



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	Tipo
31514 445	12/06/2020 16:14	2725764_CONTESTACAO_Anexo_01	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

Carta nº 15442949





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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0040062/20 CPF da vítima: 032109214-74 Nome completo da vítima: Maria de Lourdes Sousa Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Maria de Lourdes Sousa Silva CPF: 032109214-74
Profissão: Recuso Endereço: Raimundo Nonato Número: 32 Complemento: casa
Bairro: Jussias Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58404-038
E-mail: Tel (DDD): (83) 9

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0737 CONTA: 63034
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Campina Grande 29/01/20
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Maria de Lourdes Sousa Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





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 POLÍCIA 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



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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. 157.356-4

Maria de Lourdes Sousa Silva
MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00068.01.2020.1.05.101

2/2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0040062/20 CPF da vítima: 032109214-74 Nome completo da vítima: Maria de Lourdes Sousa Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Maria de Lourdes Sousa Silva CPF: 032109214-74
Profissão: Recuso Endereço: Raimundo Nonato Número: 32 Complemento: casa
Bairro: Jussias Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58404-038
E-mail: Tel (DDD): (83) 9

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0737 CONTA: 63034 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, Campina Grande 29/01/20
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Maria de Lourdes Sousa Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:
CPF:

Assinatura

2º | Nome:
CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica. Nº 004.406.916



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Ins. Est. 16.031.839-1

DADOS DO CLIENTE

JOAO BATISTA TAVARES DA SILVA
RUA RAIMUNDO NONATO 32
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/50102-3

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

14/08/2019

CONSUMO

6

VENCIMENTO

21/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,01

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00075.574178 1 79880000002301				
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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000075574	000050102201908	21/08/2019	R\$ 23,01	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



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

SILVA

Sexo:F

Telefone: 987258150

Endereço:RUA PEDRO BRASIL

Idade:062

Bairro:LIBERDADE

Cidade: Campina Grande

RG: 2429446

Nº:198

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS

SANTOS

CPF:

Profissão:COSTUREIRA

Responsável:

Data de

CNS:704204247926484

Estado Civil:Casado(a)

Atend:28/08/2019

CONVÊNIO:SUS

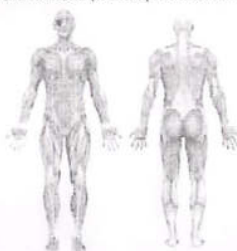
Hora: 21:38:46

MOTIVO: ACIDENTE DE CARRO CARRO X CARRO

OBS: FICHA

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria de Vencido |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Emalçamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Escorpiamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otoregia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestesia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-cortado | 34. Rincorrágia |
| 17. F. Perfuro-cortado | 35. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

28 08/19

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADO NÍCOS

Ortopedia

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

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:

Dr. Suelio Moreira Torres
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 57.92

jetohtcg/impreclassi.php?contar=1978397&dataatend=2019-08-28&horaatend=21:40:19

1/3



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. 9

28/08/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mel. Floriano Peixoto, 4700 - Matinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 28/08/2019

Paciente: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA Idade: 062 Nº 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 O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

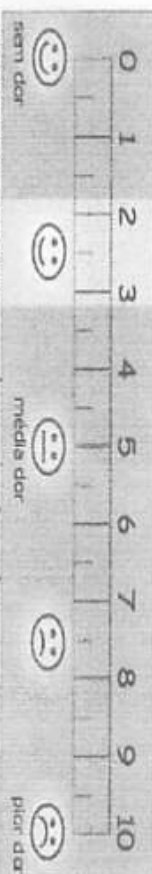
ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANATILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

HTCG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: AMB UPA/NIR
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

[Signature]
Suelio Moreira da S. Cavalcanti
COREN-PB 448.575-5/16



EXAME SECUNDÁRIO / PARÊCER MÉDICO

HTCG-Painrel Admininstralho

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs

Centra clínico

{ Intermediação (setor)

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

4. **Altra hospitalar / 4. A revella**

1. Decisão Médica

1. **Job Title:**

~~Assistente ou responsável quanto necessário)~~

SERVIÇOS REALIZADOS:**CÓDIGO/PROCEDIMIENTO**

CSO

IBADE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		SUS Sistema Nacional de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2 - NOME DO ESTABELECIMENTO RECEBEDOR HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
3 - NOME DO PACIENTE MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA		4 - Nº do prontuário 1978429	
5 - NOME DO PACIENTE MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA		6 - Nº do prontuário 1978429	
7 - CARTÃO DO SUS 704204247926484		8 - DATA DE NASCIMENTO 28/02/1957	
9 - SEXO F		10 - ESTADO DE NASCIMENTO PR	
11 - ENDEREÇO DE CONTATO 987258150		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA PEDRO BRASIL, 198, LIBERDADE	
13 - MUNICÍPIO DA RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO DE ENDEREÇO 250400	
15 - CEP 58400002		16 - CID 58400002	
17 - MOTIVACÃO SOBRE A INTERNAÇÃO EM SERVIÇOS <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin: 5px;"></div>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A DETERMINAÇÃO <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin: 5px;"></div>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS DE EXAMES REALIZADOS <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin: 5px;"></div>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin: 5px;"></div>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
21 - TIPOLOGIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>		22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>	
23 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02		24 - DOCUMENTO 980016004459602	
25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RICARDO AMORIM FILHO		26 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/08/2019	
27 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin: 5px;"></div>			
28 - CID DA SEGURADORA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
29 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
30 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
31 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
32 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
33 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
34 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
35 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
36 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
37 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
38 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
39 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
40 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
41 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
42 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
43 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
44 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
45 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
46 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
47 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
48 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
49 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
50 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
51 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
52 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
53 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
54 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
55 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
56 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
57 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
58 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
59 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
60 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
61 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
62 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
63 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
64 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
65 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
66 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
67 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
68 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
69 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
70 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
71 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
72 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
73 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
74 - CID DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px;"></div>			
75 - CID DA EMPRESA 			

Data de Intermédio: 28/08/2019 Hora: 22:24:28

HTCG-Painful Administration

28/08/2018



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. 12

28/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 28/08/2019

Horas: 22:35:51

Médico (a): Diarista: Andre Ribeiro Araujo De Menezes

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

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

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Sexo: F

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 28/08/2019

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes /

Atcm	Prescrição	Apazamento
DIETA LIVRE	445	320
JELCO SALINIZADO		00
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. I.A.M.P.O.L.A. 6h/6h		00
TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. I.F.R.A.A.M.P. 12h/12h		00
Reconstituir 2ML ABD.		00
OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE		00
CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS		00

③ Cosafarm 50mg: 1cp, VO, pela manhã - OK
 ④ Atenolol 25mg - 1cp, VO, de manhã - OK

28/08/19 22:40

fx articular de
 ombro direito.
 Tratamento conservador.
 Pre-op solado.
 op: VPM.

Dr. Suelio Moreira Torres
 CRM-PB 6221 - RCDOT: 12463
 C.R.M. COLUNA VERTEBRAL - SBC
 Coluna Vertebral - PB

29/08/2019

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

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 - 1

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

Data: 29/08/2019

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. 1 AMPOLA, 6h/6h	99 02 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS, ANTES DO CAFE	06 24
	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. 1 COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	06 24
7	ATENOLOL 50 MG V.O. 1 COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
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

AGUARDANDO EXAMES PRE-OPERATORIO

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

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: 62 Sexo: F
Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/02/1957 Admissão: 28/08/2019 DIH - 2
Clínica: 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 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, ANTES DO CAFE	06
6	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
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/PE 49985 / CRM/RN 8320





GOVERNO
DA PARAÍBA

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 DHI - 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	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, ANTES DO CAFE	
5	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
6	ATENOLOL 50 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL

SEM INTERCORRENCIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES +

PRÉ-OP: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

- Dura 2m 1 p do odo

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao



02/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.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

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

DIA 02/09/2019

MÉDICO(A): Ewerton Franco De Souza /

Item	Prescrição	Apazamento
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	AS OB
3	JELCO SALINIZADO	de AS OB
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, ANTES DO CAFE	de AS OB
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
7	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	de OB
8	ATENOLOL 50 MG V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	de
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 RAIOS X DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Ewerton Franco De Souza
Dr. Ewerton Franco De Souza
CRM-PB 9507

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.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

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/08/2019

Horas: 06:11:15

Médico (a) : 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 DIH - 3

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

Dia 31/08/2019

MÉDICO(A): Wagner De Melo Falcao /

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

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

PACIENTE EVOLUI EM REG. ESTÁVEL

SEM INTERCORRENCIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES +

PRÉ-OP: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner De Melo Falcao
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-RB 9843
 ASSISVALTERA + CARIMBO
 Wagner De Melo Falcao

02/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Md. Floriano Peixoto, 4700 - Madrinha, Campina Grande - PB.
NOME: Wagner Luiz Egito De Araújo

CNPJ: 06.778.268/013-82
Data: 02/09/2019



**GOVERNO
DO ESTADO
DA PARAIBA**

Número do Prontuário: 156873

DATA DA CIRURGIA: 02/09/2019

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

DESCRIÇÃO 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 ANTISSEPSE

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE K 2.5 CRUZADOS

05 ESCOPIA

06 LAVADO DE FO COM SF

07 TALA

Data 02/09/2019

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz Egito De Araújo



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: **De Lourdes Sousa Silva** DOB: **25/02/1957**
 LETE: **Sala 04** CONVENIO: **Sus** IDADE: **62 anos** REGISTRO: **197.8391**

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

CIRURGIA: **Trat. Cirurgico** ANESTESIA: **Bloqueio Plexo**
 INSTRUMENTADORA: **Dr. Ricardo** DATA: **02/09/2019** INICIO: **13:50** FIM: **14:20**

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	05	Compressa Grande P		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
01	Efrase ml nuda zolon		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
04	Ketalar ml Macrocaina 10 vaso		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	015	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
01	Protóxido 1/m		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelion ml nil pendol	04	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Thionembul ml		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Mononylon	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Glicose amp.		Luvas 8.5			
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio 1/m			
	Haemacel ml.	015	Polifix			
	Heparema ml.		PVPi Degemante alcad.			
	Kanakion amp.		PVPi Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Lasix amp.	05	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.	04	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Suptanon amp.		Sonda			
02	Cefalotina 1g		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
			Sonda Nasogátrica			
			Sonda Uretral n°			
			Sterydrem ml			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	Torneira Jelco 18			
	Aguilha desc. 25 x 7	01	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 28 x 28		Gecon 10 scalp 19			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	02	Latex			
	Aguilha p/ raque n°		Fio K. 25 x 30			
015	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

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

CARIMBO E RESPONSÁVEL
 TEC. ENFERMAGEM
 COORDENADOR

MOD 006





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Maria de Lourdes Sousa Silva.</u>	Idade: <u>62 anos</u>
Convênio: <u>NUS</u>	Data: <u>02/09/2019</u>
Procedimento: <u>fatura de raio dental d</u>	
Cirurgião: <u>Dr Euler+Wagner</u>	Auxiliar: <u></u>
	Anestesista: <u></u>
Início: <u>13:50</u>	Término: <u>14:20</u>
	Anestesia <u>bloqueo do braço</u>

[illegible][illegible]

Observações:

(Signature)

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

109



Assinatura do anestesista

[Assinatura]

TOTAL DE PONTOS:		
		Completamente acordado = 2
		Despertado ao chamado = 1
		Não responde ao chamado = 0
		Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2
		Sat O2 > 90 com oxigênio = 1
		Sat O2 < 90 com oxigênio = 0
		PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2
		PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1
		PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0
		Respiração profunda e tosse = 2
		Respiração limitada, Dispneia = 1
		Apnéia = 0
		Nenhum Movimento = 0
		Movimentação 2 membros = 1
		Movimentação 4 membros = 2
Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída

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



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

GOVERNO
DO PARANÁ



SÉCRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Marta de Lourdes Sousa Silva</i>		IDADE <i>62</i>	SEXO <i>F</i>	COR	
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCRITO	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	UREIA	OUTROS	
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>CONE</i>			ATÁXICOS <i>-</i>	CORTICOIDES <i>-</i>	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura articular rádio distal direito</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS				INDUÇÃO Satisf.: _____ Excl.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenia: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
LIQUIDOS				MANUTENÇÃO <i>Bloqueio interescalares nco do plexo braquial</i>			
CODIGOS				ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____			
VP. ARTERIAL				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excl.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				Com cânula: _____ Para o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____			
POSICÃO							
AGENTES	<i>Kidazolam + Nitperido + Fentanyl</i>						
TECNICA	<i>Fixação do rádio distal direito</i>					CÂNULAS	
OPERAÇÃO							
CRURGIÕES	<i>Dr. Euler R2 Dr. Wagner R1</i>						
ANESTESISTA	<i>Dr. Ricardo Loureiro</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRFB





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/09/2019

Horas: 10:36:34

Médico (a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

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

DIA 03/09/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

OK

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h OD/ID 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	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
8	ATENOLOL 50 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

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

PACIENTE EVOLUINDO BEM.

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

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
CRM: 10.848.190/0001-55



GOVERNO
DA PARAÍBA

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:

Anestesiista:

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!

Condições de Alta: Melhorado

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

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: Me de Lourdes S. Silva IDADE: 62 SEXO: F

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopéica
() Palpitações () Tosse Seca () Expectorção
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - DOENÇAS EM CURSO:

☒ Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus N () Insut. Cardíaca Congestiva ? () Insuficiência Coronariana N
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: meiga () Tabagismo N
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico PLA Aneurisma da carótida Outros

Medicamentos em uso () Não ☒ Sim Levodopa, Aemalo

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: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: Hg: 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.: _____

[Assinatura]
Ass. do Médico

MOD. 043



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

*Paciente com programação cirúrgica p/2ª vez;
solicitado Punção de Sangue.*

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	<i>1x dia</i>	
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() MINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	<i>Acumulado</i>	
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>OK</i>	
() 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 (X) NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM (X) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? (X) SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

*Antonio
06/06/2020 9:404*



1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: W. de B. Sousa 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: Fratura patológica de Rômbio Distal D.

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 () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () 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	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
13:00	128/83	35,4	71							<u>[Assinatura]</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 NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ms. de Lourdes Souza Idade: 62 Sexo F Enf/Leito 2.1 Out 2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Interações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença ☒ HAS () DM
☒ Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso: losartana / Atorvastatina / Amoxicilina.

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

PERCEÇÃO 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.: F.O.M.S.E

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: () ÍNTEGRA ☒ 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	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
09	130/70	36,2	73	-	-	+	-	-	-	<i>M. Xavier</i>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Maria José da Silva França
COREN-BB 542016-TE



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDI () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APAZAMENTO
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() ROTOCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A 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 () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ☒ SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Marcelle Rosado de Sá Nobrega
 ENFERMEIRA
 COREN 340616



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2429440

DATA DE EMISSÃO 21 MAIO 1997

NOME MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

RESIDÊNCIA José de Sousa
Francisca Maria dos Santos
Itaporanga-PB

NAT. NACIONALIDADE 28/02/1957

DATA DE NASCIMENTO

CERT. CAS. nº4467. fls 236v. liv 3 nº1

DOC. PRESENTE 2º cert. de Campina Grande-PB

Assinatura: *[assinatura]*

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

LE Nº 116 DE 1968

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 905

NÃO BASTAR SEM O ROSTRO

Maria de Lourdes Sousa Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE



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

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

Data do acidente: 28/08/2019

Titular do CPF: MARIA DE LOURDES SOUSA SILVA

CPF de: Próprio

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

