: LEITO 4-2

Data	DIETA LIVRE	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/01	2	SEM ORS 1500ML EV 12h	12 3X 3X OK	
	3	Dietona 500mg/ml 20ml - 12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	4	CIMETIDINA 300mg 12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	5	OMEPRAZOL 40mg 12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	6	NAUSEDRON 8mg/ml 12h - 12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	7	TRAMAL 100mg/ml 12h - 12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	8	TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h	12 3X 3X OK	
	9	SSVV + CCGG	12 3X 3X OK	
	10	Ceftriaxona 1g EV 12h	12 3X 3X OK	
	11	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	12	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	13	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	14	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	15	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	16	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	17	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	18	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	19	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	20	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	21	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	22	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	23	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	24	12h EV 8h	12 3X 3X OK	
	25	12h EV 8h	12 3X 3X OK	

GRUPO SEC
08/01/2020

MARCELO SOUZA
Residente Cirurgia Geral
CMA 10289

Theresa on West 4th Ave

9/10/20

Phlox pilularis - (Rocky Mts. N.Y.)

(Handwritten notes at bottom of page, partially obscured by tape)

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]

⑦ Kullback-Leibler divergence

$\frac{1}{2}$

③ F.V.T. = Grand. a. Tolok di No. 1000 - 2000

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Nome do Paciente		Wagner S. F. de Almeida	
Nº Prontuário			
Data da Operação		22.12.16	
Enf.			
Leito			
1º Auxiliar		D. Dornik	
2º Auxiliar			
3º Auxiliar			
Instrumentador		K. M. M.	
Tipo de Anestesia		Gase	
Diagnóstico Pré-Operatório		TRAUMA CERVICAL	
Tipo de Operação		LIS + ESTERNOTOMIA + TOTALETA CAUTERIZ	
Diagnóstico Pós-Operatório		TRAUMA CERVICAL 6 RU IV	
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

**GOVERNO
DA PARAIBA**

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES





GOVERNO
DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: <u>WILSON SANTOS DA OLIVEIRA</u>		Enfermagem: <u>01</u>	Leito: <u>04</u>	Data: <u>29/03/20</u>	
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1 Constipação	Diuréticos () Hábitos de evacuação irregulares () Falores biológicos () Falores psicológicos () Prejuízo neuromuscular () Ansiedade ()	Desidratação () Estresse () Lesão neurológica () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Outro () Dor () Fraqueza () Outro ()	Abdome distendido () Anorexia () Cavidade bucal ferida () Dor abdominal () Incapacidade de acessar o banheiro () Incapacidade de lavar o corpo ()	Dor à evacuação Dor abdominal () Diarréia () Mucosas pálidas () Outro () Outro ()	
2 Nutrição desequilibrada; menos do que as necessidades					
3 Déficit no auto cuidado para banho					
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()		Alterações na pressão sanguínea () Relato verbal de dor ()	Outro ()	
5 Hipertermia	Anestesia () Aumento da taxa metabólica ()	Desidratação () Trauma () Outro ()		Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()	
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Hipotermia () Ansiedade () Prejuízos músculo esquelético () Ansiedade () Dor ()	Circulação prejudicada () Outro () Rigidez articular Desuso () Obesidade () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Rompimento da superfície da pele () Dificuldade para virar-se () Movimentos descontrolados () Alterações na profundidade respiratória () Bailamento de asa do nariz ()	Invasão de estruturas do corpo () Outro () Dispnéia ao esforço () Outro () Dispnéia () Outro ()	
7 Mobilidade Física prejudicada					
8 Padrão respiratório ineficaz					
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite () Drenos () Aumento da exposição ambiental a patógenos () Procedimentos invasivos () Mobilidade física prejudicada () Extremos da idade () Falta de privacidade/controlar o sono () Ruído ()	Quimaduras () Outros () Defesas primárias inadequadas () Outro () Medicações () Desorientação () Outro () Imobilização física ()	Vômito () Diarréia ()		
10 Risco de infecção					
11 Risco de queda					
12 Padrão de sono prejudicado					
13 Outro					
14 Outro					



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 11:41:15

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006011141151770000029895839

Número do documento: 2006011141151770000029895839

Num. 31151096 - Pág. 64

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.		☐ Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		☐ Melhorar a acatilação alimentar.
☐ Atender para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (inspeção, frequência e quantidade).		
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.		☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.		
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		☒ Controle da dor (melhorada / ausente).
☒ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	OK	
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.		
☐ Avaliar alterações de sinais vitais.		
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Incutir a ingestão de líquidos.		☐ Melhorar a integridade da pele.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.		☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		
☐ Analisar condições do curativo.		☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.		☐ Melhorar a perfusão tissular.
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.		☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		☐ Risco de desequilíbrio de volume do líquido extracelular / diminuído.
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
☐ Realizar balanço hídrico.		
☐ Observar o local da ferida/quemadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		☒ Diminuir o risco de infecção.
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	OK	
☒ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	OK	
☒ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	OK	
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
☐ Manter as grades do leito elevadas.		☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Orientar o paciente quando necessário.		
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.		☐ Melhorar o padrão do sono.
☐ Orientar repouso no leito.		
☐ Administrar medicação CPM.		
☐ Outros		☐ Outros
☐ Outros		☐ Outros

Fonte: NCC 2010, CHAVES L.D. SOLUÇÕES S.A. 2 ed 2013.

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DO PARANÁ

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADORA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: WILSON SANTOS DE OLIVEIRA Registro: 01.04 Sexo: M Idade: 01.04 Selo Aluati: A. AMARAL

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 90 C: P bpm: FR mmHg PA: mmHg FC: bpm SPO2: % HGT: mg/dL Peso: kg Altura: cm Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

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 ☐ Mídricas ☐ Midrílicas

Mobildade Física: ☐ Preservada ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Paresia Local:

Linguagem: ☐ Qual? ☐ Disfonia ☐ Afasia ☐ Disfasia ☐ Disartria

Obs:

OXIGENIZAÇÃO

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

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

() Eupnéia: ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispneia ☐ Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente: ☐ Diminuídos ☐ D ☐ E

Ruidos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estidor ☐ Outros:

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

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

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

Gasometria arterial: PH ☐ PCO2 ☐ PO2 ☐ HCO3 ☐ EB ☐ SPO2 ☐ Data: ☐ / ☐ / ☐ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Impalpável ☐ Filiforme ☐ Cheio.

Pele: ☒ Cores () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular ()	
Precordialgia ()	
Drogas vasotivas: () Quais?	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopra () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data de punção 31/12/16	
Edema: () MMS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ VO () SNG () JNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência - () Distúrgia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () 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 () Cianótica () Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curoativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curoativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: ☒ Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória. Higiene Corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: ☒ Acamado () Cadeira de rodas () Outro.	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOPESQUIAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
DATA: 01/01/17 HORA: h	

Dr. Marcelo Soares de Melo
CRM 100.000-0
Carimbo e Assinatura Profissional

GRUPO SEGURADOR
BRVAVIA





Diagnóstico

RÁDIO DIGITAL
TOLETO 4.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
02/01			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1	DIETÉTICA	12:30	
2	SFO, 9% 1500ML EV / 24h	12:30	
3	DUPHONA 100mg/ml - 01 amp. + ABD EV 6/6h	12:30	
4	OMEPRAZOL 40mg - 01 FA / JEJUM	06	
5	NAUSEDRON 1mg/ml - 1amp. + ABD EV 8/8h - 5N	06	
6	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
7	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
8	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
9	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
10	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
11	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
12	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
13	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
14	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
15	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
16	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
17	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
18	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
19	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
20	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
21	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
22	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
23	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
24	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
25	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
26	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
27	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
28	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
29	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
30	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
31	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
32	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
33	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
34	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
35	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
36	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
37	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
38	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
39	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
40	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
41	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
42	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
43	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
44	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
45	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
46	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
47	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
48	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
49	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
50	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
51	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
52	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
53	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
54	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
55	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
56	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
57	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
58	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
59	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
60	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
61	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
62	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
63	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
64	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
65	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
66	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
67	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
68	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
69	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
70	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
71	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
72	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
73	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
74	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
75	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
76	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
77	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
78	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
79	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
80	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
81	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
82	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
83	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
84	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
85	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
86	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
87	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
88	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
89	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
90	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
91	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
92	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
93	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
94	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
95	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
96	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
97	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
98	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
99	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	
100	IRAMAL 100mg/ml - 01 amp. + SFO 0,9% 1000ml EV 8/8h - 5N	06	

Dr. Wagner Falcão
ORÇÃO DE PREÇOS
12/02/2020

RECEBIL
12 ABR 2020
GRUPO SEGURADORA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wlisses Santos Almeida Registro: _____ Leito: 4-2 Setor Atual: ort.

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 () Outro

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

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midrílicas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BSNAPFE



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Willmes Santos Registro: _____ Leito: 4-2 Setor Atual: Onf

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 () Outro

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: _____

OXIGENACÃO

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURANÇA
BBMAPPA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wlages Santos Almeida Registro: _____ Leito: 4-2 Setor Atual: OTK

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

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 () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % /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 Expectorção: () Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

RECEBIDO

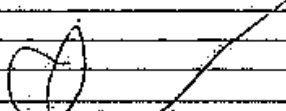
12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFE

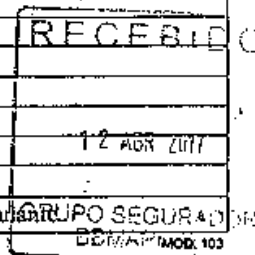


Paciente: <u>Ulysses Santos de Almeida</u>	Idade: <u>20</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>04/01/18</u>
Procedimento: <u>Tot. Cautérios e fixação de pátula de nádo proximal</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Antotely</u>	Auxiliar: _____
Anestesista: <u>Dr. Karelhe</u>	
Início: <u>17:10</u>	Término: <u>19:00</u>
Anestesia: <u>Bloqueio da Pêlo Bupivac. D</u>	

[illegible][illegible]

Observações:		RECEBUE
		12 ABR 2017
Assma Moura Anestésista	Cirurgião	GRUPO SEGURANÇA

Relatório de Operação



Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Wiliam Gonzales de Almeida			
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador	1º Auxiliar	2º Auxiliar	
DM. Amistadeky	M. Wagner		
3º Auxiliar	Instrumentador		
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	fx. Rádio Prostima (D)		
Tipo de Operação			
Osteossíntese			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo.			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Sim (Placas e parafusos)			
Acidente Durante a Operação			
Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDH sob anestesia
2) Agulha + Anestésico + Aplicação de campos estéril
3) Incisão vertical com ponteiro (D) (Via de Henry)
4) Direção para placas
5) Redução completa de fx
6) Aplicação de placa DCP 7 furos + 6 parafusos corticais sob auxílio de fluoroscopia
7) Lavagem de f.o.
8) Sutura por planos
9) Curativo

[Assinatura]
SUELIO MOREIRA TORRES
Cirurgião Geral

RECEBI
12/03/2020
GRUPO 050
B20421

Mod. 048

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

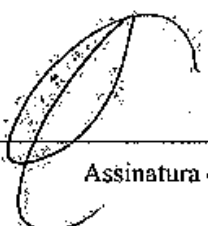




GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		


Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ullisses Santos de Almeida AN: 04/04/76						GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE		
CIRURGIA: de ressecamento e fixação de hérnia de parede abdominal anterior				CIRURGIAO: Dr. Custódio + Wagner			
ANESTESIA: Genérico de lítico Pequeno				ANESTESISTA: Dr. Karoline			
INSTRUMENTADORA: Flávia		INICIO: 17:10		FIM: 19:00		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Oxo.		Catgut cromado Serlix		
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Serlix		
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolanina amp.		Colonoide		Catgut Simples Serlix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serlix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubaitn amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix		
	Pervon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix		
	Proligmine amp.		Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml		Gelo Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon		
	Thionembul ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 230		Prolene Serlix		
	Agua Desilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix		
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix		
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serlix		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serlix		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serlix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml.		PVP Degermante ml				
	Heparema ml.		PVP Tópico ml.				
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico				
	Lasix amp.		Saco coletor				
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml				
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml				
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml				
	Revivan amp.		Sonda				
	Stuplanon amp.		Sonda folley				
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica				
			Sonda Uretral nº				
			Sterydrem ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Agulha desc. 28 x 28		Lapso				
	Agulha desc. 3 x 4,5		Lapso				
	Agulha p/ raque nº		Lapso				
	Alcool de Enfermagem		Lapso				
	Alcool Iodado ml		Lapso				
	Ataduras de Crepon		Lapso				
	Ataduras de Gessada		Lapso				
	Azul metileno amp.		Lapso				
	Benzina ml		Lapso				

EQUIPAMENTOS

☒ Oxímetro de Pulso
☐ Serra
☐ Desfibrilador
☐ Foco Auxiliar
☐ Foco Frontal
☐ Fonte de Luz
☐ Foco Auxiliar
☐ Eletrocautério
☐ Oxidoplogrãto
☐ Cardiomonitor
☐ Perfurador Elétrico

GRUPO 3
 BB 14/11/2019



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: WILSON SANTOS ALMEIDA Registro: _____ Leito: _____ Setor Atual: 1.4 Bloco 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENIZAÇÃO

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

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

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização:		Data da punção: ___/___/___	
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: 1000 ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: ☒ Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:			
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: ☒ Local/Aspecto: <u>ABD.</u>		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 () Outros:			
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			
<u>Paciente admitido em 09:00hrs na ala cirúrgica mantém-se estável. Sem mobilidade física prejudicada.</u>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Alanna Maria M. Henriques</u> ENFERMEIRA COREN-PR. 343.954		DATA: <u>22/02/2016</u>	
		REC- HORA: <u>13:00</u> h 12/02/16	

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

GRUPO 3E
BR/2016



Paciente: WILSON SANTOS DE SAUSINA Enfermeira: _____ Leito: 4.4 Data: 22/02/2016

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()		
3	Deficiência no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal fenda ()	Diarréia ()	Outro ()	
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
5	Hipertermia	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Frequência ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()		
6	Integridade da pele prejudicada	Ansiiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()	Outro ()		
7	Mobildade Física prejudicada	Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Outros ()				Relato verbal de dor ()			
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
10	Risco de infecção	Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
11	Risco de queda	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()		
12	Padrão de sono prejudicado	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()		
13	Outro	Ansiiedade ()	Dosconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro	
14	Outro	Prejuízo músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()			
		Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()		
		Ascle ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
		Drenos ()	Outros ()						
		Aumento da exposição ambiental à patógenos (X)	Defesas primárias inadequadas ()						
		Procedimentos invasivos (X)	Outro ()						
		Mobildade física prejudicada (X)		Modificações ()					
		Extremos de idade ()	Agitação/Desorientação ()						
		Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()		
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()			

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Alimentação abdominal.			
Manter a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			() Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
Registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			() Melhorar a aparência alimentar.
Cuidar da higiene capilar, anotar e mediar CPM.			() Manutenção da higiene pessoal.
Manter as queixas de náusea e vômito (anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos).			() Auxiliar diante das necessidades de higiene.
Manter e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
Registrar e comunicar dificuldades alimentares.			
Manter o banho de chuveiro.			
Manter o banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
Manter o paciente em posições causadas da dor.			
Manter técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
Manter características, intensidade e local da dor.			
Manter alterações de sinais vitais.			(X) Controle da dor (melhorada / ausente).
Manter anotações conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
Manter medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
Manter a ingestão de líquidos.			() Melhorar da integridade da pele.
Manter reações de desorientação/conusão.			() Diminuição do risco de lesão.
Manter condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			() Mobilidade física melhorada/eficaz.
Manter condições do curativo.			() Melhorar da perfusão tissular.
Manter e estimular a hidratação da pele.			() Padrão respiratório eficaz.
Manter e estimular a movimentação no leito.			() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
Manter o paciente deambulando conforme apropriado.			
Manter oximetria contínua e anotar valores de SpO2 e comunicar se for menor que 95%.			
Manter e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
Manter condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
Manter balanço hídrico.			
Manter o local da ferida/quemadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais fisiológicos.			
Manter o acesso venoso perfêrico a cada 72 horas ou se apresentar sinais fisiológicos e anotar.			(X) Diminuir o risco de infecção.
Manter técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
Manter a capacidade em transferir-se (ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			() Diminuir o risco de queda.
Manter as grades do leito elevadas.			
Manter o paciente quando necessário.			
Manter ambiente calmo e tranquilo.			() Melhorar do padrão do sono.
Manter o repouso no leito.			
Manter a medicação CPM.			() Outros
			() Outros

Assinatura do Enfermeiro(a):

Assinatura do Enfermeiro(a):

PONTE MEC-2010 CHANES L.D. SOLAYCA: SAE 2 ed. 2013

ALÉRCIO

A DIDIACIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Relatório de Prescrição de Renda Lowcost

Paciente: Luiz Alves Soares da Almeida 20 Anos Alojamento: Leito: Convênio: Politrauma
Trauma esplênico + hemoperitônio
Grav. IV
Fratura de fêmur (D) e fíbula (D)Data: 21/12 Prescrição Médica: Horário: Evolução Médica:

1º DPO: ed. esplenoctomia + hemite laparotomia

2º DPO: ed. splenectomia

3º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

4º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

5º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

6º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

7º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

8º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

9º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

10º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

11º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

12º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

13º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

14º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

15º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

16º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

17º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

18º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

19º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

20º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

21º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

22º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

23º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

24º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

25º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia

26º DPO: ed. splenectomia + hemite laparotomia



Diagnóstico

Marcelo de Souza

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Wlmes S. da Silva Alojamento: 02 Leito: 02 Convênio: 111 GRUPO: 12

THAUMA ESQUELÉTICO CERVICAL	
COLUNA CERVICAL	

Data	Prescrição Médica	Alojamento	Horário	Leito	Convênio	Evolução Médica
32/12/16	1) Urticária, prurido, lesões de pele no abdômen.	02		02		1) Urticária, prurido, lesões de pele no abdômen.
	2) SGL - 500 mg 1x/dia					
	3) Diclofenaco - 0,5 comprimidos 3x/dia					
	4) Paracetamol - 0,5 comprimidos 3x/dia					
	5) Ibuprofeno - 0,5 comprimidos 3x/dia					
	6) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	7) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	8) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	9) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	10) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	11) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	12) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	13) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	14) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	15) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	16) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	17) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	18) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	19) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	20) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	21) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	22) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	23) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	24) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	25) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	26) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	27) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	28) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	29) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	30) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	31) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	32) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	33) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	34) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	35) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	36) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	37) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	38) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	39) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	40) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	41) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	42) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	43) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	44) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	45) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	46) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	47) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	48) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	49) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	50) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	51) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	52) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	53) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	54) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	55) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	56) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	57) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	58) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	59) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	60) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	61) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	62) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	63) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	64) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	65) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	66) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	67) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	68) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	69) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	70) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	71) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	72) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	73) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	74) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	75) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	76) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	77) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	78) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	79) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	80) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	81) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	82) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	83) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	84) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	85) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	86) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	87) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	88) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	89) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	90) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	91) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	92) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	93) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	94) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	95) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	96) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	97) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	98) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	99) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					
	100) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia					

1) Urticária, prurido, lesões de pele no abdômen.

2) SGL - 500 mg 1x/dia

3) Diclofenaco - 0,5 comprimidos 3x/dia

4) Paracetamol - 0,5 comprimidos 3x/dia

5) Ibuprofeno - 0,5 comprimidos 3x/dia

6) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

7) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

8) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

9) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

10) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

11) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

12) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

13) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

14) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

15) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

16) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

17) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

18) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

19) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

20) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

21) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

22) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

23) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

24) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

25) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

26) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

27) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

28) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

29) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

30) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

31) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

32) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

33) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

34) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

35) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

36) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

37) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

38) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

39) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

40) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

41) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

42) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

43) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

44) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

45) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

46) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

47) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

48) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

49) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

50) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

51) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

52) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

53) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

54) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

55) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

56) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

57) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

58) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

59) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

60) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

61) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

62) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

63) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

64) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

65) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

66) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

67) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

68) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

69) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

70) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

71) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

72) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

73) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

74) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

75) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

76) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

77) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

78) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

79) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

80) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

81) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

82) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

83) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

84) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

85) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

86) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

87) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

88) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

89) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

90) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

91) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

92) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

93) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

94) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

95) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

96) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

97) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

98) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

99) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

100) Clonidina - 0,1 mg 1x/dia

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

02/10/2017

ASS. *Suelio Torres*



363ª edição

70466

Hospital: _____

Código: _____

Procedimento: _____

Paciente: Vitorino Santos de AlmeidaData da Cirurgia: 04/01/13 Nº prontuário: _____

Convênio: _____

Cirurgião: 1

Código: _____

☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
1	Parafuso 3.5			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3.5) mm	Nº	16	18	20				
	Qtd	03	01	02				
	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.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

REC 2013

12.01.13

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ:

Fone/Fax: (88) 3521.4801 • www.bioimplants.com.br

GRUPO

P



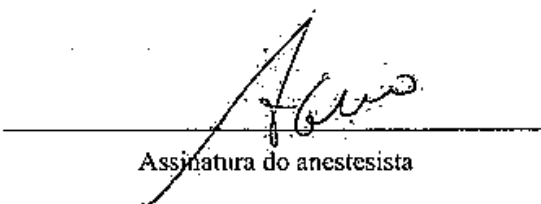


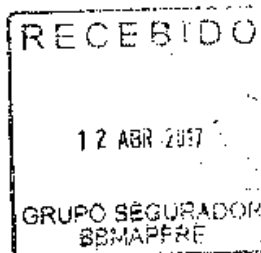
GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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 ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		


Assinatura do anestesista



DOCUMENTO 5 *75%*



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

WILSES SANTOS DE ALMEIDA

CPF: 3994724-8805 PR

RG: 701.131.594-20 DATA NASCIMENTO: 07/04/1996

PATRONO: SEBASTIAO LANGUINHO DE ALMEIDA
MÁRIA JOSE DOS SANTOS

ATUANDO: PERMISSÃO REC: 02/27 DATA: 14/07/2017

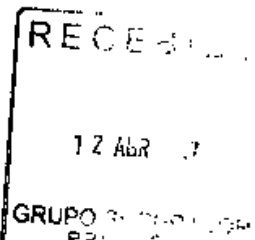
1290119317

EXERCE ATIV REMUNERADA:

LOCAL: PICUI, PR DATA PERMISSÃO: 15/07/2016

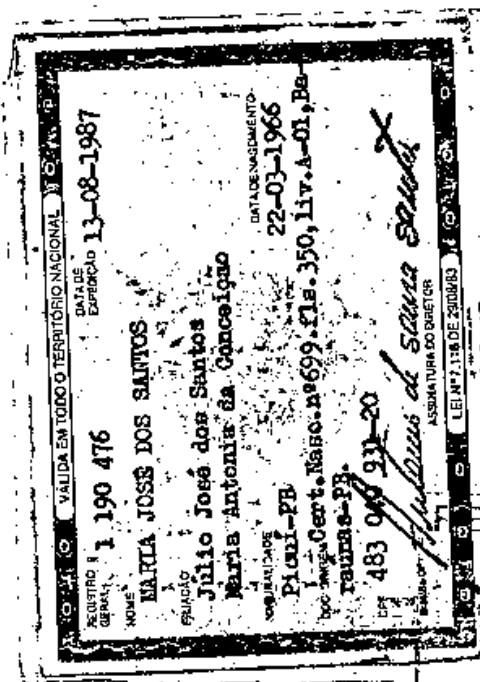
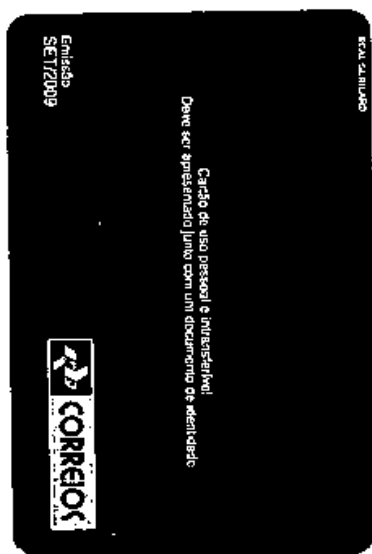
09538054449
PBO22331261

1290119317





DOCUMENTO 3 *T34*



2 ABR 1987

GRUPO S
B8



DOCUMENTO 6 *T6*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DETRAN - RN		Nº 011810817833
25027660/2015		91303889689
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		
2	00925016047	***200000000
MILITARE/ENCERPLED		
MARIA DAS DORES SOARES DA SILVA		
TV DIAMANTINA, 5		
JARDIM PROGRESSO		
59-000-500 NATAL/RN		
032.888.534-77	MYM6514	
RANCO SERRA DE LIMA		
PLACA ANT/LT	CHASSI	
MYM6514/RN	92015822784930049	
PASSAGEIRO/AUTOMÓVEL/NAO_APLICAVEL		ALCOOL-GASOL
FIAT/UNO MILLS FIRE FLEX		2007 2008
5P/66CV	PARTICULAR	CINZA
MOTOR: 146E1011*7621885*		
NATAL/RN	09/09/2015	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 11:41:15
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060111411517700000029895839
Número do documento: 20060111411517700000029895839

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADORA
BRASILEIRA





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

DOCUMENTO 7 *T74*



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

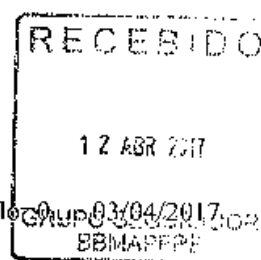
Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente EDVONALDO DOS SANTOS SILVA		Nome da Vítima WLISSES SANTOS DE ALMEIDA	CPF da Vítima 70113159420
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO IML MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Data: _____ Hora: _____	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0003/04/2017>





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidade Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente EDVONALDO DOS SANTOS SILVA		Nome da Vítima WLISSES SANTOS DE ALMEIDA	
CPF da Vítima 70113159420			
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidade Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitadas) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

A
0145346/17
118400



0119233

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 24/04/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 11:41:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060111411517700000029895839>
 Número do documento: 20060111411517700000029895839

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170209529 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA **Data do acidente:** 21/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170209529 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA **Data do acidente:** 21/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma esplênico.
Fratura de radio proximal à direita.

Descrição do exame médico pericial: Presença de cicatrizes cirúrgicas em abdome (Laparotomia), e região volar do antebraço direito, ADM do MSD preservado com exceção da supinação que tem leve limitação, sem distrofias, boa força no membro.

Resultados terapêuticos: Foi atendido no mesmo dia do acidente, foi submetido a esplenectomia em caráter de urgência, permaneceu 16 dias internado. foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura de Rádio, fez acompanhamento por 2 meses, fez fisioterapia.
Esplenectomia.
Osteossíntese de fratura de Radio com uso de placa e parafusos.
Evoluiu sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional leve do MSD.
Perda integral do baço.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/05/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 14484

UF do CRM do médico: PE

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: WILSSES SANTOS DE ALMEIDA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR portador(a) do RG
_____, órgão expedidor _____ e do CPF: _____, residente
no(a) RUA AMAURI SALES DE MELLO nº 514
bairro: CENTRO município: BARAUNA / PB.

OUTORGADO:

Nome: MARIA JOSE DOS SANTOS
brasileiro(a) estado civil: SOLTEIRA Profissão: AGRICULTORA portador(a) do
RG 1190 476 órgão expedidor SSP PE e do CPF: 483.040.931-20
residente _____ no(a) _____
RUA AMAURI SALES DE MELLO nº 514
bairro: CENTRO município: BARAUNA / PB.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

BARAUNA PB 20-03-2017

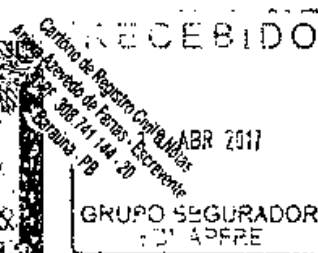
Local e Data



WILSSES SANTOS DE ALMEIDA

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

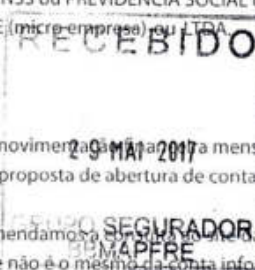
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.994.724 EXPEDIDO POR SSP PB EM 22/09/2014
CPF 701131594-20 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO RECEBE
E RENDA MENSAL DE R\$ RECEBE (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WLISSES SANTOS DE ALMEIDA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro-empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a regularização no site www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4916 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8639-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

BARROVA PB, 19 de MAIO de 2017 WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

0120461





AUTO-ATENDIMENTO - AG. PICUI

DATA: 19/05/2017

HORA: 09:51:06

TERMINAL: 49161004

CONTROLE: 491610040188

AGÊNCIA: 4916 - PICUI

CONTA: 013.00008639-0

CLIENTE: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA

24/04

VALOR

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA

24/04

VALOR

MOVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC HISTÓRICO

VALOR

SALDO ANTERIOR

Abril

24/04 000000 REM BASICA

24/04 000000 CRED JUROS

RESUMO EM 18/05

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE

