



Número: **0805354-78.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **12/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IVANCIR LIMA MAITON (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32161063	08/07/2020 14:47	<a href="#">2731684_CONTESTACAO_Anexo_01</a>	Outros Documentos



COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC-ESTADUAL N° 160672029  
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20191111998156

ESCRITÓRIO CAMPINA GRANDE

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO  
01199815.6

MATRÍCULA  
01199815.6

CLIENTE  
JEFFERSON DA S VASCONCELOS

CPF/CNPJ:  
061.XXX.XXX-XX

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 LIGADO  
ESGOTO 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		CONSUMO		CONSUMO/DIA
ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(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\$

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
<b>ÁGUA</b> RESIDENCIAL 001 UNIDADE ATE 10 M3 - R\$ 37,91 (POR UNIDADE) 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3 <b>ESGOTO</b> 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  10 M3 2 M3	37,91 9,78  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 ÚLTIMOS 5 ANOS PARA O EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA (EXAR/2019), NO PERÍODO 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	1,74	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



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, 82/ 1º ANDAR - CENTRO  
 OLIVENÇAS / PB CEP: 58419000 (AG. 401)



**ENERGISA** DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
 Av. Dep. Raimundo Azeite, 4788 - BR 200 - KM 196 - T-14 Imã  
 Campina Grande / PB - CEP: 56420-700  
 CNPJ: 08.908.896/0001-95 - Insc. Est.: 18.033.856-1  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 04 077 754  
 Cód. para Dct. Automático: 0000013187

Ligação: MONOFÁSICO  
 Cte/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA RENÇA  
 Rotômetro: 11-403-351-2350 Referência: Set / 2019  
 Medidor: 00008010838 Emissão: 18/09/2019

Atendimento ao Cliente: ENERGISA **0800 023 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAND
Set / 2019	18/09/2019	18/10/2019	070.461.674-74 Insc. Est.

U.C. Unidade Consumidora: 42013167

Canal de contato  
 Tarefa básica de Energia Elétrica - Tarefa criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/08/19	5434	19/09/19	5576	
			1	144
				00

Demonstrativo		Vencimento		Ano		Limite		Parcela		Cobrança	
Qtd	Descrição	Valor	Tributos	Total	ICMS	ICMB	Pa	Cobrança	Parcela	Qtd	Valor
	D801 Consumo até 20kVAH-EP	80,000	0,244120	7,32	7,32	27	1,97	7,32	0,05	0,22	0,22
	0801 Consumo - 31 a 100kVAH-EP	70,000	0,419500	29,29	29,29	27	1,51	29,29	0,16	0,00	0,00
	0801 Consumo - 101 a 220kVAH-EP	44,000	0,621700	27,02	27,02	27	1,45	27,02	0,16	0,00	0,00
	0801 Adc. B. Vermelha			5,31	5,31	27	1,43	5,31	0,00	0,16	0,16
	0816 Subsídio			28,29	28,29	27	10,29	28,29	0,28	1,21	1,21
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
	0807 CONTRIB. SUMP. PÚBLICA			-19,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0808 Devolução Subsídio			-27,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL										
				88,55	108,77		28,28	108,77	0,73	2,34	2,34

CCF: Código de Classificação do Item: TOTAL 88,55 108,77 28,28 108,77 0,73 2,34  
 Tarifa de Tributos AM308WB D.189070 AN100WB 0,226020 AN1220WB D.434750

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (KWh)

118	171	144	129	120	122	118	154	143	140	82	124
Set/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.6676.05e2.8f57.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limite da ANEEL	Aprovação	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	9,73	0,00	Serviços de Dist. de Energia/ED	14,97	15,56
DIC TRIMESTRAL	20,19		Compra de Energia	27,25	28,52
DIC ANUAL	3,89		Serviço de Transmissão	8,04	8,41
PIC MENSAL	5,73	0,00	Encargos Setoriais	4,97	5,20
PIC TRIMESTRAL	12,47		Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
PIC ANUAL	3,97		Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	12,27		TOTAL	95,55	100,00

**ATENÇÃO**  
 - REATIVO DE VENCIMENTO: Caso esta fatura (9550) não seja paga até o vencimento, o fornecedor poderá ser suscitado à prova de falhas, conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esse prazo não garante a possibilidade de devolução ou suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da fatura(s) emitida, desconsidere esta mensagem.  
 Fatura sujeita à inclusão em dívidas de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.  
 - Sua unidade foi faturada como Baixa Tensão, tendo um desconto de R\$27,17

Parcelas em atraso  
 Ago/19 80,59





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu Jose Ramos de Araujo  
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 de 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>Queimadas</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>joseraulop6@outlook.com</u>			CEP:	<u>58475-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>(33)99667-6646</u>

Local e Data: Queimadas, 06/12/2019

Jose Ramos de Araujo  
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



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

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

*Ataque de dor abdominal no lado direito*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*190 C 12*

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

*Apesar de hemograma normal*

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

JOÃO PAULO OLIVEIRA NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/07/2019

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

*Dr. João Paulo Oliveira Nunes*  
1556  
CONSELHO REGIONAL DE ODONTÓLOGOS DO PIAUÍ

#### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

#### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - 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  
DDD

83

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

VICE PREFEITO ANTONIO CARVALHO, 150, SANTA CRUZ

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CDD, 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 TRÁNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

#### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - 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)

//







10/07/2019



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

Atend: 10/07/2019 Hora: 10:37:20

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X ANIMAL

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

- 1. Abrasão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Crepitação
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Entorse subcutâneo
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortivo
- 15. F. Cortante
- 16. F. Corto-contuso
- 17. F. Perfuro-contuso
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Injurgimento Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendinlia
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encravado
- 29. Otorragia
- 30. Paralisia
- 31. Parésia
- 32. Paréstesia
- 33. Queimadura
- 34. Rinorragia
- 35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1940493&dataatend=2019-07-10&horaatend=10:49:45

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS

Exame realizado em dor em ombro @

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:  
( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

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

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

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Hospitalizar em UTI

Horário realizado

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. João Paulo  
MEDICINA EM TRAUMATOLOGIA  
CRM/ PB 9551



10/07/2019



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 O2: 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 ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBILOS ( ) TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
AMARELO

HTCG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210  
Número do documento: 20070814472099800000030820210





**Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica**

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

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
<i>16:20</i>	<i>200 x 80</i>	<i>87</i>	<i>98%</i>	<i>Beca</i>	<i>- (MSD)</i>	<i>consciente</i>
<i>17:30</i>	<i>140 x 82</i>	<i>90</i>	<i>100%</i>	<i>Beca</i>	<i>1</i>	<i>r</i>

Medicamentos/Materiais	Quantidade
<i>Demax 20mg - diluir em 9ml de H2O, fazer 5ml</i>	<i>16/20</i>

**Observações:**  
*Paciente consciente e orientado, movimentando voluntariamente  
os 4 membros sem queixas. Alta de SARA*

Assinatura Anestesista *[Signature]*

Circulante





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

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

Assinatura do anestesista



**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: **47** PRONTUÁRIO: **1940493**

IDADE: **47**

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶ **ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA SAÍDA:**

PAUSA CIRÚRGICA

- CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO
- A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM
- BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE
- HOUE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

**EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS**

- REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIÁ? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜINEAS?
- REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTÉSIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)
- HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?  NÃO  SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?  NÃO  SIM

RISCO DE PERDA SANGÜINEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?  NÃO  SIM

E HA EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

SIM E HA ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?  SIM  NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?  SIM  NÃO SE APLICA

Stela M. Assunção Oliveira  
Enfermeira  
RTP 14.4820  
Assinatura



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210

(10)

(10)





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL



PACIENTE: Joãoir de Lima Mahon DR: 26/02/1972  
 QI: LEITE CONVÊNIO: 47 REGISTRO: 1940493  
 CIRURGIA: T<sup>ra</sup>ção laparoscópica de Fratura de Ulna do Cotovelo Direito CIRURGIÃO: D<sup>r</sup> Felipe + D<sup>r</sup> Cristiano + D<sup>r</sup> Ana Maria  
 ANESTESIA: Anal ANESTESIA: D<sup>r</sup> Ricardo Loureiro  
 INSTRUMENTADORA: Heideide DATA: 16/07/19 INÍCIO: 14:00 FIM: 16:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Ulnar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	<del>Benzocaina amp.</del> <u>Midazolam</u>		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.		Cotonolide		Catgut Simples Sertix	
05	<del>Etano-mr</del> <u>Suonone ml</u>		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
01	<del>Insulina</del> <u>Propofol</u>		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	<del>Nubain amp.</del> <u>ketomidin</u>		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodrão Sutupak	
02	Protóxido tm <u>Procuron</u>		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
01	Quelicin ml	12	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml	02	Mononylon	2-0
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	03	Luvax 7.0	01	Vicryl Serfix	1
	Flaxidol amp.	04	Luvax 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvax 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvax 8.5			
	Glicose amp.	05	Oxigênio 3m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparina ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
01	<del>Levopamp.</del> <u>Ranitidina</u>	05	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	03	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	<del>Placet amp.</del> <u>nauseidon</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	<del>Sonda TOT n° 7.5</del>			
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	<del>Getatone 1g</del> <u>cefazolin</u>	01	Sonda Nasogátrica			
			Sonda Uretral n° 14			
			Sterydrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	01	Gelcon 18			
01	Agulha desc. <del>20 x 20</del> <u>40 x 12</u>		Látex		EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	<del>Eletródos</del>		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	Agulha p/ raque n°	01	<del>Filtro</del>		<input type="checkbox"/> Serra	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocaulério
05	Alcool de Enfermagem	05	<del>Algodão</del>		<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro
	Alcool Iodado ml	05	<del>Gel condutor</del>		<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
01	Ataduras de Crepon <u>30 cm</u>				<input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Refrator Elétrico
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRURGIÃO RESPONSÁVEL





HOSPITAL	de Emergência e Trauma de C. Grande	COD	Pront: 1940493
PACIENTE	Levanca de Lima Mahon	DATA	16/07/19
MÉDICO	Dr. Felipe + Dr. Esuram + Dra. Ana	CRM	
PROCEDIMENTO	Trat. Cirurg. de Fract. de Úmero Proximal Direito		



## LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



EM	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 ferriane

MÉDICO OPERAÇÃO \_\_\_\_\_

CNPJ: 26.051.266/0001-57 | INSC. ESTADUAL: 20.456.669-0 | AV. SENADOR SALGADO FILHO, 1718 - TIROL WAY OFFICE, SALA 912 - TIROL NATAL/RN - CEP: 59.022-000 | PLANTÃO 24HS (83) 98838-2091 / (84) 99682-3828 | E-MAIL: LSINATAL@GMAIL.COM



Nome: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_

LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS

Item	Descrição	Quantidade	Observações
01	...	...	...
02	...	...	...
03	...	...	...
04	...	...	...
05	...	...	...
06	...	...	...
07	...	...	...
08	...	...	...
09	...	...	...
10	...	...	...
11	...	...	...
12	...	...	...
13	...	...	...
14	...	...	...
15	...	...	...
16	...	...	...
17	...	...	...
18	...	...	...
19	...	...	...
20	...	...	...

Assinado eletronicamente por: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_

Método de Criação: \_\_\_\_\_  
 Responsável Criação: \_\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

**EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA**

Paciente	Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria
		Data	Hora		
Arnonys de Lima Mahon		Emerald		-	g
10/07/19					
Paciente evolui com EBR, eufórico, com mobilização de M.S.P.					
CP5 - membros superiores livres de mão @ + 0 - graus.					
Dr. Apio Cláudio de Lima Assis Fisioterapeuta / Osteopata CREFITO 05410-f					
11/07/19					
paciente eldus per EBR, eufórico. Apresenta fratura do úmero.					
CD - Dimobilização Membro M.S.P. - M.E. - 0 - graus.					
Secretaria Paraíba de Saúde HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES					
15.07.19					
Paciente mantém quadros clínicos - Condição: exercícios ativos p/ mto. D.					
Marta Costa Silva FISIOTERAPÊUTA CREFITO: 29834-F - Paraíba					

MOD. 012



1

2



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Suonci de Lima Mahon IDADE: 47 SEXO: m IMC: PROCEDÊNCIA: PROFISSÃO: DATA: 05/07/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

[X] Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

SINTOMAS:

- ( ) Cefaláia ( ) Tontura ( ) Sincopse
( ) Dispneia de esforço ( ) Grande ( ) Pequena
( ) Média ( ) Ortopédica
( ) 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: mego ( ) Tabagismo pau hé
( ) Etilismo ( ) Sedentarismo 9 anos
( ) Dislipidemia ( ) Cirúrgico mego ( ) Outros

Medicamentos em uso Não ( ) Sim

4 - EXAMES FÍSICO

( ) Estado Geral [X] Bom ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR, RT, SD

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:

- [X] 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. Suelio Moreira Torres
Cardiologista
CRM 5463
Ass. do Médico









**GOVERNO DA PARAÍBA**

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

**REQUISIÇÃO DE EXAME**

NOME: *Francisca de Lima*

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

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

*362*

**RAIO X REALIZADO EM:**  
*10/07/19*

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

*fx do ombro*

*Dr. Felipe Gonçalves*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7451 / CRM-PE 21025

URGÊNCIA:	ROTINA:
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:
<i>10/07/19</i>	

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



Handwritten marks and lines on the page, including a vertical line on the right and a horizontal line near the bottom.

€

10



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES



Sistema Único de Saúde



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

Identidade:  
1344048

Idade: 047

PRONTUÁRIO:  
Nº 1550  
Médico: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES  
MOTIVEL DO VINCULO:  
OUTUBRO DE 2019

TIPO DO ATENDIMENTO: ROTINA N° 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: Joao Paulo Oliveira Nunes



\_\_\_\_\_



ORTO

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 Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

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

**SÉRIE BRANCA**

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

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

**Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão**  
 Biomédico  
 CRRM 5409

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

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 20F8-F4EE-66CA-B193-29B7-0A0A-F80D-2B93







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



**SUS**  
 Sistema  
 Único  
 de  
 Saúde

<b>Sr(a):</b> IVANCIR DE LIMA MAHON	<b>Protocolo:</b> 0000476018	<b>RG:</b> NÃO INFORMADO
<b>Dr(a):</b> JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES	<b>Data:</b> 11-07-2019 18:01	<b>Origem:</b> AREA AMARELA
<b>Convênio:</b> HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	<b>Idade:</b> 47 anos	<b>Destino:</b> 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  
 Biomedica  
 CRM 5409

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

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 903C-06CC-1933-47D2-E987-9E94-07E1-F53A



SECRETARIA DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Tribunal de Justiça  
Tribunal de Direito Público  
Tribunal de Contas do Estado

REPUBLICA DE SÃO PAULO  
ESTADO DE SÃO PAULO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
Tribunal de Direito Público  
Tribunal de Contas do Estado

20070814472099800000030820210

REQUERIMENTO Nº 0000000-00/2020  
PROPOSTA Nº 0000000-00/2020  
REQUERENTE: SUELIO MOREIRA TORRES  
REQUERIDO: SUELIO MOREIRA TORRES

REQUERIMENTO Nº 0000000-00/2020  
PROPOSTA Nº 0000000-00/2020

REQUERENTE: SUELIO MOREIRA TORRES

REQUERENTE: SUELIO MOREIRA TORRES



COPIA





**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: *Jvanar de Lima* | Registró: | Leito: *14* | Setor Atual: *UTI*

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lrpm; 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/Analgésia):

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 ( ) 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:

**PERCEÇÃO 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 ( ) Cifeio.



Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular:  Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção 13/07/19

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: DATA: 16/07/19 HORA: 10:50 h

Janiere Vidal Ferreira  
 COREN-PB 34525-ENF

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: *Francisca de Lima Moraes* Registro: \_\_\_\_\_ Letto: *03104* Setor Atual: *U.F. 4*

2. AVULSO 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:

**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 ( ) Mioticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: (X) Preservada ( ) Parésia ( ) 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: Murmúro vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

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

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_

Aspiração: Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_

Aspecto da drenagem torácica: \_\_\_\_\_

Data da inserção do dreno: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Gasometria arterial: PH \_\_\_\_\_ PCO2 \_\_\_\_\_ PO2 \_\_\_\_\_ HCO3 \_\_\_\_\_ EB \_\_\_\_\_ SPO2 \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**PERCEÇÃO 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.



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: 31/07/2019 HORA: _____ h Dr. Valusca Lima de Carvalho ENFERMEIRO COREN - PB 358.098	
Tempo de enchimento capilar: ( ) < 3 segundos; ( ) > 3 segundos; ( ) Turgência jugular: ( ) Precordialgia ( )			
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo Catear vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M.S.E. Data da punção 31/07/19			
Edema: ( ) MSSI ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: 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 ( ) Prisão ( ) Outros:			
Abdomen: ( ) 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 ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;			
Aspecto: ( ) Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outros:			
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado			
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )			
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:			
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:			
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo em: _____ Débito: _____ Retirado em: _____			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) 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:			
AVANÇADAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:			
5- NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			





**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Tranquilizante de Souza Registró: \_\_\_\_\_ Leito: 1-4 Setor Atual: 07101

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

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

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_ Drogas (Sedação/Analgésia): \_\_\_\_\_

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

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 cmH20

(  ) 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 \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_ EB \_\_\_\_\_ SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ 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 ( ) Cêneo.



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: MSE Data da punção 12/07/19

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: (  ) 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: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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:

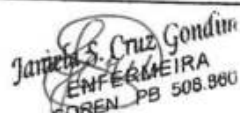
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

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

**INTERCORRÊNCIAS**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 13/07/19 HORA: 7:15 h

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



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: *Truonci de Lima* 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 FISIOLÓGICAS**

**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 ( ) Midriáticas

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 Expectorção: ( ) Quantidade e aspecto:

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

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

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

**PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SÉGUERANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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



Tempo de enchimento capilar: ( )  $\leq 3$  segundos; ( )  $> 3$  segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Auscultação cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) 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:  / /

A 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:

**AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

**NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

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

**INTERCORRÊNCIAS**

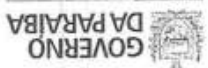
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: *Jamela S. Cruz Gondim*  
ENFERMEIRA  
COREN PB 508.960


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

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





 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>		<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>	
<b>HISTÓRICO DE ENFERMAGEM</b>			
<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>			
Nome:	Suelio de Souza Moreira	Registro:	3-4
Idade:	Sexo: M	Estado Civil:	Profissão:
Procedência:	Cor: Amarela	UTI ( ) CC ( ) Ala:	Sector Atual: 013
Data da internação hospitalar:		Data da internação no setor: 31/07/19	
Tem um cuidador/Responsável: ( ) Quem? Telefone:			
Tem acesso a uma UBS: ( ) Qual:			
<b>2. HISTÓRIA PREGRESSA</b>			
Internações prévias: ( ) Motivos: Alergias: ( ) Qual: Doenças: ( ) HAS ( ) DM ( ) DPOC ( ) Cardiopatia ( ) Obesidade ( ) Tabagista ( ) Ex-tabagista ( ) Neoplasia ( ) Alcoolismo ( ) Drogadigo ( ) Outros:			
<b>3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL</b>			
Queixa principal (motivo da internação hospitalar): <b>fx de umuro pneumonia</b>			
<b>4. AVALIAÇÃO GERAL</b>			
Sinais vitais: Tax: °C; P; bpm; FR; irpm; PA; mmHg; FC; bpm; SPO2: %	HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm	Dor: ( ) Local: Obs.:	
<b>EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:</b>			
<b>5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS</b>			
<b>REGULAÇÃO NEUROLÓGICA</b>			
Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Contuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro Drogas (Sedação/Analgesia): Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mílicas ( ) Mídráticas Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia. Local: Linguagem: Alteração: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.			
<b>OXIGENACÃO</b>			
Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T ( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmHz0 ( ) Eupneia ( ) Taquipneia ( ) Bradipneia ( ) Dispneia ( ) Outros: Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros: Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: ( ) D ( ) E; ( ) Selo d'água Aspiração: Quantidade e aspecto: Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: Gaseometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:			
Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:			
<b>PERCEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS</b>			

<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Agressivo. <input type="checkbox"/> Risco de queda. Observação:	
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>	
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Impalpável <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Cheio.	
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <span style="float: right;">Precordialgia: <input type="checkbox"/></span>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopros <input type="checkbox"/> Outros. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>MSE</u> Data da punção: <u>10/07/19</u>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT Hora: _____ Data: <u>1/1</u>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos; <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações: _____	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Inteira <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <b>Turgor da pele:</b> <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas <b>Manifestações de sede:</b> <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: <u>1/1</u>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: <u>1/1</u>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <u>1/1</u>	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <b>Higiene Corporal:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>deambula</u>	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada. <b>Sentimentos e comportamentos:</b> <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<u>paciente veio da Amarela, consciente, orientada, aguarda cirurgia; segue estável.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <span style="float: right;">DATA: <u>11/07/19</u> HORA: <u>19:30</u></span>	
 Thayse Torres M. de Oliveira ENFERMEIRA COREN-PB 500.322	

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



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA**

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

MOD 125







**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 ATE SEGUNDA ORDEM) <i>(bure após RPA)</i>	<del>14</del> <del>22</del> <del>08</del>
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	<del>14</del> <del>22</del> <del>08</del>
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<del>14</del>
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<del>18</del> <del>18</del> <del>24</del> <del>08</del>
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<del>18</del> <del>08</del>
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<del>18</del> (06)
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SIN
8	FISIOTERAPIA MOTORA	<del>14</del>
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	11

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.

*[Handwritten Signature]*  
 Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
 MR. Ortopedia - Traumatologia  
 CRM-PB 7825



16-07-19 Paciente pós cirurgia, estável.  
sem queixas no momento, feito  
meditação e exercícios CPM.  
segue aos cuidados da  
enfermagem.

PA - 130 x 80

FC - 72

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

PA - 140 x 90

FC - 71





16/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. Data: 16/07/2019  
NOME : Tasso Assuero Menezes Honorato



**GOVERNO  
DA PARAIBA**



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

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 UMEMO PROXIMAL DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMEMO 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

Anestesiista: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 + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

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

4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA SOB ESCOPIA + FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA DE ÚMEMO 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

## 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

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMEMO 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	<del>12</del> <del>18</del> <del>24</del> 06
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<del>12</del> 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	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 Anselmo

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



08:00

PA: 140 x 80

Paciente seque aquar dando  
circunja sem quixa até o  
momento e aos cuidados  
da enfermagem.

  
737442

21:00

PA: 150 x 80

  
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: 1 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	<del>12-18-24-08</del>
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<del>12-24</del>
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



14.07.19 2h PA: 140x80 mmHg.

Pct. Normal, sem queixas até o momento.

MCP.M

↳ Valéria

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

Polisita e/ou consciente orientada  
o exame não referiu queixas. *Suelio*



13/07/2019

HPM-Painel Administrativo



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

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMEMO 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	18x 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 Anselmo

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



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

SAT 94

R. 96

T=36,8º

Débora

13/07/19

22:00

PA= 120/80 R.



12/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/07/2019

Horas: 11:22:03

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 Sexo: M

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

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMEMO 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	<del>12 18 24 06</del>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	<del>12 18 24 06</del>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<del>12 24</del>
	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<del>18 06</del>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	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 Anselmo

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

### EVOLUÇÃO

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

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS  
CD AGUARDA CIRURGIA

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

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues



31-07-19 22h PA: 120080 MMHG.

Pct estável, sem quebras até o momento  
n.c.p.v

↳ Valença



10/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 10/07/2019

Horas: 11:57:58

Médico (a) Diarista : Joao Paulo Oliveira Nunes



GOVERNO DA PARAÍBA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK  
9

## 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

Clinica: AMARELA    Enfermaria: 11    Leito: 2    Diagnóstico: FRATURA DE UMEMO 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	<del>12</del> 20 30 40
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<del>12</del> 18 30 36
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<del>12</del> 30 36
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	36
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. JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES  
MÉDICO EM CLÍNICA DE TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 09551







## 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 UMEMO 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:

Anestesiista: **RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO**

Medicamentos:

Infecção F.O: **NAO**

Coleta de Material: **NAO**

Bacteriologia: **NÃO**

Anatomopatológico: **NÃO**

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**

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

Data **17/07/2019**

Assinatura/Carimbo  
**Ana Maria Da Silva Anselmo**

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







GOVERNO DA PARAÍBA

## 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

Clinica: 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 Anselmo

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







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
 CARTEIRAS NACIONAIS DE HABILITAÇÃO

NOME  
**IVANCIE DE LIMA MABON**

DOC. IDENTIFIC. / ORIG. EMISSÃO DE  
 1344048 SSP PB

CPF 080.882.787-16 DATA NASCIMENTO 26/02/1972

RELAÇÃO  
 JOSE SAMARCO MABON  
 JOSEFA LINDALVA DE LIMA

PRIMEIRO AC CRIANÇA

Nº PASSAPORTE 00545878438 VALOR 10/05/2024 1ª HABILITAÇÃO 03/10/1991

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: *Ivan de Lima Mabon*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 15/05/2019

Assinatura do Emissor: *Suelio Moreira Torres*  
 ASSINATURA DO EMISSOR 13114274476 PB036988151

**PARAIBA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1765637226

PROIBIDO PLASTIFICAR 1765637226



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO AEREO

**PBB**

**JOSE RAMOS DE ARAUJO**

DOC. IDENTIFIC. / OUT. SERVIÇO DE  
 718406 SEP PR

CPF 408.299.544-91 DATA NASCIM. 11/06/1962

PAIS BRASIL  
 NOME DO PAIS SEVERINO DANIEL DE  
 ARAUJO  
 NOME DO PAIS FLACIA RAMOS DE  
 QUEIROZ

SEX M AGE 53 CAT. 73

NUMERO 01410772731 DATA 01/09/2022 VALIDACAO 01/09/1990

*Jose Ramos de Araujo*

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA 08/09/2020

LOCALIDADE GRANDE PR

53161881094  
 79855222967

**PARAIBA**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1497902643

FECHADO PLÁSTICO  
 1497902643



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 014799785342  
PRE-ANVIM 2019000246518-6  
1 0019930151-4 00/00000000 2019  
GEAN DA SILVA VASCONCELOS

03407464401  
NOVO PB 9C2JC4110AR589482  
MOQ5163/PB

PAS/MOTOCICLE/MNO APPLIC GASOLINA  
HONDA/CG 125 FAN KS  
2 P/124 /CI PARTIC PRKPA  
00/00/0000

SEGURO PARA 10/06/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

CAMPINA GRANDE - PB  
33375  
10/06/2019  
33880



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS 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

03407464401  
NOVO PB 9C2JC4110AR589482  
MOQ5163/PB

HONDA/CG 125 FAN KS  
2010 2010  
PRKPA

PREMIO TARIFARIO  
CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

SEGURO P A G O  
10/06/2019

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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





# 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: Recurso 8 - Endereço: R. Antonio Carvalho de Souza 9 - Número: 750 10 - Complemento: APT.  
11 - Bairro: Rocha Central 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58477-000  
15 - E-mail: jmaranypbb@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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0493 CONTA: 1022867

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 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 autônomo, 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 (viva 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 beneficiária 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: \_\_\_\_\_

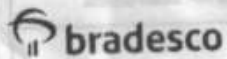
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande 03/09/2020

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







# 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: Recurso 8 - Endereço: R. Antonio carvalho de Souza 9 - Número: 750 10 - Complemento: APT.  
11 - Bairro: Rocha central 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58477-000  
15 - E-mail: jmaranypbb@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:  RECURSO INFORMAR  SEM RENDA  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)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0493 CONTA: 1022867 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### 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

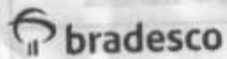
23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ainda ao ser)?  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 - Imprescindível para a emissão do documento 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 03/07/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_  
42 - Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_





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: IVANEIR 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





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

Nome: Ivancir de Lima Mahon  
Nacionalidade brasileira Est. Civil \_\_\_\_\_  
Identidade 1.344.048 CPF 08088248776  
Endereço: Antônio Cavallus de Souza N° 150  
Bairro Focha Central Cidade Campina Grande Est. Parríba  
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

### Podere:

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



Suelio Moreira Torres  
Assinatura do beneficiário/vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)

**6º** Serviço Notarial - OFÍCIO  
Rua Marquês do Herval, 16 - Loja 6 - Galeria  
Edif. Lucas - Campina Grande - PB  
CEP: 58400-087 - Fone: (83) 3341-2858

Maria Celso, Tabe  
Vilma Maria Lemos, Tabela Substituta

SEMPRE NO OFÍCIO NOTARIAL  
Rua Marquês do Herval, 16 - Loja 6 - Galeria  
Edif. Lucas - Campina Grande - PB

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: AJM06302-U10S  
Confira em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29  
Fepj R\$ 1,02 MP R\$0,15

Nelia Mello Lucas, Tabela Substituta  
Tabela Substituta: Jelia Suassurra  
Cartório do 6º Ofício, 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](http://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

JOSE RAMOS DE ARAUJO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

BRADESCO3101202005000000000023700493000001022867168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>

Número do documento: 20070814472099800000030820210



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

---

**Rio de Janeiro, 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,

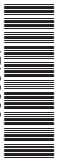
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15260326

Pag. 00253/00254 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030127





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

---

**Rio de Janeiro, 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

Pag. 00481/00482 - carta\_25 - INVALIDEZ





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

---

**Rio de Janeiro, 16 de 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

Pag. 00777/00778 - carta\_25 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 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](http://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 ASI: \_\_\_\_\_ 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: Acusado 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: Josmarapb@outlook.com 16 - Tel. (DDD): (33) 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:

RECLUSO INFORMAR  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)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0737 013 CONTA: 00087940 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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 (vel nascido)?  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 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 Polícia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia 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

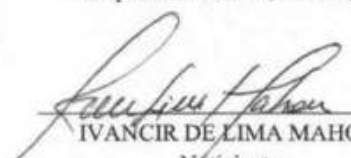
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que a vítima 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 vítima como na ocasião se encontrava com muita chuva não percebeu o animal e veio a colidir com o mesmo e com este impacto a vítima foi lançada ao solo sendo socorrida posteriormente por populares para o hospital de trauma de campina grane PB; Que neste citado hospital a vítima 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  
Nótiante

Procedimento Policial: 09511.01.2019.2.00.401





# 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 ASI: \_\_\_\_\_ 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: Acusado 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: Josmarapb@outlook.com 16 - Tel.(DDD): (33)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:  
 RECLUSO INFORMAR  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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0737 013 CONTA: 00087940 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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 (vel nascido)?  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, \_\_\_\_\_

Juancir Mahon  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Romão de Araújo  
Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



17/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4706 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58431-809  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 17/07/2019

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo

 **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 UMEMO 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: **NÃO**

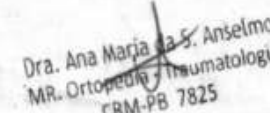
Anatomopatológico: **NÃO**

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**

<http://projetohtcg/impreresumoalta.php?contar=1940564>

1/2