



Número: **0807830-89.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		ANTÔNIO DE MORAES DOURADO NETO (ADVOGADO)
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
31514 445	12/06/2020 16:14	<u>2725764_CONTESTACAO_Anexo_01</u>
		Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200048155 **Vítima: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA**

Data do Acidente: 28/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01523/01524 - carta_01 - INVALIDEZ



00030762

Carta nº 15442949



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547>
Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200048155 **Vítima: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA**

Data do Acidente: 28/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000737**

Conta: **0000063034-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00068.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00068.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:50 horas do dia 23 de janeiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria de Lourdes Sousa Silva**, conhecido(a) por Lourdes, CPF nº 032.109.214-74, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Francisca Maria dos Santos e José de Sousa, natural de Itaporanga/PB, nascido(a) em 28/02/1957 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Brasil, Nº 198, complemento CASA, bairro Liberdade, tendo como ponto de referência Próximo a Feirinha do Jeremias, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: nº S/N, Via Pública, Próximo da Igreja Católica de Nossa Senhora de Fátima, Campina Grande/PB, bairro Palmeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/08/19 21:38h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Automóvel, UF: PB, características gerais: Não Identificado

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA CAMINHANDO EM DIREÇÃO A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO VEIO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR, EM ALTA VELOCIDADE NA CONTRA MÃO DA VIA E QUE O MESMO FEZ O DECLARANTE PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E SEM RESPEITAR A SINALIZAÇÃO, AVANÇANDO O SINAL DE PASSAGEM DE PEDESTRES E ATROPELANDO A DECLARANTE QUE VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS NECESSÁRIOS CABÍVEIS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL.

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


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-J

Procedimento Policial: 00068.01.2020.1.05.101

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547>
Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 4

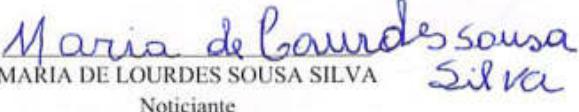
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



Lucena/PB, 23 de janeiro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-8


MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00068.01.2020.1.05.101

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547>
Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 5

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000063034-8

Nr. da Autenticação F47E0960B897CFF6



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547>
Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 7

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Reservar para sempre pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica - N° 004.406.016



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - RR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 09.826.596/0001-95 - Inscrição Est. 15.023.333-1

DADOS DO CLIENTE

JOAO BATISTA TAVARES DA SILVA
RUA RAIMUNDO NONATO 32
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/50102-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	14/08/2019	6	21/08/2019	R\$ 23,01

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00075.574178 1 7988000002301				
Pagador: JOAO BATISTA TAVARES DA SILVA CNPJ/CPF: 918.149.014-34				
RUA RAIMUNDO NONATO 32 - JEREMIAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31490360000075574	Nº Documento 000050102201908	Data Vencimento 21/08/2019	Valor do Documento R\$ 23,01	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547>
Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 8

28/08/2019



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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1978397 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 28/08/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARIA DE LOURDES

CEP: 58400002 Nascimento: 28/02/1957

SOUSA SILVA

Sexo: F Telefone: 987258150

Endereço: RUA PEDRO BRASIL

Idade: 062 Bairro: LIBERDADE

Cidade: Campina Grande

RG: 2429446 N°: 198

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS

CPF: Profissão: COSTUREIRA

SANTOS

Data de

Atend: 28/08/2019 CNS: 70420427926484

Responsável:

Atend: 28/08/2019

Estado Civil: Casado(a)

CONVÉNIO: SUS

MOTIVO: ACIDENTE DE CARRO CARRO X CARRO

Horário: 21:38:46

DATA FISCAL:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abração
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Corrente
16. F. Conto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Irritabilidade Venosa
23. Laceração
24. Lesão tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Ostragra
30. Paralisia
31. Parésia
32. Paresthesia
33. Queimadura
34. Piercagem
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID: 28 08/13

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADO Nicos

Ortopedia

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocôricas () Anisocôricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2: _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às: _____ Dia: _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às: _____ Dia: _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Br. Dr. José Alcides de Melo
Interno de Ortopedia
CMT-PB 5792

28 08/13



28/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

**GOVERNO
DA PARÁBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 06.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmes, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/08/2019
Data: 28/08/2019
Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 N° ATEND: 1978397

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 28/08/2019 HORA: 21:40:19

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTIVO: ACIDENTE DE CARRO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: CARRO X CARRO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM () NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL: BOM

AVALIAÇÃO NEUROLOGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITABIL () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

(Escala de Intensidade da Dor)



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
AMARELO

HORA	PA	TEMP	FC	FR	ASSINATURA		DO
					ENFERMEIRO/COREN	ENFERMEIRO/COREN acolhimento	

*Rebelo Henrique S. Cavalcanti
COREN-PB 442.115-2111*



EXAMÉ SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE _____ as _____ hs _____

SERVIÇOS REALIZADOS

MGCG-Palme Adminstrators

Data da impressão: 28/08/2019 Hora: 22:24:28

1000

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES 12/09/2020 16:42:26
<http://pie.tipb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547>

Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 12

10
8
7
6
5
4
3
2
1
on: 22
61/80/82

⑤ less favourable setting: (4p, 10, 10) ~~less favourable~~ - 06
⑥ Aftermath 25 days - 14p, 10/10 (unstable) - 01

Item	Descrição	Preço/cd	Preço/box	Apresentação
1	DIETAR LIVRE	9,00	44,5	
2	JELCO SALINIZADO	00	00	
3	DIPTRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	00	00	EV. IAMPOLA. 6h/6h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	00	00	EV. LIFRA AMP. 12h/12h
5	RECONSTITUIR 2ML ABD.	00	00	
6	OMEPRAZOL 20 MG	06	06	VO. ICAPS. ANTES DO CAFE
7	CLUDABOS GERAIS + SINUS VITAS	06	06	

DBA 87/80/2019

CHIMIE & AMERIQUE | Édition internationale | 10 | L'industrie 3

NOME DA MÃE: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1951 SEXO: F

N.º de protocollo: 19/8479 Paciente: MARIA DE LOURDES SOLSA SILVA | data: 06/2

BRADS DU PARCOURS

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIGO MEDICA

Nicolas (2012) *Discours : un récit à la fois de l'écriture*

155577 HUM

6102/80/82 313619

HTCG-Pain| Administrative

• GŁOZ/BÓ/82



Num. 31514445 - Pág. 13

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES 12/08/2020 16:14:26
<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547>

Número do documento: 20061216142850900000030225547



29/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-08-29&contar=1978429&IDC=41180



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 29/08/2019
Horas: 06:24:01
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIH - I

Clinica:AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO

DIA 29/08/2019

2 - 1

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	E.V. 1AMPOLA, 6h/6h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	E.V. 1FRA AMP, 12h/12h
	Reconstituir 2ML ABD,	
5	OMEPRAZOL 20 MG	V.O. 1CAPS, ANTES DO CAFE
	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP	V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)
7	ATENOLOL 50 MG	V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:29/08/2019 HORA:06:22:55

FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO Data de Internamento: 28/08/2019

BEG, ESTAVEL.

COM TALA GESSADA

AGUARDO EXAMES PRE-OPERATORIO

ASSINATURA + CARIMBO,
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

Crismarcos Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM 3335



30/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-08-30&contar=1978429&IDC=41647



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/08/2019

Horas: 10:00:29

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PREScrição MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIH - 2

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO

DIA 30/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24/96
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 24/96
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, ANTES DO CAFE	24/96
	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
7	ATENOLOL 50 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	24/96
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/08/2019 HORA: 10:00:17

ORTOPEDIA

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL.
SEM INTERCORRENCIAS
DIURESE E EVACUAÇÕES +

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB#9965 / CRM/RN-8320

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-08-30&contar=1978429&IDC=41647

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547
Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 15



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 01/09/2019
Horas: 08:09:41
Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIII - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO

DIA 01/09/2019

MÉDICO(A): Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	<i>ct</i>
2	JELCO SALINIZADO	<i>AS 18/09/2019</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>AS 18/09/2019</i>
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, ANTES DO CAFE	<i>AS</i>
5	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	<i>AS</i>
6	ATENOLOL 50 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>AS</i>
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>AS</i>

EVOLUÇÃO

DATA:01/09/2019 HORA:08:09:31

ORTOPEDIA

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL.

Vitória 2019-1º m de 09/09

SEM INTERCORRENCIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES +

PRÉ-OP: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Lutz Egílio de Melo
M.R. ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao

02/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-09-02&contar=1978429&IDC=42553



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/09/2019

Horas: 12:04:05

Médico (a) Diarista : Ewerton Franco De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIH - 5

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: I Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO

DIA 02/09/2019

MÉDICO(A): Ewerton Franco De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
3	JELCO SALINIZADO	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, ANTES DO CAFE	18 06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5N
7	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	18 06
8	ATENOLOL 50 MG V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	18 06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente

EVOLUÇÃO

DATA: 02/09/2019 HORA: 12:03:30

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAYO X DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Ewerton Franco De Souza

Ewerton Franco De Souza
CRM-PB 4607

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-09-02&contar=1978429&IDC=42553

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547
Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 17

Item	MEDICO(a): Wagner De Melo Falcão /	Prescrição	Afrazamento
1	DIETA BRANDA HIPLOSSODICA		
2	JELECO SALTINIZADO		
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	EV. IAMPOLA, 6h/6h	Recostituir 2ML ABD.
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	EV. IFEIRA AMB, 12h/12h	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP	ATENOLOL 50 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)
6	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP	V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	CD: AGUARDA CIRURGIA
7	V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	ASSINATURA: CARIBBO	Wagner De Melo Falcão
8	CUDADOS GERAIS + SINAIS VITIAIS		

DATA: 31/08/2019 HORA: 06:10:52

EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA

SEM INTERCORRÊNCIAS

PACIENTE EVOLUIT EM BEG, ESTÁVEL.

DIRESES E EVACUAGENS +

PRE-OP: OK

Dr. Wagner De Melo Falcão
ORTOPEDISTA - Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 8643

PRESCRICAO MEDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 31/08/2019
Horas: 06:11:15
Medico (a) Diarista: Wagner De Melo Falcão

GOVERNO



DADOS DO PACIENTE:

Nº do protocolo: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F
Nome da Mae: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissao: 28/08/2019 DH - 3
Clínica: ORTOPEDIA 2 Endereço: 2 Lote: 1 Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547
Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 18

02/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALO FERNANDES CNPJ: 06.778.268/0038-52
Av. Mld. Flávio Páes, 4700 - Mairinque, Campos Grande - PB.
Data: 02/09/2019

NOME: Wagner Luiz Egito De Araújo



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 156873

DATA DA CIRURGIA: 02/09/2019

Número do Atendimento: 1978429 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 2 / Lei: 1

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Data da Internação: 28/08/2019

Atendimento: 1978429

Diagnóstico Pré-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408020172 REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO
FISARIA NO PUNHO

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTÂNEA Data da Cirurgia: 02/09/2019

Equipe:

Cirurgião: FÁBIO DE MOURA SPA
Aux 1: EULER FABRÍCIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAÚJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
02 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
04 REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE K 2.5 CRUZADOS
SOB ESCOPIA
05 LAVADO DE FO COM SF
06 TALA

Data: 02/09/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araújo



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE

Maris de Leandro Senna Silva Dn 287021957

LEITE **04** CONVENIO **SUS** IDADE **62** ANOS REGISTRO **197.8391+**

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA **Trat. Cirúrgico**
Frat. Radio Distal (D)

CIRURGIAO **Dr. Puler (R2) + Dr. Wagner (R1)**

ANESTESIA

Bloqueio Plexo

ANESTESIA **Dr. Ricardo**

INSTRUMENTADORA

DATA **02/09/2019** INICIO **13:50** FIM **14:20**

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO
01	Adrenalina amp.	01	Calei. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix	
01	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
05	Diazepam amp.		Compressa Grande #		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonolide		Catgut Simples Sertix	
01	<i>Efetoo ml nula 3dol</i>		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
04	<i>Mivacocaina 1% Vaso</i>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	015	Espasadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
01	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quetamina ml	04	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifeb amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
04	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
01	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flacobortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		Vicryl Serfix	
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.	015	PVPI Degravemente <i>alcol.</i>			
	Heparena ml.		PVPI Tópico ml.			
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SOROS	
	Lasix amp.	05	Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.	04	Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda		SG fr 500 ml	
	Stupantan amp.		Sonda folley			
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
			Sonda Uretral nº			
			Steridrem ml			
01	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Toracol. Jelco 18			
			Vaseline ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	01	Gelcon 16 scalp 19			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	02	FIO K. 2,5 + 3,0			
015	Aguilha p/ raque nº					
	Alcool de Enfermagem				EQUIPAMENTOS	
	Alcool Iodado ml				<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	Ataduras de Crepon				<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
	Ataduras de Gessada				<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxicapilógrafo
	Azul metílico amp.				<input type="checkbox"/> Foco Frontal	<input type="checkbox"/> Cardiômetro
	Benzina ml				<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

CIRURGIANO RESPONSÁVEL

TEC. ENFERMAGEM
CONT. PR. T. S. P.

MOD 066



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547>
Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 21



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Maria de Souza Seabra	Idade: 62 anos
Convênio: SUS	Data: 02/05/2015
Procedimento: fístula de náculo distal d.	
Cirurgião: Dr. Euler + Wagner	
Auxiliar:	
Anestesista:	
Inicio: 13:50	Término: 14:20
Anestesia Bloqueo de pleura	

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

M2D 103



Assinatura do anestesista

(Bilal)

Crítérios para alta de sala de recuperação pos anestésico	Hora entrada	Hora saída	TOTAL DE PONTOS:
Apneia = 0			Respiração limitada, Dispnéia = 1
Movimenta 2 membros = 1			Respiração profunda e tosse = 2
Movimenta 4 membros = 2			PA + ou - 50% do nível pre-anestésico = 0
Nenhum movimento = 0			PA + ou - 20 a 40% do nível pre-anestésico = 1
Movimenta 2 membros = 1			PA + ou - 20% do nível pre-anestésico = 2
Movimenta 4 membros = 2			Sat 02 < 90 com oxigênio = 0
			Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2
			Neuropatia ao chamado = 0
			Despertado ao chamado = 1
			Completemente acordado = 2

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



GOVERNO DA PARANÁ
SECTARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DA PARANÁ
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		Nome: <i>Merly de Lourdes Souza Siqueira</i>			IDADE: <i>62</i>	SEXO: <i>F</i>	CDR		
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO	HEMOCRACIA	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA		OUTROS		
	URINA								
AP. RESPIRATÓRIO: <i>NDN</i>					ASMA		BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO: <i>NDN</i>					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO: <i>NDN</i>		DENTES: <i>—</i>	PESCOÇO: <i>—</i>	AP. URINÁRIO: <i>—</i>					
ESTADO MENTAL: <i>COTE</i>		ATARAXICOS: <i>—</i>	CORTICOIDES: <i>—</i>	ALÉRGIA		HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO P/OP-OPERATÓRIO: <i>Fratura articular radio distal direita</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO P/ANESTESIA:					APLICADA	AS	EFEITO		
AGEN. ANESTÉSICOS	<i>o 34</i>					INDUÇÃO			
						Satisf.: <i>—</i>	Excit.: <i>—</i>	Tosse: <i>—</i>	
LÍQUIDOS	<i>SP 0,9</i>					Laringo espasmo: <i>—</i>	Lenta: <i>—</i>		
	<i>500 ml</i>					Náuseas: <i>—</i>	Vômitos: <i>—</i>		
					Outros: <i>—</i>				
CÓDIGOS: PULSO: C - RESPIRAÇÃO: A - OPERAÇÃO: A	<i>260</i>					MANUTENÇÃO			
	<i>240</i>					<i>Bloquei, interescalares do plato brquei.</i>			
VP ARTERIAL: AX - ANL	<i>220</i>								
	<i>200</i>								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>180 160 140 120 100 80 60 40 20</i>								
	<i>180 160 140 120 100 80 60 40 20</i>					ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <i>—</i>			
					Não, por quê? <i>—</i>				
					DESPERIAR				
					Reflexos na SO: <i>—</i>				
					Oxirr.: <i>—</i>	Co.: <i>—</i>	Excit.: <i>—</i>		
					Náuseas: <i>—</i>	Vômitos: <i>—</i>			
					Outros: <i>—</i>				
					Com cânula: <i>—</i>				
					Para o Leito: Sim <i>—</i> Não <i>—</i>				
					CONDIÇÕES: <i>—</i>				
POSIÇÃO									
AGENTES		<i>Midazolam + Nitropranto + Fentanyl</i>							
TECNICA		<i>Fixação da radio distal direita</i>					CÁNULAS		
OPERAÇÃO									
CIRURGIOS		<i>Dr Euler R. e Dr Wagner R.</i>							
ANESTESISTAS		<i>Dr Ricard Lourdes</i>							
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES P/OP-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.							PERDA SANGUÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1978429 Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Sexo: F

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIH - 6

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR RADIO DISTAL DIREITO

DIA 03/09/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

an

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	JELCO SALINIZADO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, ANTES DO CAFE	17 18 24 06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	06
7	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	06
8	ATENOLOL 50 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06

EVOLUÇÃO

DATA: 03/09/2019 HORA: 10:36:05

PACIENTE EVOLUINDO BEM.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAIOS X DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dra. Schubert Costa
03/09/2019
C.R. 5443
C.R. 5443





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DCM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mwl. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

CNPJ: 08.778.269.0038-52
Data: 04/09/2019
NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Data da Internação: 28/08/2019 Data da Alta: 04/09/2019

Registro: 1978429

Tempo de Permanência: -18137

Diagnóstico Inicial: 0408020431

Diagnóstico Final: 0408020431

Cirurgia: PERCUTANEA Data: 02/09/2019

Equipe:

Cirurgião: WAGNER DE MELO FALCAO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

Condições de Alta: Melhorado

04/09/2019

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA. RESPONSÁVEL: Schubert Luigi Costa Rodrigues



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Jane de Rosendo S. Silve IDADE: 62 SEXO: F

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 29/08/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligosintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Sincopse |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Ortopédica |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Típica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Emoções | <input type="checkbox"/> Frio |
| | | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: _____

2 -ATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar | <input type="checkbox"/> OPOC | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <u>N</u> | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva <u>?</u> | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana | <input checked="" type="checkbox"/> <u>N</u> |
| <input type="checkbox"/> Antitímias | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <u>mexa</u> | <input type="checkbox"/> Tabagismo <u>N</u> |
| <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Outros |

Medicamentos em uso Não Sim locofrena, acetaminofeno

4 - EXAMES FÍSICO

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR, 2T, 2P

FC: 73 b.p.m P.A.: 100 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Addômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: Hb: 13,8 Cr: 0,6

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

- Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
 Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

NOD. 043


Suelio Moreira Torres
Cardiologista
01/06/2020 - 01/06/2024

Ass. do Médico



ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Paciente com programação cirúrgica p/ 2^a fez
solicitado Prescrição de Sangue.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCA DEFINidoras
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA
	() HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
DEFÍCIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUIZO NEUROMUSCULAR () DOR	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
	() OUTRO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA
	() OUTROS	() RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
	() OUTRO	() TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE
	() PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS	
	() PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSAO ABDOMINAL		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTAO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() MINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Otonie
Otonie 97464



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁLA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NNB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: W. de Souza, Góisca Souza Idade: 62 Sexo: F Enf/Leito 2,1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicações em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fix particular de Rádio Distal

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALadar OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () ESPONTÂNEA () SVO () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () INTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida: Curativo em: _____ / _____ / _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA



5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: Católica () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
13:00	148	83	75,4	74						<u>W</u>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NNB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: MM- eu lourdes Sobre: gouveia Idade: 62 Sexo: F Enf/Leito: 2.1 Out: 2

2. HISTÓRIA PREGRESSA:

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

Tabagista () Etílico () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso: dorzatana / Ativanda / Ambrisina.

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFAÇÃO () PALadar OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS: F.O MSS

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () INTEGRA () LESÃO () OUTROS: F.O

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

Localização anatômica da ferida: Curativo em: _____ / _____ / _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(0a10)	(0a10)	(Kg)			
09	130/70	36,1	73	—	—	+					SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRIO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Maria José da Silva França
CORE/SP/642016-TE

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	<input type="checkbox"/> ABDOME DISTENDIDO <input type="checkbox"/> ANOREXIA <input type="checkbox"/> DOR AO EVACUAR <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL
DEFÍCIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DESCONFORTO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ARTICULAR <input type="checkbox"/> PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> DIFICULDADE PARA VIRAR-SE <input type="checkbox"/> MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		
PREScriÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO <input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR <input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR <input type="checkbox"/> AVAMPAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITais <input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS <input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS <input type="checkbox"/> ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS <input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO		<input type="checkbox"/> OBTEÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ <input type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE <input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA <input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? SIM NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? SIM NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? SIM NÃO

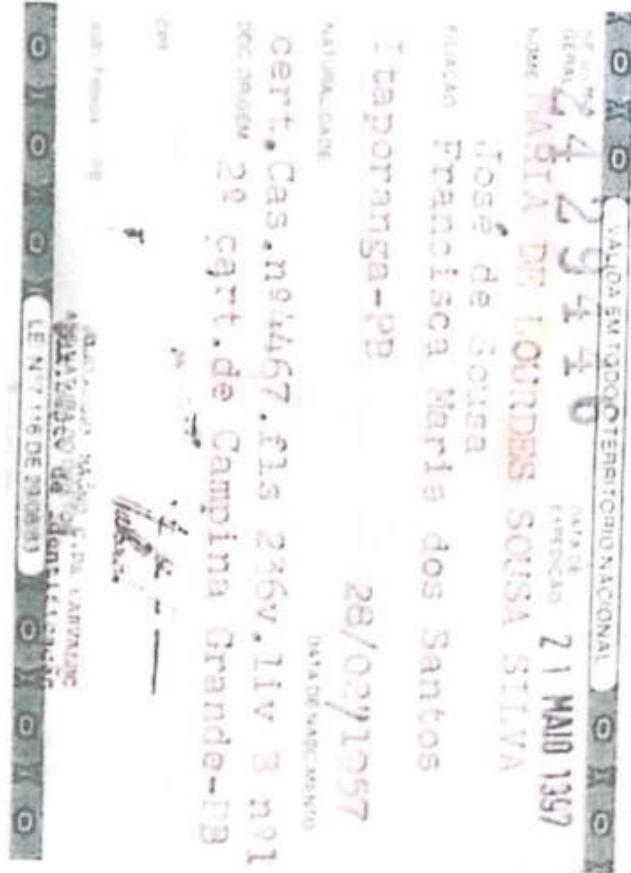
TERAPIA INTRAVENOSA? SIM NÃO ESTADO MENTAL? AGITADO DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? SIM NÃO

ASSINATURA E CARIMBO: Marcelo Rosado de Sá Andreia

ENFERMEIRA
COP/EN 349576







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547>
Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 33

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048155 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA **Data do acidente:** 28/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.11.13_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048155 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA **Data do acidente:** 28/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.11.13_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040062/20

Vítima: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

CPF: 032.109.214-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/08/2019

Titular do CPF: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA : 032.109.214-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA
CPF: 032.109.214-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/06/2020 16:14:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061216142850900000030225547>
Número do documento: 20061216142850900000030225547

Num. 31514445 - Pág. 36