



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC ESTADUAL Nº 160572020
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20191111998156

ESCRITÓRIO

CAMPINA GRANDE

MATRÍCULA

01199815.6

CLIENTE

JEFFERSON DA S VASCONCELOS

CPF/CNPJ:

061.XXX.XXX-XX

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
01199815.6

VENCIMENTO

26/11/2019

INSCRIÇÃO

018.013.585.0234.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA ANTONIO CARVALHO DE SOUZA, 150 - ROCHA CENTRAL CAMPINA GRANDE PB 58417-

FATURA

11/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

LIGADA

ÚLTIMOS CONSUMOS

10/2019 -	15	09/2019 -	21
08/2019 -	18	07/2019 -	12
06/2019 -	15	05/2019 -	13

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	12	R 52915

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	CONSUMO/DIA DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
1807	1819	12	29	0,42
15/10/2019	13/11/2019	NºHm: A01S553915		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 (POR UNIDADE)
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

10 M3
2 M3

37,91
9,78

ESGOTO

RESIDENCIAL 001 UNIDADE
ATE 10 M3 - R\$ 30,33 (POR UNIDADE)
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3

10 M3
2 M3

30,33
7,82

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 12,92

TOTAL

R\$

85,84

O EXERCITO BRASILEIRO, POR MEIO DO 31ª BIM., CONVOCA TODOS OS RESERVISTAS DOS
ULTIMOS 5 ANOS PARA O EXERCICIO DE APRESENTACAO DA RESERVA (EXAR/2019),
NO PERIODO DE 09 A 16 DE DEZ/2019 DAS 08H AS 15:30H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 10/2019
Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	1,14	Cor Aparente	10,05	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro(mg/L)	1,90	P.H.	7,71	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 04/12/2019



CAGEPA

MATRÍCULA

01199815.6

INSCRIÇÃO

018.013.585.0234.000

FATURA

11/2019

NÃO RECEBER APÓS

30/11/2020

VENCIMENTO

26/11/2019

VALOR R\$

85,84

GRUPO: 350

FIRMA: 2

82630000000-5 85840010018-7 01199815601-9 11201950003-5



VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

GAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES
 RUA VITAL FRANCISCO SILVA, 89 / PANCAR - CENTRO
 OLIVENÇAS / PB CEP: 58475000 (A3: 401)

Ligação: MONOFÁSICO
 Cte/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
 Roteiro: 11 - 403 - 351 - 1350 Referência: Set / 2019
 Medidor: 00008010638 Emissão: 18/09/2019



ENERGISA BOMBONEIRA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Av. Dep. Raimundo Azeite, 4799 - BR 200 - KM 156 - Três Irmãs
 Campina Grande / PB - CEP: 56425-700
 CNPJ: 08.926.998/0001-95 Insc. Est. 16.003.836-1
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 004 677 754
 Cód. para Dct. Automático: 0000013187

Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800 023 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Set / 2019	18/09/2019	18/10/2019	079.461.474-74 Insc. Est.

Uc (Unidade Consumidora): **4-2013-16-7**

Canal de contato

Tarifa Básica de Energia Elétrica - TBBE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/08/19	Leitura 6434	Data 18/09/19	Leitura 6576	1
			142	00

Demonstrativo		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
CCI	Descrição	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor
0801	Consumo até 30kWh-GR	30,000	0,244120	7,32	7,32	27	5,97	7,32	0,05	0,22	0,22
0801	Consumo - 31 a 100kWh-GR	70,000	0,419600	29,29	36,29	27	7,01	29,29	0,16	0,00	0,00
0801	Consumo - 101 a 220kWh-GR	44,000	0,521700	27,02	27,02	27	1,45	27,02	0,15	0,00	0,00
0801	Adic. B. Vermelho			5,21	5,21	27	1,43	5,21	0,01	0,15	0,15
0810	Subsídio			39,23	39,23	27	10,25	39,23	0,26	1,21	1,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0907	CONTRIB. LUM. FUSICA			19,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			-27,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item	TOTAL	85,55	108,77	29,56	108,77	0,72	3,34
Tarifa de Tributos: ANEXOS 0,150070	ANEXOS 0,269330	ANEXOS 0,434720					

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
25/09/2019	R\$ 95,55

Histórico de Consumo (kWh)											
118	171	144	125	120	122	116	154	143	142	82	124
Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVADO AO FISCO
 9af1.d235.4657.3e31.0faf.6876.05e2.8f57.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	5,73	0,00	NOMINAL	Serviço de Dist. de Energia/BO	14,57	15,15
DI TRIMESTRAL	11,46			Compra de Energia	2,91	3,04
DI ANUAL	23,19			Serviço de Transmissão	8,91	9,33
PI MENSAL	3,91	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	4,91	5,14
PI TRIMESTRAL	7,82		LIMITE SUPERIOR	Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
PI ANUAL	15,64		LIMITE SUPERIOR	Custos Serviços	0,00	0,00
DMC	3,91	0,00				
DICI	12,27					
				Total	95,55	100,00

ATENÇÃO
 - REATIVADO DE VENCIMENTO: Caso seja faturado após o vencimento, o cliente poderá ser suspenso a partir de 05/10/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento caso o mesmo não seja comunicado ou as cortes pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da sua fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem.
 - Fatura sujeita a inclusão em boletins de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
 - Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tenha um desconto de R\$ 27,17.

Pagamentos em atraso
 Ago/19 60,59

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Jose Ramos de Araújo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 408289644, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Juancir de Lima Mahon inscrito (a) no CPF sob o Nº 080882787, 16
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente Vítima Juancir de Lima Mahon

inscrito (a) no CPF sob o Nº 080882787, 16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

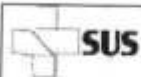
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Vital Francisco da Silva</u>	Número: <u>63</u>	Complemento: <u>1º andar</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Quirinópolis</u>	Estado: <u>GO</u>
E-mail: <u>joesramos@6dentelso.k.com</u>	CEP: <u>58475-000</u>	Tel. (DDD): <u>(63) 99667-6646</u>

Local e Data: Quirinópolis, 06/12/2019

Jose Ramos de Araújo
Assinatura do Declarante

Data da internação: 10/07/2019 Hora: 11:49:26



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

IVANCIR DE LIMA MAHON

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1940564

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/02/1972

9 - SEXO

Masc ☒ H

Fem ☐ B

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOSEFA LINDALVA DE LIMA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 83 N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

VICE PREFEITO ANTONIO CARVALHO, 150, SANTA CRUZ

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Atendimento de emergência em sala de emergência

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19C CIR

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

Atendimento de emergência em sala de emergência

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

980016278218009

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/07/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

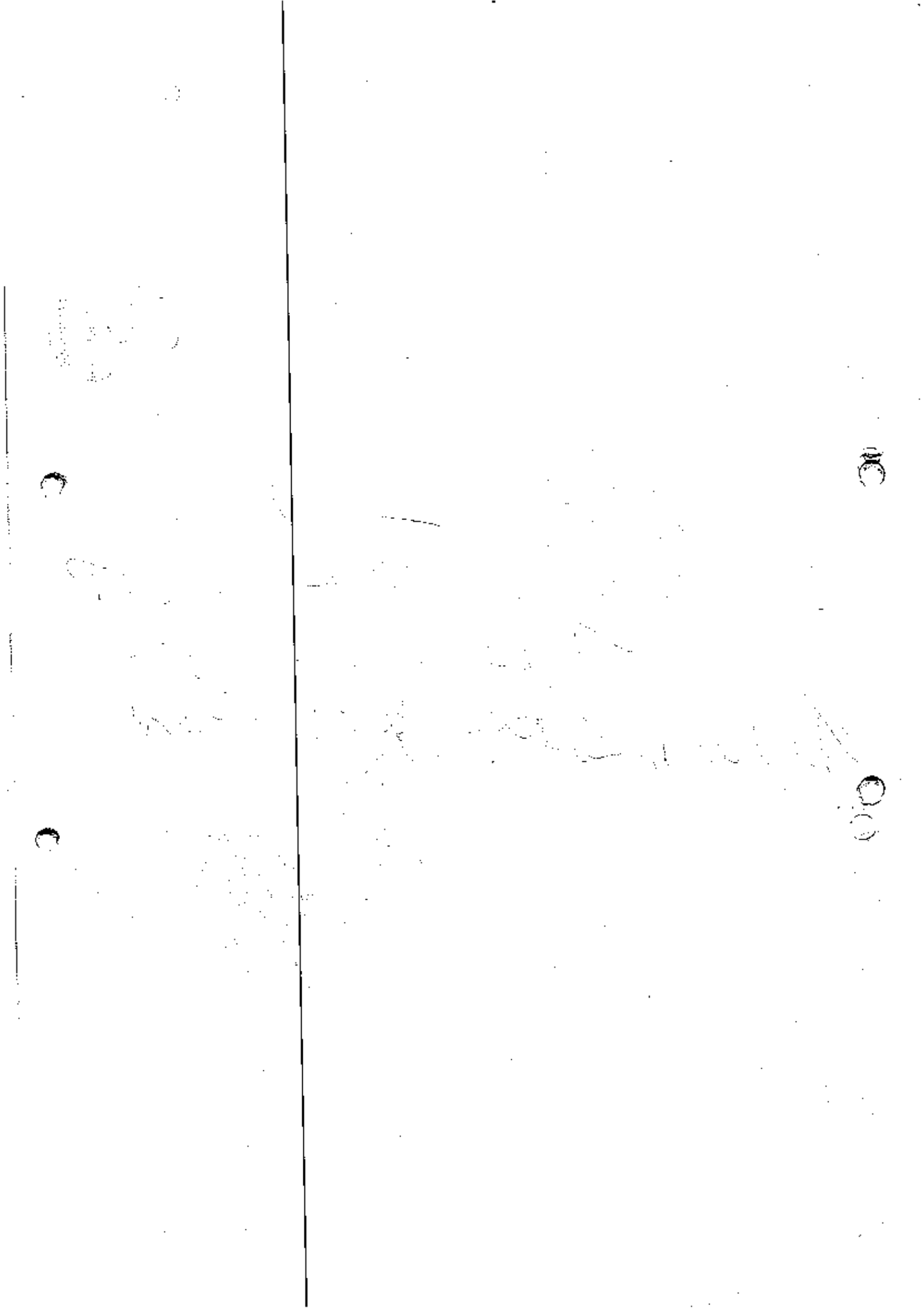
() CNS () CPF

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

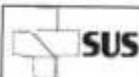
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /



Data da internação: 10/07/2019 Hora: 11:49:26



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

IVANCIR DE LIMA MAHON

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1940564

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/02/1972

9 - SEXO

Masc ☒ H

Fem ☐ F

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOSEFA LINDALVA DE LIMA

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DE TELEFONE

83

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

VICE PREFEITO ANTONIO CARVALHO, 150, SANTA CRUZ

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

980016278218009

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/07/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1940493 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 10/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: IVANCIR DE LIMA CEP: 58400002 Nascimento: 26/02/1972

MAHON

Endereço: VICE PREFEITO ANTONIO CARVALHO Sexo: M

Cidade: Campina Grande Idade: 047

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA RG: 1344048

Responsável: CPF: 08088278716

Estado Civil: Divorciado(a) Data de Profissão: REPRESENTANTE

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X ANIMAL Hora: 10:37:20

OBS FICHA: Data de Atend: 10/07/2019

CONVÊNIO: SUS

COMERCIAL

CNS: 26021972

Telefone: Bairro: SANTA CRUZ

Nº: 150

Profissão: REPRESENTANTE

COMERCIAL

CNS: 26021972

CONVÊNIO: SUS

COMERCIAL

CNS: 26021972

CONVÊNIO: SUS

COMERCIAL

CNS: 26021972

CONVÊNIO: SUS

COMERCIAL

CNS: 26021972

CONVÊNIO: SUS

COMERCIAL

CNS: 26021972

CONVÊNIO: SUS

COMERCIAL

CNS: 26021972

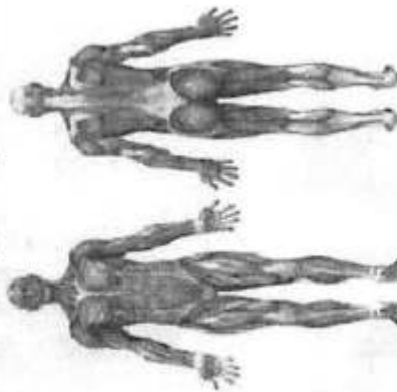
CONVÊNIO: SUS

COMERCIAL

CNS: 26021972

CONVÊNIO: SUS

COMERCIAL



OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

Exame Primário - Dados

RAIO X
REALIZADO EM:
10/07/19

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / às : Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. João Paulo
MEDICINA DE TRAUMATOLOGIA
CRM/PA 9551

[illegible]

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

() Centro cirúrgico

() Alta hospitalar / () A revelia

()Internação (setor)

\ () Decisão Médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

()óbito

~~Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)~~

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----



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: 10/07/2019

Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 N° ATEND: 1940493

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 10/07/2019 HORA : 10:49:45

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X ANIMAL

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

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

ALERGIAS : NAO
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : REGUL
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Tapoira
COREN-PB 584.985-ENF

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Wander de Lima Mahon</u>	Idade: <u>47</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>16.07.2019</u>
Procedimento: <u>Trat. cirurg de fratura de Umeru</u>	
Cirurgião: <u>Dr Felipe</u>	Auxiliar: <u>Dr Everton</u>
	<u>Dr Ame</u>
Anestesista: <u>Dr Ricardo</u>	
Início:	Término:
	Anestesia <u>Genal</u>

[illegible][illegible]

Observações:

Paciente consciente e orientado, movimentando voluntariamente
os 4 membros sem queixas. Alta da SRA



Assinatura Anestesista 9853

Circulante

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

[illegible]

Journal of the

1840

1840

1840

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Juanir de Lima Mahon</u>		DN: <u>26/02/1972</u>		 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE		
CIRURGIA <u>T+2 luxação de Fratura de Ulna Proximal Direita</u>		CIRURGIÃO <u>D^o Felipe + D^o Emanuel + D^o Ana Maria</u>			
ANESTESIA <u>Qual</u>		ANESTESIA <u>D^o Ricardo Loureiro</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Heide</u>		DATA <u>16/07/19</u>	INÍCIO <u>14:00</u>	FIM <u>16:00</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Ureter Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
01	Benzocaina amp. <u>Midazolam</u>		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Oclantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix
05	Etano ml <u>Suconone ml</u>		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix
01	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso
01	Propofol <u>Propofol</u>		Dreno Pezzer n°		Ethibond
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Nubain amp. <u>tolonidin</u>		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	05	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak
02	Protóxido 1/m <u>Procunon</u>		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
01	Quelicin ml	12	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon 2-0
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix
01	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix
02	Dipirona amp.	03	Luvax 7.0	01	Vicryl Sertix 1
	Flaxidol amp.	04	Luvax 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvax 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvax 8.5		
	Glicose amp.	05	Oxigênio 1/m		
	Glucos de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
01	Lax amp. <u>Ranitidina</u>	05	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrofinazol.	03	Seringa desc. 10 ml		SG Hipotérmico fr 500 ml
01	Flax amp. <u>Flaxidol</u>	02	Seringa desc. 20 ml	03	SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.	01	Sonda TOT n° 7.5		
	Suptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	Cefalotina 1g <u>Cefazolina</u>	01	Sonda Nasogátrica		
			Sonda Uretral n° 14		
			Steridrem ml		
			Tomeirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7	01	Gelcon 18		
01	Agulha desc. 20 x 20 <u>40x12</u>		Latase		
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Coletor		
	Agulha p/ raque n°	01	Filtro		
05	Álcool de Enfermagem	05	Blowdown		
	Álcool Iodado ml	05	Gel Condutor		
01	Ataduras de Crepon <u>30 cm</u>				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

- | | |
|---|--|
| ☒ Oxímetro de Pulso | ☐ Foco Auxiliar |
| ☐ Serra | ☒ Eletrocautério |
| ☐ Desfibrilador | ☒ Oxícapnógrafo |
| ☐ Foco Frontal | ☒ Cardiomonitor |
| ☐ Fonte de Luz | ☒ Repetidor Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

S.F.C.I./p/10/10/10

നാഷണൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ടീച്ചർമാർ

2010/10/10

അദ്ധ്യക്ഷൻ കമ്മിറ്റി

നാഷണൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ടീച്ചർമാർ നാഷണൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ടീച്ചർമാർ

നാഷണൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ടീച്ചർമാർ

നാഷണൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ടീച്ചർമാർ

2010/10/10

2010/10/10

2010/10/10

2010/10/10

10

നാഷണൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ടീച്ചർമാർ

നാഷണൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ടീച്ചർമാർ

10

നാഷണൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ടീച്ചർമാർ

നാഷണൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ടീച്ചർമാർ

10

നാഷണൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ടീച്ചർമാർ

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

HOSPITAL	de Emergência e Trauma de C. Grand	COD	Pront: 1940493
PACIENTE	Iranzin de Lima Mahon	DATA	16/07/19
MÉDICO	Dr. Felipe + Dr. Esurdam + Dra. Ana	CONVENIO	
PROCEDIMENTO	Trat. Cirurg. de Frat. de Úmero Proximal Direito		



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	01	Placa Úmero proximal 05 Furos	
02	01	Parafuso cortical N: 34 x 3,5	
03	02	Parafusos bloqueado N: 26 x 3,5	
04	02	Parafusos bloqueado N: 30 x 3,5	
05	02	Parafusos bloqueado N: 34 x 3,5	
06	01	Parafusos bloqueado N: 40 x 3,5	
07	01	Parafusos bloqueado N: 45 x 3,5	
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

RESPONSÁVEL OPERAÇÃO

INSTRUMENTADOR

MÉDICO OPERAÇÃO

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário		Ala	Leito	Enfermaria
Alvarães de Lima Mahon			Bomarela		g
Data	Hora		Data	Hora	
10/07/19	5	Paciente evolui com EBR, supinista, com imobilização de M.S.D.			
		CO-5 fraturas, ativas, livres de mão @ + O - gomas.			
Dr: Apio Cláudio de Lima Assis					
Fisioterapia / Osteopatia					
CREFITO 65410 - F					
11/07/19	11	Paciente evolui por EBR, supinista, com APresente fratura do Ulnar.			
		CD Imobilizado com o M.S.D. livre. O - gomas.			
		Sobrinha Patrícia			
15.07.19	manhã	Paciente mantém quadro clínico-Conduta: exercícios ativos p/ mão;			
		orientações gerais.			
Marta Costa					
FISIO-TERAPIA					
CREFITO: 295					

13

14

15

AValiação CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Isaac de Lima Mota IDADE: 47 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 05/07/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: meio () Tabagismo mau há
() Etilismo () Sedentarismo 9 anos
() Dislipidemia () Cirúrgico meio () Outros

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAMES FÍSICO

() Estado Geral ☒ Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR, RT, SV

FC.: 90 b.p.m P.A.: 140 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Addômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

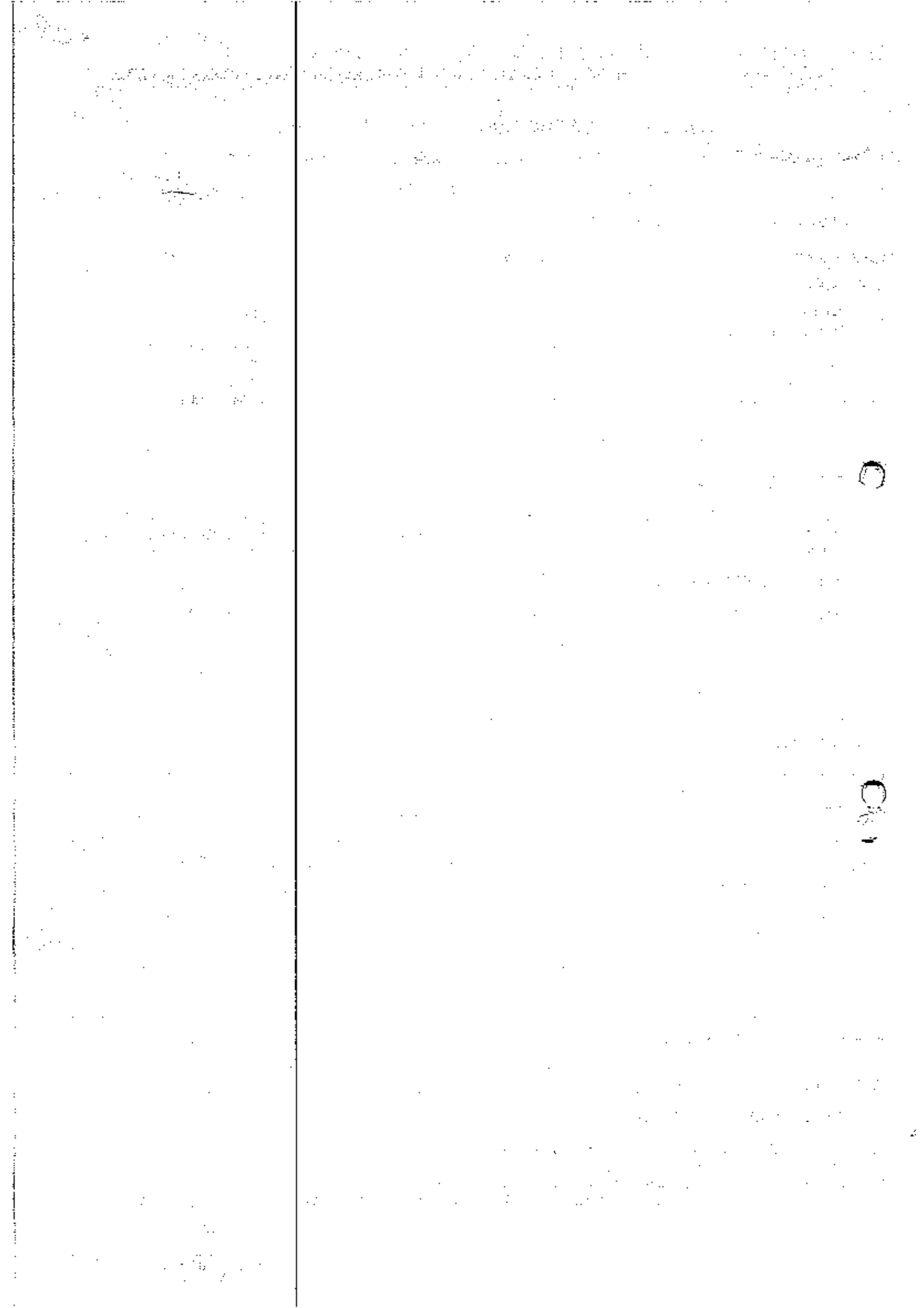
Ex. Laboratoriais: hg: 12,2

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

Dr. Imaculada Barbosa
Cardiologista
CRM 5483





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXA

NOME:

Francisca de Lima

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

362

RAIO X
REALIZADO EM:
10/07/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx do ombro O xft part superior

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

10/07/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

Dr. Felipe C. Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7451 - CBO 3622

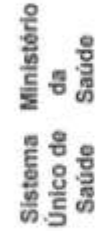
17

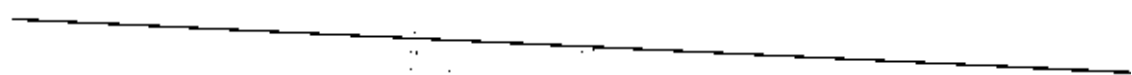
17

17

C

17 C

   	REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ		
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700		
BAIRRO: MALVINAS	CEP: 58432-809	MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)
PACIENTE: IVANCIR DE LIMA MAHON ENDEREÇO: VICE PREFEITO ANTONIO CARVALHO BAIRRO: SANTA CRUZ Idade: 047 Idade: 047 Dr. João Paulo Oliveira Nunes PRONTUÁRIO: 1344048 MEDICINA DO ORTOPEDICO Nº 1344048 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE		
TIPO DO ATENDIMENTO: ROTINA		Nº DA SOLICITAÇÃO: 49998
DADOS CLÍNICOS: PRE OP,		MATERIAL A EXAMINAR: SANGUE,
EXAMES SOLICITADOS: HEMOGRAMA COMPLETO, DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO, DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE, ELETROCARDIOGRAMA,		
Campina Grande - PB 10/07/2019		Médico: João Paulo Oliveira Nunes



C

C

1

—

Sr(a): IVANCIR DE LIMA MAHON Protocolo: 0000476018 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES Data: 11-07-2019 18:01 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 47 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 11/07/2019 18:00]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.39 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	37,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	84 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	28 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.800 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	264
Segmentados.....	68,0	5.984
Eosinófilos.....	1,0	88
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	25,0	2.200
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	264
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	245.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM 5409

Emissão : 11/07/2019 17:20 - Página 1 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 20F8-F4EE-66CA-8193-29B7-0A0A-F80D-2B93

FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION DEPARTMENT OF JUSTICE OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL DIVISION OF INVESTIGATION

MAY 1964
 MAY 1964
 MAY 1964

The following information was obtained from the records of the Bureau of Investigation, Department of Justice, Office of the Attorney General, Division of Investigation, on May 19, 1964.

RECORDED
 MAY 19 1964

MAY 19 1964

MAY 19 1964

The following information was obtained from the records of the Bureau of Investigation, Department of Justice, Office of the Attorney General, Division of Investigation, on May 19, 1964.

MAY 19 1964

The following information was obtained from the records of the Bureau of Investigation, Department of Justice, Office of the Attorney General, Division of Investigation, on May 19, 1964.

The following information was obtained from the records of the Bureau of Investigation, Department of Justice, Office of the Attorney General, Division of Investigation, on May 19, 1964.

MAY 19 1964



Sr(a):	IVANCIR DE LIMA MAHON	Protocolo:	0000476018	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES	Data:	11-07-2019 18:01	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	47 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'04''

[DATA DA COLETA: 11/07/2019 18:01]

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO 7'30''

[DATA DA COLETA: 11/07/2019 18:01]

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

Material: Sangue

Método: Lee-White



Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM 5409

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ivanar de Lima Registró: _____ Leito: 14 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

Mobilidade Física: (X) 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 () Dispneia () 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: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

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

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()

Ausulta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção 13/04/14

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (X) 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: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Janiere Vidal Ferreira COREN-PB 3452 (5-ENF) DATA: 16/07/14 HORA: 10:50 h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Francisca de Lima Moura* Registro: _____ Leito: *03104* Setor Atual: *UTI - 4*

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outros: _____
Drogas (Sedação/Analgesia): _____ GLASGOW(3-15): _____

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mioticas () Midríaticas
Mobilidade Física: (X) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____
Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi () % I/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 _____ % PEEP _____ cmH2O
(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos; () Turgência jugular: ()	
Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: M.S.E. Data da punção 31/07/19	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdomem: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h:	
Aspecto: () Outros:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: (X) Normocrada () Hipocrada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo em: / / Retirado em: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
Necessidades Psíquicas	
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSÍQUICAS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
1ª Valuska Lima de Carvalho ENFERMEIRA COREN - PB 358.098 DATA: 31/07/2019 HORA: h	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Quaranta de Larma Registrô: _____ Leito: 1-4 Setor Atual: 07/01

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Truonci de Souza Registró: _____ Leito: 1-4 Setor Atual: 04701

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausculata 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

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

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()

Ausculata cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSE Data da punção 10/07/19

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Janelia S. Cruz Gondim
ENFERMEIRA
COREN PB 508.860

DATA: 12/07/19 HORA: 10:15 h



GOVERNO
DA PARÁIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Isabel de Lima Mello Registro: 3-4 Setor Atual: gts
Idade: Sexo: M Cor: Estado Civil: Naturalidade: Profissão:
Procedência: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: 30/07/19 Data da internação no setor: 11/07/19
Tem um cuidador/Responsável: () Quem? Tem acesso a uma UBS: () Qual: Telefone:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: Alergias: () Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
() Alcoolismo () Drogadicação () Outros: Medicações em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): fx de um braço por arma de fogo

4. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW (3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local:
Linguagem: Alteração: () Qual? () Distonia () 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:

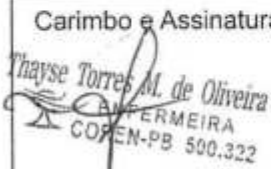
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 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: (☒) ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()	
Ausculta cardíaca: (☒) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MST</u> Data da punção: <u>10.07.19</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (☒) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (☒) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: <u>11/07/19</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (☒) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (☒) Normoativos; () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (☒) Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (☒) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: <u>11/07/19</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u>11/07/19</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>11/07/19</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (☒) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (☒) Outro: <u>diarréia</u>	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>paciente veio da Amarela, consciente, orientado, aguarda cirurgia; segue estável</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>11.07.19</u> HORA: <u>19:30</u>	
 Thayse Torres M. de Oliveira ENFERMEIRA COREN-PB 500.322	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME:									
IDADE:	SEXO:	M ☐	F ☐	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	às	:	h
SETOR:					LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:						
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:						
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☐	LOCAL:						
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐		NORMOPOTENSO ☐		HIPERTENSO ☐				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☐		INCONSCIENTE ☐		ORIENTADO ☐				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐		TAQUIPÊNICO ☐		EUPNÉICO ☐		BRADIPNÉICO ☐		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☐		POLÚRIA ☐		OLIGÚRIA ☐		ANÚRIA ☐		SVD ☐
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☐		DEÂMBULA C/ APOIO ☐		ACAMADO ☐		S/ DEFICITE MOTOR ☐		
	TETRAPLEGIA ☐		HEMIAPLEGIA ☐		PARESIA ☐		RESTRITO NO PEITO ☐		
ST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO ☐		SNG ☐		SNE ☐				
STADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☐		DESNUTRIDO ☐		OBESO ☐		CAQUÉTICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA:		T:		FR:		FC:		PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
☐	RISCO DE QUEDA					CD/FR:			
☐	RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:			
☐	RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:			
☐	RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:			
☐	RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:			
☐	RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA					CD/FR:			
☐	RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:			
☐	NÁUSEA					CD/FR:			
☐	DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA					CD/FR:			
☐	PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:			
☐	MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:			
☐	DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO					CD/FR:			
☐	INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:			
☐	RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:			
☐	RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:			
☐						CD/FR:			
☐						CD/FR:			
						CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
						FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.									
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.									
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.									
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).									
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.									
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

Data: 16/07/2019

Horas: 10:18:00

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO

DIA 16/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (DIETA ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM) <i>(dieta após RPA)</i>	<i>14 22 08</i>
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	<i>14 22 08</i>
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>14 22 08</i>
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<i>14 22 08</i>
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>14 22 08</i>
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<i>14 22 08</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	<i>14 22 08</i>
8	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>14 22 08</i>
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>14 22 08</i>

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

15:55h - Paciente em POI sem intercorrências.
Segue em BEG.

Cd: - Dieta livre após RPA.
- Solicito Rx de controle.
- VPM.

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

15-07-19 Paciente pós cirurgia, estável.
sem queixas no momento, frito
medicação e cuidados CPM.
Segue aos cuidados da
enfermagem.

PA - 130 x 80

FC - 72

16-07-19 Paciente estável, sem queixas
no momento, medicação
conforme prescrição médica.

PA - 140 x 90

FC - 71

**GOVERNO
DA PARAÍBA****GOVERNO
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 149193

DATA DA CIRURGIA: 16/07/2019

Número do Atendimento: 1940564 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 1 / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON

Data da Internação: 10/07/2019

Atendimento: 1940564

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIR

Data da Cirurgia: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE FELIPE GUEDES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO + GERSIANE

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: GERAL

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM VIA DELTOPEITORAL EM OMBRO DIREITO + DIVULSAO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA SOB ESCOPIA + FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA DE UMEROS PROXIMAL 05 F + PARAFUSOS BLOQUEADOS

5 - SUTURA POR PLANOS

6 - CURATIVO

7 - À URPA

Dra. Ana Maria da S. Anselmo

MR. Ortopedia/Traumatologia

CRM-PB 7825

Data 16/07/2019

Assinatura/Carimbo

Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/07/2019

Horas: 10:08:31

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO

DIA 15/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00 h)	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5N
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 15/07/2019 HORA: 10:07:53

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR DISCRETA EM OMBRO DIREITO.

SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.

NV PRESERVADO.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.
- SOLICITO ECG + RISCO CIRÚRGICO.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria Da Silva Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

08:00

PA: 140 x 80

Paciente requer aquecimento
cirúrgico sem quixa até o
momento e aos cuidados
da enfermagem.

~~Diagn~~
737442

21:00

PA: 150 x 80

~~Diagn~~
737442

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/07/2019

Horas: 10:02:07

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: I Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO

DIA 14/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12-18-24-06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12-24
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	(18-06) F
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/07/2019 HORA: 10:01:26

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM MELHORA DO QUADRO
ÁLGICO EM OMBRO DIREITO.
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
NV PRESERVADO.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

4.07.19 2h PA: 140x80 mmHg.

Pto. distal, sem queixas até o momento.

MCP.M

↳ Valência

19/07. 20.004. P.A: 130x80.

Paciente evolui com consciência orientada
o mesmo não referiu queixas. 

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/07/2019

Horas: 10:37:44

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMERÓ PROXIMAL DIREITO

DIA 13/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12/18 24/06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 13/07/2019 HORA: 10:36:50

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO (+/4+), QUE SE ACENTUOU APÓS FISIOTERAPIA COM A RETIRADA DO MJ. SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. NV PRESERVADO.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.
- TROCAR IMOBILIZAÇÃO.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

13/07 10:00h Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue
P.A 120x80 nos cuidados da enfermagem.

SAT 94

R. 96

T=36,8°

Debona

13/07/19

22:00

PA= 120/80 R.

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/07/2019

Horas: 11:22:03

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO

DIA 12/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	L
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12 18 24 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SIN
7	FISIOTERAPIA MOTORA	L
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	L

EVOLUÇÃO

DATA: 12/07/2019 HORA: 11:20:44

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR DISCRETA EM OMBRO DIREITO.
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
NV PRESERVADO.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria Da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

12.07.2019

10hs → 36,5° 130 x 80

Paciente em ventose, evolui sem
queixas no momento, aguardando
procedimento cirúrgico, medicado
conforme prescrição médica

Kátia Silvana Nóbrega de Figueiredo
COREN-PB/486.017-TE

12/07 20:00h

P.A. 120 x 80

Débona

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/07/2019

Horas: 09:39:53

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO

DIA 11/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	es
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	es
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	es
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	es
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	es
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	es
7	FISIOTERAPIA MOTORA	es
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	es

EVOLUÇÃO

DATA: 11/07/2019 HORA: 09:39:16

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS
CD AGUARDA CIRURGIADr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMNA
CRM/PB 5523ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

31.07.19 22h PA: 120x80 mmHg.

Pct estável, sem queixas até o momento
ncp. vs
L Salina

**GOVERNO
DA PARAÍBA****PRESCRIÇÃO MÉDICA****DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Sexo: M

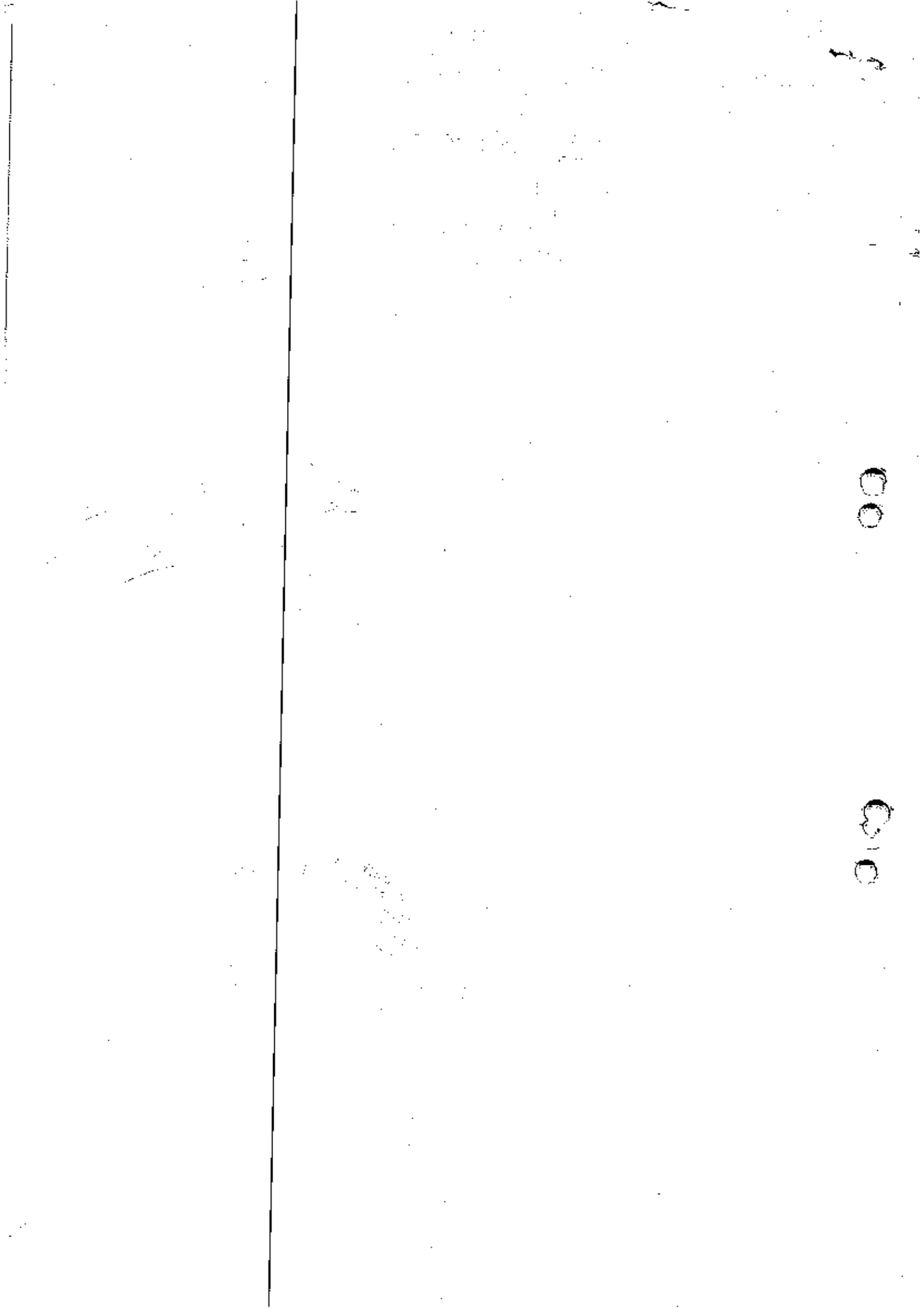
Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO

DIA 10/07/2019

MÉDICO(A): Joao Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12 20 30 40
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 00 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 00
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	CT
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

Dr. João Paulo
MÉDICO(A) EM TREINAMENTO
CRM/PB 9551





**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON

Data da Internação: 10/07/2019

Data da Alta: 17/07/2019

Registro: 1940564

Tempo de Permanência: -18088

Diagnóstico Inicial: 0408020334

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA UMERU PROXIMAL

Data: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE FELIPE GUEDES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL . -
ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS
PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS +
ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

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

Condições de Alta: Melhorado

Data: 17/07/2019

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

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/07/2019

Horas: 09:13:09

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO

DIA 17/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (DIETA ZERO ATE SEGUNDA ORDEM)	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/07/2019 HORA: 09:12:12

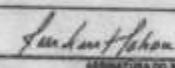
PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 1º DPO, EM BEG, COM QUEIXA DE DOR DISCRETA.

FO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA: 
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria Da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		P B	
MINISTERIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CAMBIO NACIONAL DE IDENTIFICACAO			
NOME IVANCIE DE LIMA MAHON			
DOC. IDENTIFICACAO / OUT. EMISSAO DE		1344048 SSP PB	
CPF		080.882.787-16	
DATA NASCIMENTO		26/02/1972	
FILIAÇÃO			
JOSE SAMARCO MAHON			
JOSEFA LINDALVA DE LIMA			
PREENSÃO		ACC	CRIMINAL
00545878430		AB	AB
VIGENCIA		10/05/2024	
1ª EMISSÃO		03/10/1991	
OBSERVAÇÕES			
			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL		DATA EMISSÃO	
CAMPINA GRANDE, PB		15/05/2019	
ASSINATURA DO EMISSOR		13114274476	
PARAIBA		PB038988151	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO		P B
NOME JOSE RAMON DE ARAUJO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1497902643	FOTO	DOB. SERVIÇO / OUT. SERVIÇO DE 718466 029 PR
	CID 408.269.644-92	DATA NASCIMENTO 11/06/1962
	NOME EVERLEDO DANIEL DE ARAUJO MARIA RAMON DE CORTES	
	PERMITE 0000000000	AGE 00000000
Nº Registro 01419772731	VALIDEZ 01/09/2022	1ª EMISSÃO 01/09/1990
Assinatura do titular <i>Jose Ramon de Araujo</i> Assinatura do Policial		
LOCAL CANOAS BRANDAS, PR	DATA EMISSÃO 05/09/2017	Nº Registro 5316148104 7282522967
PARAIBA		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 014799785342

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 20190000246518-6

1 0019930151-4 00/00000000 2019

GEAN DA SILVA VASCONCELOS

03407464401

MOQ5163/PB

NOVO PB 9C2JC4110AR589482

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2010 2010

2 P/124 /CI PARTIC

PRETA

00/00/0000

0

SEGURO PARA G O 10/06/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

CAMPINA GRANDE - PB

10/06/2019

33375

33880



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014799785342 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

1 03407464401

2019 10/06/2019

MOQ5163/PB

HONDA/CG 125 FAN KS

2010 9 9C2JC4110AR589482

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PARA G O 10/06/2019

CHPU 03.240.600/0001-04

33880-0955479-20190610



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190705283 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANCIR LIMA MAITON **Data do acidente:** 10/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 9/43_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190705283 3 - CPF da vítima: 08088278716 4 - Nome completo da vítima: Juvancir de Lima Mahom

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

5 - Nome completo: Juvancir de Lima Mahom 6 - CPF: 08088278716
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. Antônio Carvalho de Souza 9 - Número: 750 10 - Complemento: APT 3
11 - Bairro: Rocha Central 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58477-000
15 - E-mail: jovanapb@outlook.com 16 - Tel.(DDD): (83)96676646

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 0493 CONTA: 1022867

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vais nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande 03/01/2020

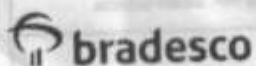
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



Autoatendimento
Deposito em Conta-Poupanca em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 0493 Maquina: 016750
Data: 03/01/2020 Hora: 15:10 N.Trans: 007080

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 0493 / CAMPINA GRANDE-CTO
Conta: 1022867-0

Valor do deposito: 10,00

Titular: IVANCIR LIMA MAHON

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Horario de Brasilia.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190705283 3 - CPF da vítima: 08088278716 4 - Nome completo da vítima: Juancir de Lima Mahon

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

5 - Nome completo: Juancir de Lima Mahon 6 - CPF: 08088278716
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R: Antonio Carvalho de Souza 9 - Número: 750 10 - Complemento: APT 2
11 - Bairro: Rocha Central 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58477-000
15 - E-mail: juancirpbb@outlook.com 16 - Tel.(DDD): (83)96676646

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0493 CONTA: 1022867
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande 03/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Autoatendimento
Deposito em Conta-Poupanca em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 0493 Maquina: 016750
Data: 03/01/2020 Hora: 15:10 N.Trans: 007080

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 0493 / CAMPINA GRANDE-CTO
Conta: 1022867-0

Valor do deposito: 10,00

Titular: IVANCIR LIMA MAHON

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Horario de Brasilia.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

PROCURACAO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

Nome: IVANCIR DE LIMA MAHON
Nacionalidade brasileira Est. Civil _____
Identidade 1.344.048 CPF 080882.48776
Endereço: Antonio Cavallini de Souza N° 150
Bairro Bocha Central Cidade Campina Grande Est. Parsiba
Natureza do sinistro: invalidez permanente Data do acidente: 10/07/2019

PROCURADOR:

Nome: José Ramos de Araújo Profissão: Téc. Em Radiologia
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: Divorciado
Identidade: 718.406 SSP/PB CPF: 408.289.644-91
Endereço: Rua Vital Francisco da Silva, n.º 63, 1.º andar, Centro, Queimadas-PB

Poderes:

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e corretores), afim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário médico, junto a qualquer hospital. Para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima: IVANCIR DE LIMA MAHON

Campina Grande, 06 Dezembro 2019
Local e data



Assinatura do beneficiário/vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

6º
Serviço Notarial e Oficial
Rua Marquês do Herval, 16 - Loja 6 - Galeria
Edif. Lucas - Campina Grande - PB
CEP: 56400-087 - Fone: (83) 3341-2858

Maria Elites, J. de
Tabelião
Vitor M. de Lacerda
Tabelião Substituto

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
IVANCIR DE LIMA MAHON.

Campina Grande/PB 06/12/2019
Em testemunho da verdade. Dou fé.
Substituta: NELIA NELLO LUCAS
Selo Digital: RJM06302-U10S
Confira em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Empl. R\$9,91 Farpen R\$0,29
Fepi R\$ 1,02 MP R\$0,15

Nélia Nello Lucas
Tabelião Substituto
Cartório do 6º Ofício

SERVIÇO NOTARIAL
6º Ofício Notarial
Rua Marquês do Herval, 16
Campina Grande - PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456227/19

Vítima: IVANCIR LIMA MAITON

CPF: 080.882.787-16

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANCIR LIMA MAITON

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IVANCIR LIMA MAITON : 080.882.787-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO
CPF: 408.289.644-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

JOSE RAMOS DE ARAUJO

RENATO LUNA DIAS

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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANCIR LIMA MAITON

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000001022867-0

Nr. Autenticação

BRDESCO310120200500000000023700493000001022867168750 PAGO

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705283

Vítima: IVANCIR LIMA MAITON

Data do Acidente: 10/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANCIR LIMA MAITON

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705283

Vítima: IVANCIR LIMA MAITON

Data do Acidente: 10/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), IVANCIR LIMA MAITON

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705283

Vítima: IVANCIR LIMA MAITON

Data do Acidente: 10/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), IVANCIR LIMA MAITON

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705283

Vítima: IVANCIR LIMA MAITON

Data do Acidente: 10/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANCIR LIMA MAITON

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: IVANCIR LIMA MAITON

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000493-6

Conta: 000001022867-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

080882787-16

Juancir de Lima Mahon

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

5 - Nome completo:

Juancir de Lima Mahon

6 - CPF:

080882787-16

7 - Profissão:

Reclusa

8 - Endereço:

Rua Antônio Carvalho de Souza

9 - Número:

150

10 - Complemento:

APT 2

11 - Bairro:

Rocha Central

12 - Cidade:

E. Grande

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58417-000

15 - E-mail:

juancir@outlook.com

16 - Tel. (DDD):

183/9667-6646

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

AGÊNCIA:

0737

013

CONTA:

00081940

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vitrasser)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09511.01.2019.2.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09511.01.2019.2.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:56 horas do dia 29 de agosto de 2019, na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, e nesta Central de Policia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Josefa Alves de Assis, matrícula 1332414, e lavrado por Josenildo Sousa de Almeida, Agente de Investigação, matrícula 1819593, ao final assinado, compareceu **Ivancir de Lima Mahon**, CPF nº 080.882.787-16, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Representante Comercial, filho(a) de Josefa Lindalva de Lima e Jose Samarcos Maron, natural de Barra de São Miguel/PB, nascido(a) em 26/02/1972 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vice-prefeito Antônio de Carvalho Sousa, Nº 150, bairro Santa Cruz, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 99613-6481.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Almirante Barroso, De Frente a Pereira Veiculo, Campina Grande/PB, bairro Jardim Quarenta; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/07/19 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo HONDA/CG 125 FAN KS, marca HONDA/CG 125 FAN-KS, tipo de veículo passeio, cor preta, ano 2010, placa MOQ-5163, chassi 9C2JC4110AR589482, renavam 00199301514, características gerais: Nome Proprietário gean da Silva Vasconcelos

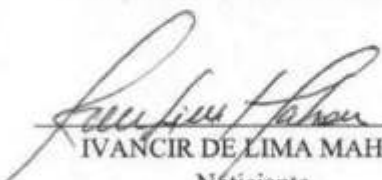
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que a vitima na data do dia 10/07/2019 as 10h 30min estava a transitar na Av. Almirante Barroso, Bairro Jardim Quarenta, Campina Grande PB; Que nas proximidades de perreira automóveis, foi surpreendido por um animal tipo cachorro que atravessou a via inesperadamente; Que a vitima como na ocasião se encontrava com muita chuva não percebeu o animal e veio a colidir com o mesmo e com este impacto a vitima foi lancada ao solo sendo socorrida posteriormente por populares para o hospital de trauma de campina grane PB; Que neste citado hospital a vitima foi diagnosticada com fratura no úmero direito, onde este passou por procedimento cirúrgico, conforme atestado medico em anexo.

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.

Campina Grande/PB, 29 de agosto de 2019.


JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação


IVANCIR DE LIMA MAHON
Nôtiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

080882787-16

Juancir de Lima Mahon

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

5 - Nome completo:

Juancir de Lima Mahon

6 - CPF:

080882787-16

7 - Profissão:

Reclusa

8 - Endereço:

Rua Antonio Carvalho de Souza

9 - Número:

150

10 - Complemento:

APT 2

11 - Bairro:

Rocha Central

12 - Cidade:

E. Grande

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58417-000

15 - E-mail:

jesuaraypb@outlook.com

16 - Tel. (DDD):

183/96676646

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

AGÊNCIA:

0737

013

CONTA:

00081940

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vlnascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: **IVANCIR DE LIMA MAHON**

Data da Internação: **10/07/2019**

Data da Alta: **17/07/2019**

Registro: **1940564**

Tempo de Permanência: **-18088**

Diagnóstico Inicial: **0408020334**

Diagnóstico Final:

Principais Exames: **EXAME CLINICO + RADIOLOGICO**

Cirurgia: **TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA UMEROS PROXIMAL**

Data: **16/07/2019**

Equipe:

Cirurgião: **JOSE FELIPE GUEDES**

Aux 1: **EVERLAN DA SILVA MEIRA**

Aux 2: **ANA MARIA DA SILVA ANSELMO**

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: **RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO**

Medicamentos:

Infecção F.O: **NAO**

Coleta de Material: **NAO**

Bacteriologia: **NAO**

Anatomopatológico: **NAO**

Orientações: - **PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL . -
ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS
PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS +
ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.**

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

Condições de Alta: **Melhorado**

Data: **17/07/2019**

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

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: **LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ana Maria Da
Silva Anselmo**