



Número: **0807049-67.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **13/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36459723	10/11/2020 10:15	Petição	Petição
36459724	10/11/2020 10:15	2731677_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36459725	10/11/2020 10:15	2731677_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS) DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) E RECIBOS DE PAGAMENTO COMBINADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- * MORTE - R\$ 13.500,00
 - * INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 023 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 10:15:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010150753800000034806859>

Número do documento: 20111010150753800000034806859

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MMV9566

2017

Imprimir Consulta

MMV9566

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: *****

Placa: MMV9566

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2003

Ano Modelo: 2003

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERDE

Vencimento Licenciamento: 30/08/2019

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: LAGOA SECA

Situação: PENHORA

Data da Consulta: 23/07/2019

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN KS

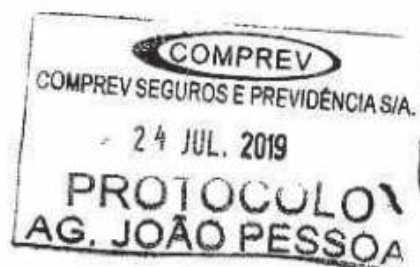
2003 2003

PARTICULAR VERDE

30/08/2019

LAGOA SECA

23/07/2019



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013747972305

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 000133594-1 00/00000000 2017

NOME: JOAO BATISTA MARTINS DE LIMA

CPF/CNPJ: 05624163401 PLACA: MMV9566/PB

PLACA ANTIGA: NOVO PB 9C2JC30103R251028

REPRESENTANTE DA APLIC: CASOLINA

VEICULO: HONDA CG 125 TITAN XS

DATA: 15/09/2017

COISA ÚNICA: 0070070000 1º

INCRASAMENTO / COISAS: 2º

3º

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE LANCINIO

DOCUMENTO DE FORTÉ OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA U

LAGOA SECA - PB 15/09/2017

33375 19259

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747972305 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 15/09/2017

VA 1 000133594-1 00/00000000 2017

CPF/CNPJ: 05624163401 PLACA: MMV9566/PB

DATA: 15/09/2017

COISA ÚNICA: 0070070000 1º

INCRASAMENTO / COISAS: 2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO

DATA DE COTAÇÃO: 13/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.808/0001-04

19259-1149154-20170915

COMPROVANTE

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

24 JUL. 2018





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2ª - VIA

Número 63707 Série 20079-PB



Esp. João Pessoa da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

16

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador:
MARICLEIDE FERREIRA DA SILVA ME
CNPJ: 24 052 930/0001-57
Endereço: ALMIRANTE BARROSO Nº.: 478
Bairro: QUARENTA
Município: CAMPINA GRANDE UF: PB
Esp. Estabelecimento:
Comércio varejista de animais vivos e de artigos e alim.
Cargo: MOTORISTA
CBO: 782305
FGTS: 01/03/2018

Data de Admissão: 01/03/2018
Folha/Livro nº.:
Remuneração Especificada:
R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por Mês.

Maricleide Ferreira da Silva
MARICLEIDE FERREIRA DA SILVA ME

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO VISUAL
ACAO PESSOA



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1009123969

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1713278 SSP PB

CPF DATA NASCIMTO
024.319.854-07 15/08/1975

FILIAÇÃO
JOAO JOSE DA CRUZ
MARIA DAS NEVES
RODRIGUES

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03185238608

VALIDADE
21/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
24/11/1997

Scanned by CamScanner





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, João Batista de Lima
RG nº 3061474, data de expedição 23/03/2014
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 056.241.634-01
com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de Pernambuco,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Projeção, nº SIN,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Ednaldo Rodrigues da Cruz, cujo o condutor era
EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
Veículo: Moto Modelo: Honda/CG 125 Titan Ano: 2003
Placa: MMV 9566 Chassi: 9C2JC30103R251028
Data do Acidente: 02/05/2019

Local e Data: Campina Grande-PB-27/06/2019



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOÃO BATISTA MARTINS DE LIMA

Campina Grande/PB 27/06/2019
Em testemunho da verdade, Dou fé.
Escrevente: **VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CRITANO**
Selo Digital: AIT23418-INV8
Confira em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,91 ISS R\$0,50 Farpam R\$0,29
Fepj R\$1,82 MP R\$0,16

Viviane Clevidia de Sousa Critano
Escrevente Autorizada

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 10:15:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010150753800000034806859>

Número do documento: 20111010150753800000034806859

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Câmara, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 06.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
DISSOLVA ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70177660

REFERÊNCIA

JAN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

EDNAI DO RODRIGUES DA CRUZ
RUA ROBERTA ANDRADE C PINTO, 45 - QUARENTA CAMPINA
GRANDE PB 58416-135

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
018.001.320.1515.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
V11X165554	17/01/2017	EXTERNO CORTADO	LIGADO				
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) 1 Mês de Dias PRÓXIMA LEITURA							
1116		1124	8	29		02/06/2019	
HIST. COMS./ANOR. LEIT. E QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORI. 05/2017 MS.							
ABR/2019		4	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. COM GRUPOS				
MAR/2019		0	TURBIDEZ		0	0	0
FEV/2019		0	CLORO		0	0	0
JAN/2019		0	COL. TERHOT		0	0	0
DEZ/2018		0	COR		0	0	0
NOV/2018		0	COL. TOTAIS		0	0	0
MEDIA(12)		7	DADOS REFERENCIAIS A: MAR/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 03/05/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 09:14:20

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	8 M3	30,33

VALOR APROXIMADO DE IMPOSTOS: R\$ 6,31 PIS E COFINS LEI 1.741/17

VENCIMENTO: 16/05/2019 Total a Pagar: R\$ 68,24



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

QUALID.

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO
HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO
SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS DEBENTOS DOS
DEBITOS ATÉ 31/12/2018, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES
EM NAS FATURAS DE 2018.

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70177660	JAN/2019	16/05/2019	R\$ 68,24

DEBITO AUTOMÁTICO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

24 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 10:15:08

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010150753800000034806859

Número do documento: 20111010150753800000034806859

Num. 36459724 - Pág. 7

49. A hora futura expago.

20: Nos euclonon ontopon

Q: ① Mammals have given place

El hombre en el siglo XXI / hombre de futuro
 e hombre de ayer son el mismo hombre.
 Suena la hora de la reflexión y la acción.

AT 80-911

7-18-84
6:05 PM
J. D.

Dr. Rodolpho de Miranda
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM 87287

Patients with long-standing hypertension
often develop primary aldosteronism

11. *Unilateral multiple nodules*
12. *Unilateral 17th vertebra*

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

1DAD6

DESTINO DO PACIENTE 1 1 10 as

() Centro cirúrgico

Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Dr. João Paulo
Lima



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07574.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07574.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:50 horas do dia 09 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberto Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Ednaldo Rodrigues da Cruz**, CPF nº 024.319.854-07, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Maria das Neves Rodrigues e Joao Jose da Cruz, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 15/08/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Roberta Andrade C Pinto, bairro Quarenta, tendo como ponto de referência Posto Dalas, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Rio de Janeiro, Escola Estadual Murilo Braga, Campina Grande/PB, bairro Liberdade; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/05/19 13:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

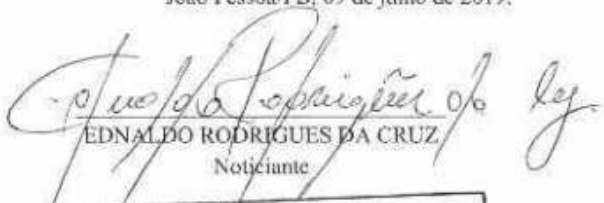
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

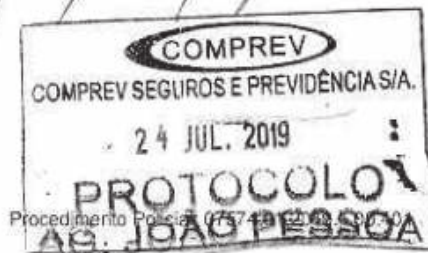
QUE NO DIA 02/05/2019, POR VOLTA DAS 13:20, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERDE, ANO 20003, PLACA MMV-9566/PB, CHASSI 9C2JC30103R251028, REGISTRADA EM NOME DE JOAO BATISTA MARTINS DE LIMA, NA RUA RIO DE JANEIRO, LIBERDADE, CAMPINA GRANDE/PB, QUANDO FOI ALVO DE UMA COLISÃO POR UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, O QUAL CRUZOU UM GIRADOR NA CONTRAMÃO, VINDO A ATINGIR A MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERDA DIREITA, COM PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, VINDO A SER REALIZADA AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA.

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

João Pessoa/PB, 09 de julho de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
Noticiante





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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	024.319.854-07	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ		024.319.854-07
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	RUA ROBERTA ANDRADE C. PINTO	45
Bairro:	Cidade:	Estado:
OLVAREMA	CAMPINA GRANDE	PB
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	58416-135	(51) 98505-654

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)	☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: PAG BANK	
AGÊNCIA:	CONTA:
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0001	CONTA: 04241102
(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 a documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder. **COMPROV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

24 JUL. 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente	Vítima deixou companheiro(a):
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	Sim ☐ Não ☐	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: Falecidos:
Vítima deixou pais/avós vivos?	Sim ☐ Não ☐	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		Sim ☐ Não ☐

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

Local e Data:	João Pessoa, 23/07/2019
Nome:	
CPF:	
Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	

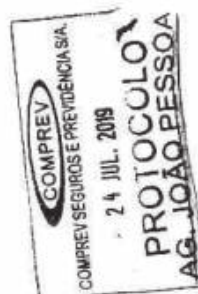
A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

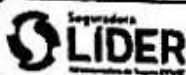
É OBRIGATÓRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Instituição: 290 - PagSeguro Internet S.A.

Tipo: Conta de pagamento

Agência: 0001 : Conta: 04241102-5





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NT do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

024.319.854-07

Nome completo da vítima:

EDUARDO RODRIGUES DA CRUZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

Nome completo:

EDUARDO RODRIGUES DA CRUZ

CPF: 024.319.854-07

Profissão:

RECLUSO

Endereço:

RUA ROBERTO ANDRADE C. PINO

Número:

45

Complemento:

CASA

Bairro:

QUARENTA

Cidade:

CAMPINA GRANDE

Estado:

PB

CEP:

58416-135

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

U6 ABU. 2019

AGÊNCIA:

493

CONTA:

1022743

AGÊNCIA:

493

CONTA:

1022743

(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 (ou 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 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.

Assinatura
Data da
entrega ou
cancelamento
do documento

Local e Data:

João Pessoa, 23/07/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) 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.



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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	024 319 854-07	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ		024.319.854-07
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	RUA ROBERTA ANDRADE C. PINTO	45
Bairro:	Cidade:	Estado:
OLVAREMA	CAMPINA GRANDE	PB
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	58416-135	(51) 98505-654

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)	☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: PAG BANK	
AGÊNCIA:	AGÊNCIA: 0001
CONTA:	CONTA: 04241102
(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 a documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder. **COMPROV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

24 JUL. 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente	Vítima 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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (val nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:	João Pessoa, 23/07/2019
Nome:	
CPF:	
Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	

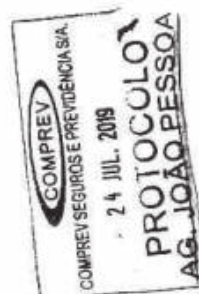
A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

Instituição: 290 - PagSeguro Internet S.A.

Tipo: Conta de pagamento

Agência: 0001 : Conta: 04241102-5





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, 16 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190444709**

Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **237**

Agência: **000000493-6**

Conta: **000001022743-7**

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.

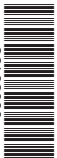
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00265/00266 - carta_30 - INVALIDEZ

00030133





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 Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190444709

Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00315/00316 - carta_03 - INVALIDEZ

00060158



Carta nº 14638166





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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190444709

Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

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 14619894

Pag. 01567/01568 - carta_01 - INVALIDEZ



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000001022743-7

Nr. Autenticação

BRADESCO1308201905000000000023700493000001022743708750 PAGO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250866/19

Número do Sinistro: 3190444709

Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

CPF: 024.319.854-07

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 02/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ : 024.319.854-07

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019
Nome: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
CPF: 024.319.854-07

EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS



SAMU 192

SIC

Ficha de Acolhimento

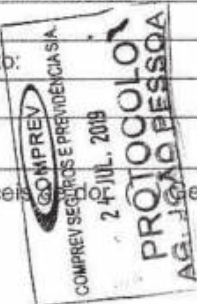
Fone de Contato: 98871-0657

Nome:	Edmundo Rodrigues da Cruz		
End:	Roberta de Andrade Rinkes	Bairro:	Ouranense
Data de Nascimento:	(40 ANOS)	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC - de	Data do Atend.:	02.05.19
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	14:10
		Documento:	

NOTO

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fácies	() Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:		Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida	
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca			



Estratificação

MOD. 110

- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

Cirurgião

Assinatura e carimbo do profissional





		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA
PACIENTE:	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	
DATA DO EXAME:	02/05/2019	

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:

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

ANÁLISE:

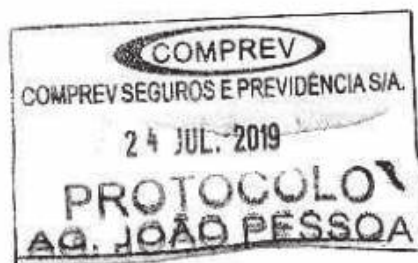
Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

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

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


 Dr. William Ramos Tejo Neto
 Médico Radiologista
 CRM/PB 6733



05/2019 Hora: 15:11:41

Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO SOLICITANTE BENEFICÁRIO E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO EXECUTANTE BENEFICÁRIO E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
5 - NOME DO RESPONSÁVEL ES DA CRUZ		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1887942	
7 - DATA DE NASCIMENTO 22/08/1979		8 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
9 - ENDEREÇO ODRIGUES		10 - TELEFONE DE CONTATO 83 96318924	
11 - CID LADE PINTO , 75 , QUARENTA		12 - CID 250400	
13 - CID PB		14 - CID 58400002	
15 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
16 - TOMAS CLÍNICAS + disponibilidade em janeiro 2019 Minuto de tempo 19 de outubro			
17 - CASO A INTERNAÇÃO			
18 - DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
19 - CID 10 PRINCIPAL 20 - CID 10 SECUNDÁRIO 21 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
22 - PROCEDIMENTO SOLICITADO 23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
24 - RATER DA INTERNAÇÃO 25 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016004346719			
26 - SOLICITANTE/ASSISTENTE UJO MENEZES			
27 - DATA DA SOLICITAÇÃO 02/05/2019			
28 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
29 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
30 - CNPJ DA SEGURADORA			
31 - Nº DO BILHETE			
32 - SÉRIE			
33 - CNPJ EMPRESA			
34 - CNIE DA EMPRESA			
35 - CBOE			
36 - EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
37 - AUTORIZAÇÃO			
38 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
39 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
40 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



5

1. O presente é um
instrumento de
1.1. O presente é um
instrumento de
1.2. O presente é um
instrumento de
1.3. O presente é um
instrumento de

5





Evolução de enfermagem da Ala *Ortopédica 4*

NOME: *Ednaldo Rodrigues da Cruz* DATA: *22/05/2019*
IDADE: *39* PRONTUÁRIO: *1887942* ENFERMARIA: *601.1*
CLIENTE: () CLÍNICO (X) CIRÚRGICO DIAGNÓSTICO MÉDICO/CIRURGIA:

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA		ATIVIDADE FÍSICA	INTEGRIDADE FÍSICA	
Estado geral:	Nível de consciência:	Mobilidade Física:	Pele e mucosas:	Presença de Lesões:
☒ Bom	☒ Consciente	Deambula	☒ Hidratadas	
☐ Regular	☐ Inconsciente	Deambula c/ ajuda	☐ Desidratadas	
☐ Comprometido	☐ Orientado	☒ Acamado	☐ Normocoradas	
☐ Grave	☐ Desorientado	Atrofia de membros	☐ Hipocoradas	
☐ Gravíssimo	☐ Letárgico	Deficiência Física	☐ Ictéricas	
Resposta a estímulos:	☒ Comunicativo	SONO E REPOUSO		Higiene corporal:
☒ Verbais	☒ Cooperativo	☒ Preservados	☒ preservada	☐ prejudicada
☐ Não responsivo	☐ Reativo	☐ Sonolento		

OXIGENAÇÃO		HIDRATAÇÃO	NUTRIÇÃO	ELIMINAÇÃO
☒ Eupneia	Dispneia	☒ Hidratada	Aceitação alimentar:	Diurese: () Ausente ☒ Presente
☐ Taquipneia	Bradipneia	Desidratada	☒ Boa () Regular	() Oligúria
☐ Traqueostomia	Tosse	Ingestão hídrica <i>ml/dia</i>	☐ Ruim	() Uso de diuréticos
☐ Murmúrios vesiculares	Ruidos adventícios:	Edema	Estado Nutricional:	Características:
☐ Cianose	Expectoração	Restrição hídrica <i>ml/dia</i>	() Normal () Obeso	Evacuações: () ausente ☒ presente
			() Desnutrido	Características:
			() Emagrecido	
			Dieta Zero	() Músculo () Vômito

REGULAÇÃO VASCULAR		REGULAÇÃO TÉRMICA	SENSOPERCEÇÃO - DOR	
☒ Normocardia	☒ Normotenso	☒ Normotérmico	Localização:	
☐ Taquicardia	☐ Hipertenso	☐ Hipertérmico	EVA:	
☐ Bradicardia	☐ Hipotenso	☐ Hipotérmico		

USO DE DISPOSITIVOS:

☒ AVP: Data: <i>22/5/19</i>	() SNG - Data: <i>—</i>	() Cateter de O ₂ <i>—</i> l/min	() SVA <i>—</i>
() CVC: Data: <i>—</i>	() SOG - Data: <i>—</i>	() Máscara de Venturi <i>—</i> %	() SVD <i>—</i> Data: <i>—</i>
() Dissecção: Data: <i>—</i>	() SNE - Data: <i>—</i>	() VNI <i>—</i> () TQT <i>—</i>	() Dreno <i>—</i> Data: <i>—</i>
() TI: Data: <i>—</i>	() GTT - Data: <i>—</i>	() Ventilação Mecânica	() Ostomia <i>—</i>

Paciente com Integridade Física
que apresenta dificuldade de deambulação
no Centro Cirúrgico.

Enfermeiro(a)/COREN:

Thaiane Costa 54464





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edinaldo Rodrigues do V Registro: Leito: 601 Setor Atual: CU. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,6 °C; P: 44 bpm; FR: irpm; PA: 40/80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupílas: () isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 E8 SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais?
Ausculata cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da p
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (x) AVO () SNG () SNE () Gástronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: D
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose ()
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Dé
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriação
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele:
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo e
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirad
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: CL
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observa
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insat
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (x) Coope
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Paciente aquecido, marcado a grafia. Já autografado por clínicos
21:30 Paciente relata não sentir o bem após
baixo da clonazepam em compressão de 10 mg
que já relata ao médico mas a medicação já
do paciente
Enrico Augusto de Sousa
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 16/05/2016
CORAW 52464

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edmundo Rodrigues Registrô: Leito: 613 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 37,4 °C; P: bpm; FR: 22 irpm; PA: 100/60 mmHg; FC: 83 bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: (0) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

Mobildade Física: (☐) Preservada (☒) Paresia (☐) Plegia (☐) Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 E8 SpO2 Data: / / Hora

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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

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

Drogas vasoativas: () Quais?

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

X Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: NOB Data da 10/12/19

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

X Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gatronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: 12h

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

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

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

X Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há 2 dias () Outros:

X Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Dé

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo e Retirado

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: CL

X **CUIDADO CORPORAL**

X Cuidado corporal: (X) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observa

X Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insat

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

X **SONO E REPOUSO**

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

X **COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

X Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Coope

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

6. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Paciente muito clinicamente estável, consciente em tempo integral, hemodinâmica, normotensa, O2 ambiente, 12h, eliminação urinária preservada, eliminação intestinal preservada, restrição de dieta, cuidados corporais integrais, dieta satisfatória, insônia SIC, comunicação preservada, 24h de equipe de enfermagem, segue todo cuidados da AC de enfermagem, linfático, 15/12/2019, Renome B.

Carimbo Assinatura do Enfermeiro: DATA: 10/12/19

Emerson Tiago S. Alves
ENFERMEIRO
CRP 125.125

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edson Roberto Rodrigues Registro: Leito: Extra 3 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 38 °C; P: bpm; FR: 24 lpm; PA: 105/40 mmHg; FC: 45 bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: (5/10) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Outros:

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

Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Fotorreagentes ☐ Mióticas ☐ Midríáticas

Mobilidade Física: ☐ Preservada ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

☐ Eupnéia; ☒ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Outros:

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

Ruídos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Outros:

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Agressivo ☐ Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (☒) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: (☒) $\leq$ 3 segundos; () $>$ 3 segundos. () Turgência jugular:
Drogas vasoativas: () Quais? _____
Ausculta cardíaca: (☒) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Traqueal
Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: UGD Da _____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (☒) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: (☒) Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirores
Abdômen: (☒) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____
RHA: (☒) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida (☒) Constipado há 1 dias () Outros: _____
Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVC
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: (☒) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações
Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: _____
Condições das mucosas: (☒) Úmidas () Secas Manifestações de sede: () _____
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curati _____
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Reti _____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente (☒) Dependente () Parcialmente dependente. Obse _____
Higiene corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória
Limitação física: (☒) Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____
SONO E REPOUSO
(☒) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: _____
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Coerentes
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____
5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: _____
INTERCORRÊNCIAS
Paciente evolui clinicamente estável, consciente e orientado em tempo real, normotérmico, trocas gasosas normais, dor (5/10) STC, de intensidade moderada, eliminando urina preservada, eliminação intestinal 1 dia, estável ao leito, higiene satisfatória, sono preservado, preservando a realização cuidados de enfermagem, segue sob cuidados de enfermagem.
Ac. de Enfermagem: _____
18/2010003
Gomes Coutinho
Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 03/05/2019
Emerson Teixeira S. Almeida
ENFERMEIRO
COREN-PR 168.128

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edinaldo Rodrigues Registro: Leito: 623 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICORRACIONAIS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

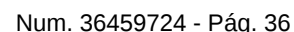
(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



FONTE: BORDINHÃO, R.C: Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2010)



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edmundo Dantas Registro: Leito: 310 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,9 °C; P: bpm; FR: 14 irpm; PA: 100 mmHg; FC: 94 bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Der: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS: 3110

3. ANÁLISE DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

X Pele: () Corada (X) Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
 X Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
 Drogas vasoativas: () Quais? _____
 Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Tran-
 X Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: U6 Data: _____
 Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 X Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 X Dentição: (X) Completa () Incompleta () Prótese.
 X Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose
 Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____
 RHA: (X) Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 X Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros: _____
 X Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVC
 Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoria-
 Coloração da pele: () Normocorada (X) Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da p-
 Condições das mucosas: (X) Umidas () Secas Manifestações de sede: ()
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curata-
 Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Ret-
 Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____
 X **CUIDADO CORPORAL**
 X Cuidado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Obs-
 X Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () I-
 X Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____
SONO E REPOUSO
 X () Preservado (X) Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: _____
ANÁLISE DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
 X **COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**
 X Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Co-
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações: _____
INTERCORRÊNCIAS
 Paciente encontra-se clinicamente estável, consciente e orientado.
 Estado: permeabilidade, normocárdico, eufórico, normotenso.
 O2 ambiente, boa saturação oral, diurese urinária pro-
 piciada, intestino preservado, ausência de dor, AUP em U6
 parcialmente dependente / insatisfatória, não dige, insônia cir-
 cunscrita. Análise cuidadosa de enfermagem, segue sob cuid-
 do de enfermagem unificada (2020060), com o Dr. Roberto

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Emerson T. Torres S. Alves DATA: 06/08/19
 COREN: 498.128

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2011)



Ext 1.



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	EDNALDO RODRIGUES DA SILVA	Protocolo:	0000467840	RG:	NÃO INFORMADO
Dra(a):	GUSTAVO L. SIQUEIRA	Data:	24-05-2019 11:00	Origem:	CLÍNICA ORTOPÉDICA I
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	GERAL

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 24/05/2019 10:59]

Resultados**Valores de Referência****SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....
 Hemoglobina.....
 Hematócrito.....
 V.C.M.....
 H.C.M.....
 C.H.C.M.....

3.1 milhões/mm³
 9,2 g/dL
 27,3 %
 88 fL
 30 pg
 34 g/dL

4,3 a 6,0 milhões/mm³
 13,5 a 16,5 g/dL
 40,0 a 50,0 %
 80,0 a 100,0 fL
 27,0 a 32,0 pg
 32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....

5.600 /mm³
 (%)

4.000 a 12.000 /mm³

Neutrófilos.....
 Promielócitos.....
 Mielócitos.....
 Metamielócitos.....
 Bastonetes.....
 Segmentados.....
 Eosinófilos.....
 Basófilos.....

0
 0
 0
 3,0
 71,0
 0
 0

0
 0
 0
 288
 6.816
 0
 0

Linfócitos.....
 Típicos.....
 Atípicos ou Reativos.....
 Monócitos.....
 CONTAGEM DE PLAQUETAS.....

25,0
 0
 1,0
 581.000 mm³

20 a 40 %
 2.400
 0
 96
 200.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES

Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomedico
 CRM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: 00E3-0272-5CA4-82C1-3773-059E-57AA-6C95





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



Sr(a): EDNALDO RODRIGUES DA SILVA Protocolo: 0000467199 RG:
Dr(a): THACIRA DANTAS Data: 21-05-2019 10:52 Origem:
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 39 anos Destino:

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 21/05/2019 10:49]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos.....	3.62 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	9,8 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	30,0 %	40,0 a 52,0 %
V.C.M.....	83 fL	82,0 a 102,0 fL
H.C.M.....	27 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	Resultados	Valores de Referência
Leucócitos.....	6.700 /mm ³ (%)	5.000 a 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	201
Segmentados.....	76,0	5.092
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Tipicos.....	17,0	1.139
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	4,0	268
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	695.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1707-SP24-F919-4865-7620-0





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Str(a): EDNALDO RODRIGUES DA SILVA
Dr(a): THIACIRA DANTAS
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000467199
Data: 21-05-2019 10:52
Idade: 39 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Destino: ENF DI - L 01

GLICEMIA

DATA DE COLETA: 21/05/2019 10:51

Resultado: 79 mg/dL

10 a 99 mg/dL

Resultados anteriores:

Reagentes: ELASIA 00 5000

Método: Automotizada WINKER, METROHIA 7300

URÉIA

DATA DE COLETA: 21/05/2019 10:51

Resultado: 26 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA
17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

Reagentes: SORO

Método: AUTOMATIZADO WINKER, METROHIA 7300

Enviado: 21/05/2019 10:01 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: EPD2-0CE1-9148-94FC-79E9-C835-3MD7-5144



Sr(a): EDNALDO RODRIGUES DA SILVA
Dr(a): THACIRA DANTAS
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000467199
Data: 21-05-2019 10:52
Idade: 39 anos

RG: N
Origem: C
Destino: E

CREATININA

[DATA DA COLETA: 21/05/2019 10:51]

Resultado..... 0,6 mg/dL

Homens:
Recém-nascidos a
mg/dL
5 dias a 3 anos.
mg/dL
4 a 11 anos.....
mg/dL
12 a 17 anos.....
mg/dL
18 a 60 anos.....
mg/dL
61 a 90 anos.....
mg/dL
Acima de 90 anos
mg/dL

Mulheres:
Recém-nascidos a
mg/dL
5 dias a 3 anos.
mg/dL
4 a 11 anos.....
mg/dL
12 a 17 anos.....
mg/dL
18 a 60 anos.....
mg/dL
61 a 90 anos.....
mg/dL
Acima de 90 anos
mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: EFD2-0C61-9148-94FC-79E9-C





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
Dr(a): GUSTAVO L. SIQUEIRA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Protocolo: 0000466811
Data: 18-05-2019 12:45
Idade: 39 anos
RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLINICA ORTOPEDICA R
Destino: EXTRA

URÉIA

DATA DA COLETA: 18/05/2019 12:45

Resultado: 25 mg/dL

Resultados anteriores: 05/05/19: 17

Método: Jaffe

Método: AUTOMATIZADO WIDEP, METROLAB 2300

CREATININA

DATA DA COLETA: 18/05/2019 12:45

Resultado: 1,2 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA
17 a 42 mg/dL

Referência:
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00
mg/dL
5 dias a 2 anos: 0,20 a 0,40
mg/dL
4 a 11 anos: 0,30 a 0,70
mg/dL
12 a 17 anos: 0,60 a 1,00
mg/dL
18 a 60 anos: 0,70 a 1,30
mg/dL
61 a 90 anos: 0,80 a 1,30
mg/dL
Acima de 90 anos: 1,00 a 1,70
mg/dL

Referência:
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00
mg/dL
5 dias a 2 anos: 0,20 a 0,40
mg/dL
4 a 11 anos: 0,30 a 0,70
mg/dL
12 a 17 anos: 0,60 a 1,00
mg/dL
18 a 60 anos: 0,70 a 1,30
mg/dL
61 a 90 anos: 0,80 a 1,30
mg/dL
Acima de 90 anos: 1,00 a 1,30
mg/dL

Resultados anteriores: 05/05/19: 0,9

Método: Jaffe

Método: AUTOMATIZADO WIDEP, METROLAB 2300

Carlos Felipe Souza de Almeida Deltone
Biomédico
CRM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente por o número: 56B8-C9DA-BA86-DEB9-8729-4168-AE37-FAA7



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



Sr(a): EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Protocolo: 0000465977
Data: 15-05-2019 12:01
Idade: 39 anos
RG:
Origem:
Destino:

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 33.3 %

Resultados anteriores: 10/05/19: 28.0 | 08/05/19: 21.9 |

(DATA DA COLETA: 15/05/2019 14:28)

Valores de Referência:
37 - 57 % (Wintrube)

Material: Sangue

Método: Wintrobe

HEMOGLOBINA 11.1

Resultados anteriores: 10/05/19: 9.2 | 06/05/19: 7.3 |

(DATA DA COLETA: 15/05/2019 14:28)

Valores de Referência:
F: Feminino: 11.5 - 16.0 g%
M: Masculino: 13.5 - 18.0 g%

Material: Sangue

Método: Cianmetahemoglobina

Geider Farias C.
Biomédico
CRBM - 7

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1E9D-5B9D-A916-C622-E640





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	Protocolo:	0000464984	RG:	NÃO INFORMADO
Dt(a):	CRISMARCOS R. DA SILVA	Data:	08-05-2019 10:14	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	ENF 1

HEMOGLOBINA 7.3

DETERMINAÇÃO DE HEMOGLOBINA
Método: colorimétrico
Reagentes: reagentes comerciais

Resultado: 7.3 g/dL
Intervalo de Referência: 12.5 - 16.5 g/dL

HEMATOCRITO, DETERMINAÇÃO DE 21.9 %

DETERMINAÇÃO DE HEMATOCRITO
Método: microcentrifugação
Reagentes: reagentes comerciais

Resultado: 21.9 %
Intervalo de Referência: 37 - 47 %

Carlos Felipe Souza de Menezes Netto
Biotécnico
CRM 5589

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS - HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES - RUA DA PRAIA, 100 - JARDIM DE SÃO JOÃO - 54050-000 - JOÃO PESSOA - PB



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXA

NOME:	J. André Rodrigues da Cruz										PRONTUÁRIO
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEI				
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

DADOS CLÍNICOS:

Polid trauma -

RAIO X

MATERIAL A EXAMINAR:

REALIZADO EM:

02/05/19

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de cervical perfil
Rx de tórax em AP

Rx de tornozelo (D) em AP e perfil
Rx de perna (D) em AP e perfil





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Srta:	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	Protocolo:	0000465264	RG:	MAQUINADO
Dt:	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	10-05-2019 11:10	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA E
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	ENF.

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 28.0 %

.....

.....

.....

.....

HEMOGLOBINA 9.2

.....

.....

.....

.....


Marcelo Augusto Festosa Oliveira
CREM 7961

Este laudo foi assinado eletronicamente por SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 10:15:08



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



Sr(a): EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
Dr(a): EVERLAN MEIRA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Protocolo: 0000464546
Data: 05-05-2019 11:05
Idade: 39 anos
RG:
Origem:
Destino:

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 05/05/2019 11:00]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	2.2 milhões/mm ³	4.2 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	7.0 g/dL	13.5 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	21.3 %	40.0 a 50.0 %
V.C.M.....	97 fL	82.0 a 101.0 fL
H.C.M.....	32 pg	27.0 a 32.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

LEUCÓCITOS.....	7.300 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)

Neutrófilos

Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2.0	146
Segmentados.....	80.0	5.840
Eosinófilos.....	1.0	73
Basófilos.....	0	0

Linfócitos

Tipicos.....	14.0	1.022
Atipicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	3.0	219
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	170.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Potencial: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geider Farins C.
Biomédico
CRBM - 7

Este laudo foi assinado eletronicamente em 10/11/2020 número: A03A-0592-976D-4A53-A465-





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
Dr(a): EVERLAN MEIRA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000464546
Data: 05-05-2019 11:05
Idade: 39 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Destino: Leito - 93

GLICEMIA

[DATA DE COLETA: 05/05/2019 11:05]

Resultado: 115 mg/dL

LD = 99 mg/dL

Resultados anteriores:

Exames: Glicemia de Fome

Exames: glicemia de Jejum, HbA1c 5.8%

UREIA

[DATA DE COLETA: 05/05/2019 11:05]

Resultado: 17 mg/dL

VALOR DE REFERENCIA
17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

Exames: Ureia

Exames: Ureia, Creatinina, BUN, HbA1c 5.8%

Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Exatidão: 05/05/2019 11:20 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado eletronicamente sob o número: 838E-C9D7-5110-A13E-2FB9-EP5E-6CA7-15A4



Sr(a): EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
Dr(a): EVERLAN MEIRA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000464546
Data: 05-05-2019 11:05
Idade: 39 anos

RG: N/A
Origem: CL
Destino: Lei

CREATININA

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

Resultado 0,9 mg/dL

Homens:
Recém-nascidos at
mg/dL
5 dias a 3 anos..
mg/dL
4 a 11 anos.....
mg/dL
12 a 17 anos.....
mg/dL
18 a 60 anos.....
mg/dL
61 a 90 anos.....
mg/dL
Acima de 90 anos.
mg/dL

Mulheres:
Recém-nascidos at
mg/dL
5 dias a 3 anos..
mg/dL
4 a 11 anos.....
mg/dL
12 a 17 anos.....
mg/dL
18 a 60 anos.....
mg/dL
61 a 90 anos.....
mg/dL
Acima de 90 anos.
mg/dL

Resultados anteriores:

Materiais: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB Z300


Geider Farias Cav
Biomédico
CRBM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 838E-C3D7-5110-A13F-BFB9-EF



04/05/2019

HPM-Panel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/05/2019

Horas: 00:13:12

Médico (a) Diarista: Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 04/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Andre Ribeiro Aranjo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SPD
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO . 12h/12h	X
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 2D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	48 06
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V. 1BOLSA, 8h/8h 2D/10D Diluir em APRESENTAÇÃO PRONTA PARA USO	14 22 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 06 06
6	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	02
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14 22 06
11	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSÁRIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06

EVOLUÇÃO

DATA: 04/05/2019 HORA: 00:12:54

EGR. ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS

DIURESE+ EVACUAÇÕES: (+)

FO: Devido a lesão no tornozelo, o paciente está com edema no pé direito.

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
CRM-PB 9908
Ortopedia e Traumatologia



CNPJ: 10.848.190/0001-
 Data: 03/05/2019
 Horas: 08:11:16
 Médico (a) Diarista: Cris

GOVERNO
DO PARÁ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA

DIA 03/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismareos Rodrigues da Silva / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Ribeiro

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE.	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML, 1FRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 1D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V. 1BOLSA, 8h/8h 1D/10D Diluir em APRESENTAÇÃO PRONTA PARA USO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
11	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 03/05/2019 HORA: 08:08:46

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA GRAU III
 1º DPO COM PERFUSÃO PERIFÉRICA
 COM FIXADOR EXTERNO
 G. ESTÁVEL
 FAZER CURATIVO.

ASSINATURA + CARIMBO
 Crismareos Rodrigues da Silva

10.11.148/projetohtg/imprimevo.php?datasai=2019-05-03&contar=1887942&IDC=12545

03/05/19 08:46

Paciente com
 de fratura exp.
 submetido a
 tratamento
 de arto mel T
 hoje com boa
 perf. e estavel
 monitorado
 pulso T P 3
 presente.

col. O observ
 da e verif
 constante

Dr. André Ribeiro
 CRM 10.848.190/0001-1

10.11.148/projetohtg/imprimevo.php?datasai=2019-05-03&contar=1887942&IDC=12545

Realizado curativo de 1.00 hrs com sucesso.



02/05/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/05/2019

Horas: 15:45:43

Médico (a) Diarista: Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Extra 3

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 9 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 02/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Andre Ribeiro Araujo De Menezes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA VIA ORAL APOS RPA	cto
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML IFRASCOS, 12h/12h	cto
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	F.k.k.
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 0D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO	cto
5	SAT 5000 UI LM, 01, USO IMEDIATO	cto
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	cto
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	cto
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	cto
9	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	cto
10	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	F.k.k.
11	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	F.k.k.
12	CAPTAPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 02/05/2019 HORA: 15:44:00

PCTE COM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA GRAU III, COM AUSENCIA DE PULSO DISTAL

D: AO BLOCO CIRÚRGICO COM URGE^NCIA

ASSINATURA:
 Andre Ribeiro Araujo De Menezes

17:15h

Clamagem Vasculon

Nota Intraoperatória: visualizada artéria tibia anterior íntegra com pulso
 muito próximo à fratura e diminuído distal. Logo com grande perda de
 substância. Não manipulada artéria tibia na exploração (torná-la íntegra)

Obs: 1) Realizado esboço de artéria tibia posterior distal
 com apoio de tendões. Com fluxo e refluxo de artéria tibia
 posterior (distal). Sinais com pulso 6-0.

2) Aproximação de tendões com vicryl 2-0 e nylon 2-0.

Oclusão local.

Dr. Rodolfo de Miranda
 Angiologia Cirurgia Vascular
 CRM/RB 7281

1/1

10.1.1.148/projetohicg/imprimevo.php?datasai=2019-05-02&contar=1887942&IDC=12446



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 10:15:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010150753800000034806859

Número do documento: 20111010150753800000034806859

Num. 36459724 - Pág. 53

24/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME - Gustavo Lopes Gomes De Siqueira

CNPJ: 08.778.268/0038-52*
Data: 24/05/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 137873

DATA DA CIRURGIA: 23/05/2019

Número do Atendimento: 1887942 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: EXTRA / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data da Internação: 31/12/1969

Atendimento: 1887942

Diagnostico Pré-Operatório: isquemia d

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050012 AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE
INFERIORES

Cirurgia: AMPUTACAO DE PERNA DIREITA

Data da Cirurgia: 23/05/2019

Equipe:

Cirurgião: GUSTAVO LOPES GOMES DE SIQUEIRA

Aux 1: ANTONIO ROBERTO VAZ RIBEIRO FILHO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia: AMPUTACAO DE PERNA DIREITA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação: não houve

Descrição da Operação: 1) paciente em ddh. realizado assepsia e antisepsia com pvp.
campos estereis.

2) incisap arciforme em regio de perna proximal, 5 dedos apos tuberculo da tibia, p
arte posterior superior.

3) seccao de musculatura com eletrocauterio

4) ligadura de artérias tibiais e fibular com algodao 2-0. tratamento do nervo.

5) seccao ossea com serra.

6) irrigação com sf0,09%. revisao da hemostasia.

7) sutura de musculatura e fascia com vycril 0. posicionado dreno portovac 4.8.

8) sutura d epele com nylon 3-0;

9) curativo.

Data 23/05/2019

Assinatura/Carimbo
Gustavo Lopes Gomes De Siqueira

Dr. Gustavo Lopes G. de Siqueira
CRM: 135048-1/EM-13 7502

10.1.1.148/projetohctg/fimpredescricao.php?ID=1598&contar=1887942



23/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Gustavo Lopes Gomes De Siqueira

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 23/05/2019



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 137873

DATA DA CIRURGIA: 14/05/2019

Número do Atendimento: 1887942 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: EXTRA / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data da Internação: 02/05/2019

Atendimento: 1887942

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC

Data da Cirurgia: 14/05/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EULER FABRÍCIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: NORMA

Anestesista: FELIPE EMANUEL DE QUEIROZ FERREIRA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. LIMPEZA MECÂNICO-CIRÚRGICA COM IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%;
4. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
5. SUTURA POR APROXIMAÇÃO + CURATIVO.

OBS.: AO EXAME FÍSICO DO PÉ DIREITO FOI OBSERVADO CIANOSE, FRIO, PRESENÇA DE EXTENSA ÁREA NECRÓTICA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA E TENDÍNEA COM PULSO FORTE DE ARTÉRIA TIBIAL POSTERIOR. FOI SOLICITADO PARECER DO CIRURGIÃO VASCULAR, DR. RODRIGO, O QUAL ORIENTOU DESBRIDAMENTO E SOLICITOU ARTERIOGRAFIA.

Data 14/05/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz



14/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME : Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.368/0038-52
Data: 14/05/2019



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 137873

DATA DA CIRURGIA: 14/05/2019

Número do Atendimento: 1887942 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: EXTRA / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data da Internação: 02/05/2019

Atendimento: 1887942

Diagnostico Pré-Operatório: Fr. distal do fêmur D + ferimento

Diagnostico Pós-Operatório: 01 membro

Cirurgia: LMC

Data da Cirurgia: 14/05/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: NORMA

Anestesista: FELIPE EMANUEL DE QUEIROZ FERREIRA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. LIMPEZA MECÂNICO-CIRÚRGICA COM IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM S
4. FISIOLÓGICO 0,9%;
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
6. SUTURA POR APROXIMAÇÃO + CURATIVO.

OBS.: AO EXAME FÍSICO DO PÉ DIREITO FOI OBSERVADO CIANOSE, FRIC PRESENÇA DE EXTENSA ÁREA NECRÓTICA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA E T COM PULSO FORTE DE ARTÉRIA TIBIAL POSTERIOR. FOI SOLICITADO P CIRURGIÃO VASCULAR, DR. RODRIGO, O QUAL ORIENTOU DESBRIDAMI SOLICITOU ARTERIOGRAFIA.

Data 14/05/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

10.1.1.148/projetohcgm/impredescr.php?ID=14018&contar=1887942





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Sérgio Rodrigues da Cruz		Idade:	39
Convênio:	SUS		Data:	23/05/19
Procedimento:	Amputação da perna D			
Cirurgião:	Dr. Gustavo	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Raimundo	
Início:	20:00	Término:	22:40	Anestesia: Raquí

[illegible][illegible]

Observações:

28/30 Sinalizado o bolso de hemocomponentes

[Assinatura] 24/9

Assinatura Anestesista

[Assinatura] 194555-ENF

Relatório de Operação

MOD 103





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

de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
ento = 0		
mbros = 1		
mbros = 2		2
tada, Dispneia = 1		
nda e tosse = 2		2
o nível pré-anestésico = 0		
0% do nível pré-anestésico = 1		
o nível pré-anestésico = 2		2
oxigênio = 0		
oxigênio = 1		
m oxigênio = 2		2
o chamado = 0		
chamado = 1		
acordado = 2		2
TOS:		10

Assinatura
29/12

Assinatura do anestesista



02/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 02/05/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 137873

DATA DA CIRURGIA: 02/05/2019

Número do Atendimento: 1887942 Clín: AREA VERMELHA / Enf: AREA VERMELHA / Lei: 9

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data da Internação: 02/05/2019

Atendimento: 1887942

Diagnostico Pré-Operatório: *Fratura simples de ossos de perna direita (Gustilo - Anderson III - A)*

Diagnostico Pós-Operatório: *0 pontos*

Cirurgia: LMC + FIXAÇÃO EXTERNA

Data da Cirurgia: 02/05/2019

Equipe:

Cirurgião: OTAVIO FERREIRA JUNIOR

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANA

Anestesista:

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. LIMPEZA MECÂNICO-CIRÚRGICA COM IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%;
4. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
5. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
6. FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TIPO DELTA;
7. SUTURA;
8. SOLICITADO PARECER DA CIRURGIA PLÁSTICA.

Data 02/05/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

*Dr. Euler Fabricio A. Cruz
CRM: 10.150.753-8/0000034806859*

id=1154&contar=1887942



10.1.1.148/projetotecnologico/impremedica

CC

CC



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ednaldo Rodrigues da Silva DN 22/08/79						GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		Sus	39	1887904		
CIRURGIA: Amputação da perna direita		CIRURGIÃO: Dr. Gustavo				
ANESTESIA: Raqui		ANESTESIA: Dr. Raoni				
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		23/05/19	20:00	21:40		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Boia Colostomia	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxy		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	01	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorfa amp. 0,2	08	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	01	Dreno de sucção 4.8		Catgut Simples Sertix	
	Fenagim amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Moraina parafina		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue	02	Fio de Algodão Sertix 2-0	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Prolomine amp.	05	Esparradrapo Larco cm	03	Fio de Algodão Sutupak 2-0	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelclon ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	02	Mononylon 2/0	
	Trionebutal ml		Intracath Adulto	04	Mononylon 3/0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decaron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	03	Vicryl Sertix 0	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fluocortid amp.	01	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	01	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	TC	Oxigênio l/m			
	Glucão de Cálcio amp.	01	Polifix			
	Haemacei ml	05	PPM Degemante ml			
	Heparema ml		PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringir fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	02	5F p/ lavar	
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
02	Cefazolina 1g		Sonda Uretral nº			
			Steridrem ml			
			Tamponinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
01	Agulha desc. 26 x 12 40 x 12	01	Gelcon 10 20		(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Agulha desc. 28 x 28		Látex		() Serra	(X) Eletrocautério
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	elétricos		() Desfibrilador	() Oxímetro gráfico
01	Agulha p/ raqui nº 25	05	gel condutor		(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
05	Alcool de Enfermagem 70%/-				() Fonte de Luz	(X) Perfusor Elétrico
	Alcool Iodado ml					
04	Ataduras de Crepon 20 cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
 TÊC. DE ENFERMAGEM
 COREN-PB 590.440

MOD 066





GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUIE

o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO-ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia II		
NOME:	Edinaldo Rodrigues da Cruz		
PROCEDIMENTO:			
☒ AVP:LOCAL:	MSD	GELCO Nº:	20
☐ AVC	☐ JEJU	☒	
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	☒ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☒ ADORNOS	☐ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☒ HEMOG	☐ USG	☐ TOMOGRAFIA
☐ RESSONÂNCIA	☒ TERMO DE CONSENTIMENTO	☐ NÃO SE APLICA	
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO	☒ NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN: 122484		

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas
Campina Grande - PBCEP 58.432-809

Email: chefiaritraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com





TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assinado Ednaldo Rodrigues da Cruz
vel pelo doente Ednaldo Rodrigues da Cruz
ção aos médicos do Hospital _____ que o
azerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
rometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do

RG. 1713278
SSP - PB

Em, 22 de maio de 2019

Ednaldo Rodrigues da Cruz
Assinatura do doente ou responsável

Jonis Patrícia Damasceno

Assinado _____
vel pelo doente _____
mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
a responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Assinado _____
vel pelo doente _____
mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Assinado _____
vel pelo doente _____
mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
embro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável





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

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

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Edmundo Rodrigues da Cruz, com 22/08/1979/</u>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>Sala 04</u>	<u>Out</u>	<u>39 anos</u>	<u>1804904</u>		
CIRURGIA <u>Abundancia no mte</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Guler</u>			
ANESTESIA <u>Raque + Sedocaf</u>			ANESTESIA <u>Felipe Emanuel</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		<u>14.05.19</u>	<u>20:30</u>	<u>21:30</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.	<u>01</u>	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<u>05</u>	Compressa Grande..		Catgut cromado Sertix	
<u>05</u>	Demora-amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonolide		Catgut Simples Sertix	
<u>02</u>	Eflene ml <u>Euprena</u>		Dreno		Catgut Simples Sertix	
<u>01</u>	Fenagast amp. <u>de amela</u>		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
<u>01</u>	Fentani ml <u>Enda</u>		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
<u>01</u>	leover ml <u>Euprolina</u>		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
<u>01</u>	Ketalar ml <u>de amela</u>	<u>01</u>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<u>01</u>	Mercalona <u>felatol</u> ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<u>01</u>	Nidoban-amp. <u>100 monid</u>		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
<u>01</u>	Paralun amp. <u>fontani</u>		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
<u>01</u>	Protigine amp. <u>Nessa</u>		Esparagrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quefido ml	<u>100</u>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	<u>01</u>	Mononylon <u>2.0</u>	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Traclem amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<u>02</u>	Lâmina de Bistun n° 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bistun n° 11		Prolene Sertix	
	Dedodron amp.		Lâmina de Bistun n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvax 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	<u>04</u>	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	<u>06</u>	Luvax 8.5			
	Glucose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucan de Calcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml			
	Heparina ml		PVPI Topico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	<u>05</u>	Sabão Antiséptico		SG Normotermico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<u>04</u>	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml <u>2 de amela</u>	
	Medrofinazol	<u>02</u>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Piosi amp.	<u>02</u>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina	<u>01</u>	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Suptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina tg		Sonda Nasogátrica			
		<u>01</u>	Sonda Uretral n°			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	<u>01</u>	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	<u>05</u>	<u>Neteclon</u>			
<u>01</u>	Agulha pl raque n°					
<u>01</u>	Alcool de Enfermagem <u>70%</u>					
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Creppon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
				EQUIPAMENTOS		
				☒ Oxímetro de Pulso	☐ Foco Auxiliar	
				☐ Serra	☒ Eletrocautério	
				☐ Desfibrilador	☐ Oxícapnógrafo	
				☐ Foco Frontal	☒ Cardiomonitor	
				☒ Fonte de Luz	☐ Perfurador Elétrico	
CIRCULANTE RESPONSÁVEL						
<u>Edvânia Araújo S. Oliveira</u> 1EC 1004 FARMACIA COREN 001011038						



Insc. Est.: 16.163.712-4

Av. Carlos Gomes, n.º 228 - 2.º Pavimento - Torre - CEP: 58040-080 - João Pessoa/PB

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAS

Paciente: Edmundo Rodriguez de Luna

Médico: Dr. Raulo P. de Almeida Convênio: SUS

Hospital: Thailand

Bloco: T. 000110 Sala: 03 Data: 09/05/09

[illegible]

Intercorrências Cirúrgicas

☐ NÃO ☐ SIM. Quais?

OBS:

Ass. Inst.

Assinatura Enfermeira (a)





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

Idade de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Ento = 0 Embros = 1 Embros = 2		2
itada, Dispneia = 1 funda e tosse = 2		2
do nível pré-anestésico = 0 10% do nível pré-anestésico = 1 do nível pré-anestésico = 2		2
n oxigênio = 0 n oxigênio = 1 em oxigênio = 2		2
ao chamado = 0 chamado = 1 e acordado = 2		2
NTOS:		10

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Edinaldo Rodrigues da Cruz **em 22/08/19**

QI **LEITE** **CONVÊNIO** 303 **IDADE** 39 **REGISTRO** 1887.904

CIRURGIA Trat. ex. de fratura exposta de osso da perna direita. **CIRURGIÃO** Otávio + R. Euler + D. Rodolfo

ANESTESIA **ANESTESIA**

INSTRUMENTADORA **DATA** 02/05/19 **INÍCIO** 16:00 **FIM** 19:20

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

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
08	Dorsore amp 0,2	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Etrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Insola ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina 5% ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp	Equipo de Sanguo		Fio de Algodão Sertix	
	Pavilon amp	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
01	Proclonam	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sertix	
	Queiron ml	Furacim ml		Fio de Algodão Sertix	
	Rapifen amp.	Gase Pacote c/ 10 unidades	11	Fila cardiaca	
	Thiopental ml	H.O. ml		Mononylon	
	Tracrium amp	Intracath Adulto		Mononylon	
		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lamina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
01	Agua Destilada amp	Lamina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
02	Decadron amp.	Lamina de Bisturi n° 15	01	Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flecocortid amp.	Luvas 8.0	02	Vicryl Sertix	
	Gerametina amp.	Luvas 8.5			
01	Desmoxam	Oxigenio l/m			
	Glicon de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Hepatema ml.	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanaxion amp	Sabão Antisséptico		SG Normotermico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolmazol	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml	
	Prolorena	Seringa desc. 05 ml	14		
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuotanon amp.	Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefalcina 1g	Sonda Nasogastica			
		Sonda Uretral n°	01		
		Steridrem ml			
		Torneirinha	01		
		Vaselina ml			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Gelcon AB			
	Agulha desc. 25 x 7				
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque n° 95				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Aladuras de Crepon				
	Aladuras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066



25/05/2019

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/05/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME : Rodrigo Moraes Farias

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data da Internação: 02/05/2019

Data da Alta: 25/05/2019

Registro: 1887942

Tempo de Permanência: -18019

Diagnóstico Inicial: 0101040059

Diagnóstico Final: 0408050012

Principais Exames:

Cirurgia: Data:

Equipe:

Cirurgião:

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Patomopatológico:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente vítima de fratura exposta de perna direita (já havia fratura prévia), com esmagamento, perda de substância e lesão vascular traumática (artérias distais). Na ocasião foi realizado fratura externa + embolectomia arterial de tibial posterior (conforme descrição cirúrgica). O paciente evoluiu com necrose extensa do pé e perna distal, a arteriografia evidenciou oclusão das artérias distais sem deságue adequado no pé (isquemia irreversível). Foi submetido em 23/05/2019 a amputação em perna direita sem intercorrências.

Orientações: 1. Prescrito antibiótico para casa + Analgesia. 2. Curativo diário. 3. Retorno após 10 a 15 dias.

Dieta:

Medicações para Casa: 1. Cefadroxila 500 mg VO 12/12h por 7 dias. 2. Lisador - 01 comprimido VO 6/6h se dor.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DO DIA AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNO IMEDIATO.

10.1.1.148/projetohctcg/impressumalta.php?contar=1887942



25/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso 0 dias

Condições de Alta::Melhorado

Data 25/05/2019

Assinatura/Carimbo
Rodrigo Moraes Farias

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Rodrigo Moraes Farias

Dr. Rodrigo Farias
CRM-PR 8585



GOVERNO
DA PARAÍBACNPJ: 10.848.190/
Data: 25/05/2019
Horas: 09:08:00
Médico (a) Diarista**PRESCRIÇÃO MÉDICA****DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA

DIA 25/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rodrigo Moraes Farias /

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
7	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1COMP. VO AS 21 HORAS	
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 25/05/2019 HORA: 09:06:22

Paciente estável hemodinamicamente

Sem febre

Se dor

Coto de bom aspecto

Dreno obstruído - Retirado

HB 9,2

Leuco 9600 sem desvio

CD: Alta hospitalar.

ASSINATURA + CARIMBO
Rodrigo Moraes FariasDr. Rodrigo Moraes Farias
CRM 10.101.150.753
CNPJ 10.848.190/0001-91

24/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 24/05/2019

Horas: 06:00:47

Médico (a) Diarista: Residentes Ala Cirurgica

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 24/05/2019

MÉDICO(A): Residentes Ala Cirurgica /

Item	Prescrição	Aprazamento		
1	DIETA LIVRE			
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML IFRASCO, 12h/12h	12	12	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	12	18	24
4	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	16		
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h			
6	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1COMP, VO AS 21 HORAS		21	Recusou
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14	12	16
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE P.A.S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG			
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS			

10. Cleare 40mg SC 20:00

11. Ofuscara 1g IV 22/12h

24/05/19

#c. v. a. 2

x 1:30 de curativo e Perna Direita

Perna está estável, a quem.

POU os outros arcos.

Dreno na perna queridinha a sangue

10. 1 Sol. manopla
cleare profilático (esta talento hepática
Sulcutânea)

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM-PB 7502



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 10:15:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010150753800000034806859>
Número do documento: 20111010150753800000034806859



Data: 23/05/2019

Horas: 04:13:50

Médico (a) Diarista: Residentes Ala Cirurgica

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 23/05/2019

MÉDICO(A): Residentes Ala Cirurgica /

OK OK

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>após a cirurgia</i>	OK
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1ERASCO, 12h/12h	OK
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	OK
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	OK
5	OMEPRÁZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	OK
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	OK
7	CLONAZEPAM 2MG V.O. ICOMP, VO AS 21 HORAS	OK
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O. ICOMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE P.A.S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	OK
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

Circ. Vascular

Paciente evoluindo estável, com melhora
extensa do pt (anti-vit). Mas apresenta lesão
extensa de partes moles no pé.
Col - Amputação transital prox

Dr. Roberto Ribeiro Filho
Cirurgia Vascular e Endovascular
CRM 5883

23/05/19 ressurto amputação na perna direita

Especialista: Anestes. Dr. Gustavo Siqueira

Assistente: Alex. Antônio Roberto

Instrumentação: Lucas Aguiar

Dr. Gustavo Siqueira
Anestesiologista
CRM 7652



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNAI DO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA

DIA 21/05/2019

MÉDICO(A): Residentes Ala Cirúrgica /

Item	Prescrição	Apra
1	DIETA LIVRE ; <i>xxum após 22h.</i>	CT
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	<i>2x12</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	<i>2x12</i>
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SIN
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	CG
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 2SERINGA. FAZER 1 E 1/2 AMPOLA (60 MG) 12/12h <i>(SUSPENSO)</i>	22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9%	<i>2x12</i>
8	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	21
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	SIN
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

21/05/19 #Vascular#

Pde. estável, M. queixas.

Fiz artrografia que evidenciou pobre
revascularização distal.

Col. Indico ante-pe.

Solicito hemograma.

Cirurgia amanhã.

CRM: 6480.



GOVERNO
DA PARAÍBA

*Prescrição entregue às 13:25

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 22/05/2019

MÉDICO(A): Residentes Ala Cirúrgica /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>após exames suspensa</i>	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	<i>12 18 24 30</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>6</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	<i>14 22 30</i>
7	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1COMP. VO AS 21 HORAS <i>PACIENTE RECUSOU ESSA MEDICAÇÃO</i>	<i>21</i>
8	CAPTAPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	<i>et</i>
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>et</i>

*vascular.

*22
05
19*

Paciente com isquemia irreversível
do pé - áreas de necrose extensas.

Arteriografia ~~sem~~ evidenciou
oclusão de artérias distais e deságue
pobre. Hb 9,8

Ed. Paciente aceita amputação
maior (nível de perna) - cirurgia hoje.

*Dr. Rodrigo Farias
Cirurgião Vascular
CRM 10 6136*



GOVERNO
DA PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/05/2019

Horas: 07:25:25

Médico (a) Diarista : Crismar

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1887942

Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Idade: 039

Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES

Data de Nascimento: 22/08/1979

Admissão: 02/05/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2

Enfermaria: EXTRA

Leito: 1

Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PÉ

DIA 20/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcs Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	12
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	6h
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	10
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 2SERINGA, FAZER 1 E 1/2 AMPOLA (60 MG) 12/12H	10
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14
8	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 20/05/2019 HORA: 07:23:24

Paciente em PO de fratura exposta de ossos da perna (segunda fratura)
Com perda de substância importante e esmagamento distal

Evolui com necrose extensa de pele e tecidos (desbridado por mais de uma vez pela ortopedia)
Cianose e hematoma em dorso do pé, região plantar perfundida
Lesão extensa circunferencial (devascularizou o pé)

1. Aguarda arteriografia para definir deságue circulatório do pé (alto risco de amputação)
 2. Manter Clexane em dose plena (60 mg SC 12/12h).
- Fratura estabilizada tibia distal.

alta da ortopedia nos cuidados da cirurgia vascular

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcs Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcs Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3079



19/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 19/05/2019

Horas: 06:54:15

Médico (a) Diarista: Residentes Ala Cirúrgica

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Dia 19/05/2019

MÉDICO(A): Residentes Ala Cirúrgica /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE - <i>Sigam após 09:00</i>	<i>SND</i>
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML IFRASCO, 12h/12h	<i>12 12 06</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	<i>12 12 06</i>
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRAMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>06</i>
6	PROXAPARINA SODICA 40 MG/0.4 ML S.C. 2 SERINGA. <i>(Suspensão)</i>	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9%	<i>12 12 06</i>
8	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1 COMP. VO AS 21 HORAS	<i>06</i>
9	CAPTAPRIL 25 MG V.O. 1 COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

11. Fleumareil 600mg 12/12h

19/05/19

F. C. Silva H

Folha 50
em AMPOLA

Paciente em estado estável, com dor e reflex

Analis. Se prova de ferida ou de lesão.

Flexão e TP normal

Unidade e unidades normais

CD. ① Antagonismo do lombo inferior - nervos
para aorta.



19
05
19

PAe 120 x 80

Realizado todos
procedimentos + cu
peti medicado e em
cuidados da equi

Ente
TEC
CC

20/05/19

VASCULAR / INTERIOR

Realizado Angiografia de mtd
ponte Anterograde, dilata, retrograde
Identificados oclusões distais
Ar. TA e TP, A. fibular perone.
A. Plantar especificada pelo ror
canta post. de fibular. n. 15 ror
A. Pedal

- 1) manter mtd inicial 6H
- curativo compressivo 12h
- diclofenaco venoso

Wladimir Oliveira
CIRURGIÃO V
BQE
CRM-5



Data: 18/05/2019

Hora: 07:15:40

Médico (a) Diarista: Residentes Ala Cirúrgica

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 18/05/2019

MÉDICO(A): Yvry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500 ML 1 FRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRON CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER/SE NECESSÁRIO 8h/8h	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1 FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 2 SERINGA, FAZER 1 E 1/2 AMPOLA (60 MG) 12/12H	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
8	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1 COMP, VO AS 21 HORAS	
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1 COMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

19/05/19

c. verudar

Paciente lusitano com a membro inferior, apertado
 trauma de queimadura e pé, tendimento de artéria femoral
 anterior; curvas não fixa e 1, 2 e 3: peroneo distal
 direito.

Fluxo sanguíneo presente e TP as correntes.

co. @ Aguarda atendimento para seguir sobre
 f. rem.

Dr. Suelio Moreira Torres
 CRM 10367 1/1

- Ortopedia:

com laud. - Acamp. 4
 Ursohm.
 ed. v. p. m.

Dr. Suelio Moreira Torres
 CRM 10367 1/1

10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?datasal=2019-05-18&contar=1887942



17/05/2019

HPM-Panel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-5

Data: 17/05/2019

Horas: 07:12:18

Médico (a) Diarista : Cris

GOVERNO
DO PARÁ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clínica: ORTOPIEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PÉ

DIA 17/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Residentes Ala Cirúrgica /

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	10
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	10
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	ENOXAPARINA SODICA 40-MG/04 ML S.C. 2SERINGA, FAZER 1 E 1/2 AMPOLA (60 MG) 12/12H	10
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9%	10
8	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1COMP, VO AS 21 HORAS	10
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/05/2019 HORA: 07:11:12

Paciente em PO de fratura exposta de ossos da perna (segunda fratura)
Com perda de substância importante e esmagamento distal

Evalui com necrose extensa de pele e tecidos (desbridado por mais de uma vez pela ortopedia)
Clanose e hematoma em dorso do pé, região plantar perfundida
Lesão extensa circunferencial (devascularizou o pé)

Ausência de pulso pedioso e presença de pulso TP.

CD:

1. Aguarda arteriografia para definir deságue circulatório do pé (alto risco de amputação)
2. Manter Clexane em dose plena (60 mg SC 12/12h).

visto pela angiologia e ortopedia

mantido conduta.

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
Ortopedia e Traumatologia
Residência Médica

37/0-
Pc
exat
2 n
Dm
10
em
art
Péxo
art
CD. ① M
Aguarda or
Dr. Cris
Ort
ORA

10.1.1.148/projetohctg/imprimevo.php?datasal=2019-05-17&contar=1887942&IDC=15255



2079

"085" Swatow MIO... as yet - present...

Cap. 2. *Salmon*
Salmon 25/6/74
Salmon 1
 25/6/74

Amey
born 43429243



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

AS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

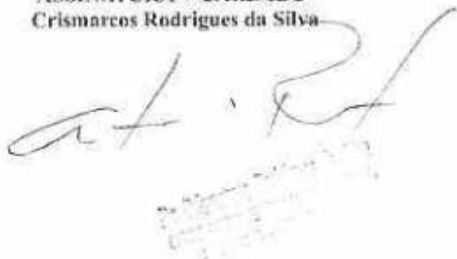
Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

NTE: Crismarcos Rodrigues da Silva /

Prescrição	Aprazamento
OM LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	rt
A 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	rt
A CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	rt
40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h)	(6)
ILUENTE PRÓPRIO	rt
ODICA 40 MG/04 ML S.C. 2SERINGA,	rt
POLA (60 MG) 12/12h	rt
RIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	rt (14) (22) (6)
L DE SF 0,9%	rt
IG V.O. 1COMP.	rt
G V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO	rt
4HG OU PAD > 100 MMHG	rt
AS + SINAIS VITAIS	rt

ORA:06:25:09

- ra exposta de ossos da perna (segunda fratura)
- a importante e esmagamento distal
- nsa de pele e tecidos (desbridado por mais de uma vez pela ortopedia)
- dorso do pé, região plantar perfundida
- encial (devascularizou o pé)
- so e presença de pulso TP.
- para definir desáque circulatório do pé (alto risco de amputação)
- ose plena (60 mg SC 12/12h).

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva



15/05/2019

HPM-Panel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/05/2019

Horas: 07:02:14

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clínica: ORTOPIEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 15/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	cf
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	cf
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	cf
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	cf
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	cf
6	ENOXAPARINA SODICA 1G/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	cf
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	cf
8	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1COMP. VO AS 21 HORAS	cf
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	cf
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cf

EVOLUÇÃO

DATA: 15/05/2019 HORA: 07:00:15

REG. ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES OK

PACIENTE COM PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA, GRAVE COM POSSIBILIDADE DE NECROSE TOTAL DE PELE E EXPOSIÇÃO ÓSSEA
REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA ONTEM

CD: MANTIDA

NÃO FAZER CURATIVO HOJE.

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 2335





GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 15/05/2019
Horas: 07:57:31
Médico (a) Diarista

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039
Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA

DIA 15/05/2019

MÉDICO ASSISTENTE (A): Rodrigo Moraes Farias /

Item	Prescrição	Apr
1	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 2SERINGA, FAZER 1 E 1/2 AMPOLA (60 MG) 12/12H	24

Dr. Rodrigo Farias
CRM-PA 8115



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edinaldo Rodrigues da Silva Registro: Leito: 61.1 Setor Atual: OT.1

AValiação GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

Mobildade Física: (☐) Preservada (☐) Paresia (☐) Plegia (☐) Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Gazometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 ES SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



☐ Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
☒ capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
 () Quais? Precordialgia ()
 () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
☐ Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____
 () MMII () Face () Anasarca. Observações:
IMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
☐ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 () eta () Incompleta () Prótese.
 () SNG () SNE () Gástronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____
 () atência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
☐ Tenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
 () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
☒ I: (x) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:
 (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;
 () Outros: Observações:

CA E CUTÂNEO-MUCOSA
☐ Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:
☐ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
☐ osas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
 () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____
 ecto: Débito: Retirado em: ____/____/____
 () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____

AL
☐ Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
 (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
☐ Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

AS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
☐ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo.
 Ausência de familiares/visita () Outros:

ES PSICOESPIRITUAIS
☐ GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

GIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

paciente avaliado por Cirurgião Vascular pres-
 crição de medicação para controle da pressão arterial.
 paciente apresenta má adaptação a medicação
 prescrita, com queda da pressão arterial devido a vômitos
 frequentes. Segue aguardando a realização

Assinatura do Enfermeiro: Daniela DATA: 15/05/2019 HORA: 13.24
 COREN 57464

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





GOVERNO
DO PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/05/2019

Horas: 07:32:23

Médico (a) Diarista : Rodrigo Moraes Farias

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 15/05/2019 HORA: 07:28:13

Paciente em PO de fratura exposta de ossos da perna (segunda fratura)
Com perda de substância importante e esmagamento distal

Evolui com necrose extensa de pele e tecidos (desbridado ontem pela ortopedia)
Cianose e hematoma em dorso do pé, região plantar perfundida
Lesão extensa circunferencial (devascularizou o pé)

Ausência de pulso pedioso e presença de pulso TP.

CD:

1. Aguardo arteriografia para definir deságue circulatório do pé (alto risco de amputação)
2. Manter Clexane em dose plena (60 mg SC 12/12h).

ASSINATURA + CARIMBO
Rodrigo Moraes Farias

Dr. Rodrigo Farias
CRM 10.848.190/0001-55
CRM 10.848.190/0001-55

16/05/19

com Vela

paciente a ps de debridamento de 1450

perda de 1/3 da perna e cianose distal

Alto risco de amputação

Apresenta

Cristiano Cruz Barbosa
CRM 10.848.190/0001-55
CRM 10.848.190/0001-55



14/05/2019

HPM-Panel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/05/2019

Horas: 07:39:41

Médico (a) Diarista: Crism

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PE

DIA 14/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Crismareos Rodrigues da Silva

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE Dieta 2000 kcal 17:00	✓
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	
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	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) (Susp)	
8	HEPARINA SODICA DE 5000 UI/ML ENDOVENOSA 5 ML (Susp) HEPARINA NAO FRACIONADA 5.000 UI/SC 12/12 H	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
10	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1COMP. VO AS 21 HORAS	
11	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/05/2019 HORA: 07:39:07

REG. ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES OK

FO - PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE
 FLE E EXPOSIÇÃO ÓSSEA
 PRESENÇA DE ÁREAS DE NECROSE.

PRESCRITO PELA CIRURGIA VASCULAR
 HEPARINA NÃO FRACIONADA 5.000 UI SC 12/12 H

CD: mantida
 CURATIVO COM COLAGENASE

ASSINATURA + CARIMBO
 Crismareos Rodrigues da Silva

Dr. Crismareos Rodrigues da Silva
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 MÉDICO - CRM 3339

10.1.1.148/projetoh10g/imprimir.php?datasai=2019-05-14&contar=1887942&IDC=14715



14.
05 PA- 140
19 90

vascular

14

05

19

20h

Paciente com fratura de osso da perna há 12 dias, submetido a sutura extensa de ferimento + fixação externa. (2ª fratura).
Evolui com área de sofrimento e necrose de pele. Pulso poplíteo amplo.
Pulso TP presente; TA ausente
Elaiose ~~em~~ hematoma ~~em~~ em dorso do pé.

cd. D) Sanguio desbridamento dos tecidos desvitalizados.

e) Solicito arteriografia para avaliar necessidade de intervenção cirúrgica vascular (12 dias de internação).

Dr. Rodrigo Farias
Cirurgião Vascular
CRM-PB 8195



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

S NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

TE: Crismarcos Rodrigues da Silva /

Prescrição	Aprazamento
M LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	12 18 24 30
500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30
G SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h 3D.	12 18 24 30
CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h)	
LUENTE PRÓPRIO	
ODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
A DE 5000 UI/ML ENDOVENOSA 5 ML RACIONADA 5.000 UI/SC 12/12 H	
RIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	(14) (22) (00)
L DE SF 0,9%	(21)
IG V.O. 1COMP.	
IG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO	
IHG OU PAD > 100 MMHG	
IS + SINAIS VITAIS	

ORA: 07:52:17

DISTERMIAS

ÕES OK

IAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE NECROSE TOTAL DE OSSEA

S DE NECROSE.

RURGIA VASCULAR

CIONADA 5.000 UI SC 12/12 H

COLAGENASE

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

*os Pate não aceitou o item 10,0
mesmo felou que não há necessidade
p/ fazer uso da medicação.*

⇒ o item 09 está em falta no hospital.

12/05/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/05/2019

Horas: 07:07:42

Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO
DO PARÁ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 12/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Wagner Luiz Egito De Araujo

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 10D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V. 1BOLSA, 8h/8h 10D/10D Diluir em APRESENTAÇÃO PRONTA PARA USO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
10	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1COMP. VO AS 21 HORAS	
11	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
12	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 12/05/2019 HORA: 07:07:27

REG. ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

TURESE: + EVACUAÇÕES OK

FO - PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE NECROSE TOTAL DE PELE E EXPOSIÇÃO ÓSSEA
 PRESENÇA DE ÁREAS DE NECROSE. AVALIAÇÃO COM STAF PARA POSSÍVEL DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO

CD: CURATIVO COM COLAGENASE

ASSINATURA: Wagner Luiz Egito De Araujo
 CARIMBO
 DI. 12/05/2019 07:07:27
 CRM 122.226



11/05/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/05/2019

Horas: 10:35:25

Médico(a) Diarista: Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 11/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	cte
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	cte
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 9D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 20 26
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1 BOLSA, 8h/8h 9D/10D Diluir em APRESENTAÇÃO PRONTA PARA USO	14 20 26
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18 20 26
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 20 26
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	cte
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	cte
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	cte
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9%	14 20 26
11	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	(21) post-neuro
12	CAPTAPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	cte
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cte

EVOLUÇÃO

DATA: 11/05/2019 HORA: 10:31:49

REG. ESTÁVEL, SEM DISTURBIOS

CURSE: + EVACUAÇÕES OK

FO - PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE NECROSE TOTAL DE PELE E EXPOSIÇÃO ÓSSEA

PRESENÇA DE ÁREAS DE NECROSE. AVALIAÇÃO COM STAF PARA POSSÍVEL DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO

CD: CURATIVO COM COLAGENASE

ASSINATURA: Wagner Luiz Egito De Araujo
 MR DE 2019 05 11 10:35:25



10/05/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 10/05/2019
 Horas: 07:35:16
 Médico (a) Diarista: Crisma



GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/20
 Clínica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PER

DIA 10/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismar

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	✓
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 8D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	1/6
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V. 1BOLSA, 8h/8h 8D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO	1/4
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1/2
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1/2
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	1/2
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) (FALM)	1/4
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	1/4
11	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1COMP, VO AS 21 HORAS	
12	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO (14) HEPATITIS NÃO FRACIONADA 5.000 UI, SC, 12/12

DATA: 10/05/2019 HORA: 07:32:25

REG. ESTÁVEL, SEM DISTÉRMIAS

URSE: + EVACUAÇÕES OK

FO - PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE PELE E EXPOSIÇÃO OSSEA

COM SINAIS INFLAMATÓRIOS

CURATIVO

SOLICITO HB + HT POS TRANSFUSÃO

PARECER DA CIRURGIA VASCULAR
 OBS - PACIENTE COM VASCULOPATIA CRONICA NO MID
 FAZER ALGUMA MEDICAÇÃO??

ASSINATURA + CARIMBO
 Crismarcs Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcs Rodrigues da Silva
 MÉDICO - CRM 3335

10.1.1.148/projetohctg/imprimevo.php?datasal=2019-05-10&contar=1887942&IDC=13926



10/05/10

Cirurgia Vascular

Paciente com história de fratura exposta com
perda de substância sempre com feridas abertas,
no tratamento cirúrgico submetido à amputação de
extremidade inferior direita, com boa cicatrização no
pós-operatório.

No momento, movimentos de membros superiores
apresentando melhora de 90°, apresentando edema em m.d.,
sem perfusão nos membros no 8 dias, boa perfusão
esquerda.

- Cd. ① Hemograma não funciona 5.000 U/L, SC, 12/12h
② Censito Agudo local 1x/dia (algumas áreas)
③ Censito com HbA1c em forma/Lab, 1x/dia
④ Sem indicação para intervenção vascular no
momento. Organização de equipe de cir. vascular

Dr. Rodolpho de Miranda
Médico Cirurgião Vascular
CRM/PA 2281



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/05/2019

Horas: 06:56:06

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

TE: Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Crismarcos Rodrigues da Silva /

Prescrição	Aprazamento
1 LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	529
DICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h	18 06
ABD, Diluir em 100 ML SF	14 22 06
5% 100 ML E.V. 1BOLSA, 8h/8h 7D/10D	18 06
TACAO PRONTA PARA USO	18 06
500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 06
G SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h	18 06
3D,	
CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
10MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
LUENTE PROPRIO	22 F
ODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	14 22 06
RIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	22 06
L DE SF 0,9%	
1G V.O, 1COMP,	
1 V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	
1HG OU PAD > 100 MMHG	
DE HEMACIAS CH(BOLSA DE SANGUE) 2Bolsa,	
AIS + SINAIS VITAIS	ce

ORA:06:53:21

DISTERMIAS

CÔES OK

CIA EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE NECROSE TOTAL DE OSSEA

IATÓRIOS

CONCENT HEMACIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva




UNIDADES	HEMOC	DATA	1 / 1	ABONH
DOADOR	190410026			
RECEDE	A+			
PA:	PULSO:	VOLUME: 343		
TERMINO:	RESPONSABIL: [assinatura]			
PA:	PULSO:	TEMP:		

UNIDADES	HEMOC	DATA	9/15/19	ABONH
DOADOR	190415012			
RECEDE	A+			
PA:	PULSO:	VOLUME: 367		
TERMINO:	RESPONSABIL: [assinatura]			
PA:	PULSO:	TEMP:		



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

EYES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Farmácia: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

: Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Prescrição	Aprazamento
ACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	24
CA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	18 6
D, Diluir em 100 ML SF	
% 100 ML E.V. 1BOLSA, 8h/8h 6D/10D	14 22 6
CAO PRONTA PARA USO	18 18 24 6
00 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 6
SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	
LORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	16
MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	16
JENTE PROPRIO	16
DICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	14 22 6
DRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14 22 6
DE SF 0,9%	
V.O. 1COMP.	16
V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	16
IG OU PAD > 100 MMHG	16
S + SINAIS VITAIS	16

RA:06:36:34

ISTERMIAS

ÕES OK

IAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA

ATÓRIOS

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Crismarcos Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM 11112

07/05/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/05/2019

Horas: 07:44:59

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 07/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	12 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h SD/10D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	12 24 18 06
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V. 1BOLSA, 8h/8h SD/10D Diluir em APRESENTAÇÃO PRONTA PARA USO	12 24 18 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 24 18 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24 18 06
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	12 24 18 06
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	12 24 18 06
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	12 24 18 06
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	12 24 18 06
11	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1COMP, VO AS 21 HORAS	12 24 18 06
12	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	12 24 18 06
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12 24 18 06

EVOLUÇÃO

DATA: 07/05/2019 HORA: 07:44:08

REG. ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

URSE: + EVACUAÇÕES OK

FO - PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA

COM SINAIS INFLAMATÓRIOS

CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA

REPETIR HB + HT AMANHÃ

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Crismarcos Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM 1113



Enmanuel Silva de Lima
Téc. de enfermagem
COREN-PB 959.114

Ata 80
Pela Comissão Orientadora
Realizado em, Realizado
Realizado em MTB
Segu ao trabalho da
organiza apresentando
condições adequadas.
Homenagem ao Administrador
El nos Auxilia - se de dar
dizer.



06/05/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/05/2019

Horas: 07:54:41

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clínica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 06/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h	12 22
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 4D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 22
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 4D/10D Diluir em APRESENTAÇÃO PRONTA PARA USO	14 22 26
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 10 24 26 12 24
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	(14)
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14 22 26 22
11	DIAZEPAM 10 MG V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
12	CAPTAPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 06/05/2019 HORA: 07:52:01

REG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

URSE: + EVACUAÇÕES OK

FO: DRENANDO SECREÇÃO SANGUINOLENTA. OBSERVADA INTENSA PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TÍBIA

COM SINAIS INFLAMATORIOS

CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA

REPETIR HB + HT COM 2 DIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?data=2019-05-06&contar=1887942&IDC=13147

1/1



05/05/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190
Data: 05/05/2019
Horas: 08:48:34
Médico (a) DiaristaGOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/0
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA

DIA 05/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Everlan

Item	Prescrição
1	DIETA LIVRE
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO, 12h/12h
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 3D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%
11	CAPTAPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO

DATA: 05/05/2019 HORA: 08:47:48

REG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: -

FO: DRENANDO SECREÇÃO SANGUINOLENTA. OBSERVADA INTENSA PERDA MIOFASC
DA TÍBIACD: VPM
AGUARDA CIRURGIAASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva MeiraDr. Everlan Meira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5200

10.1.1.145/projetohtcg/imprimevo.php?data=2019-05-05&contar=1887942&IDC=12951



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190444709 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO INFRAPATELAR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINAS 34,35,36,39

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250866/19

Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

CPF: 024.319.854-07

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 02/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ : 024.319.854-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019
Nome: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
CPF: 024.319.854-07

EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08070496720208150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 6 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 10:15:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010150902200000034806860>
Número do documento: 20111010150902200000034806860