



16/07/2020

Número: **0800813-07.2020.8.15.0161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **17/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DENNIS GONCALVES BARROS (AUTOR)		LUCELIA DIAS MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32391 277	16/07/2020 11:52	2735048_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200088390 **Cidade:** Damião **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DISTAL ESQUERDO. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P5
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @3

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200088390 **Cidade:** Damião **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DISTAL E PATELA ESQUERDA

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ, PRESENÇA DE DEFORMIDADE, SEM EDEMA. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO NA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO (DEFICIT DE 50 GRAUS) E DORSOFLEXÃO DE TORNOZELO ESQUERDO (DEFICIT DE 10 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 14/05/2017; SENDO SOCORRIDO PELA AMBULANCIA LOCAL PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO FÊMUR DISTAL E PATELA ESQUERDA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 26/05/2017, COM OUTRA ENTRADA HOSPITALAR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2020

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do membro inferior E devido a repercussão funcional (limitação da mobilidade do joelho e da dorsoflexão do tornozelo esquerdo).
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder - DPVAT

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA DENNIS GONÇALVES BARROS

DATA DO ACIDENTE 19/06/14 POSSUI CPF ☒ SIM () NÃO Nº CPF 155.329.264

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatseguredotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data de alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome do terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

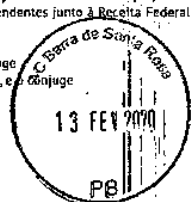
- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome do terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome do terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA DE MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - () Outros Documentos apresentados:



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

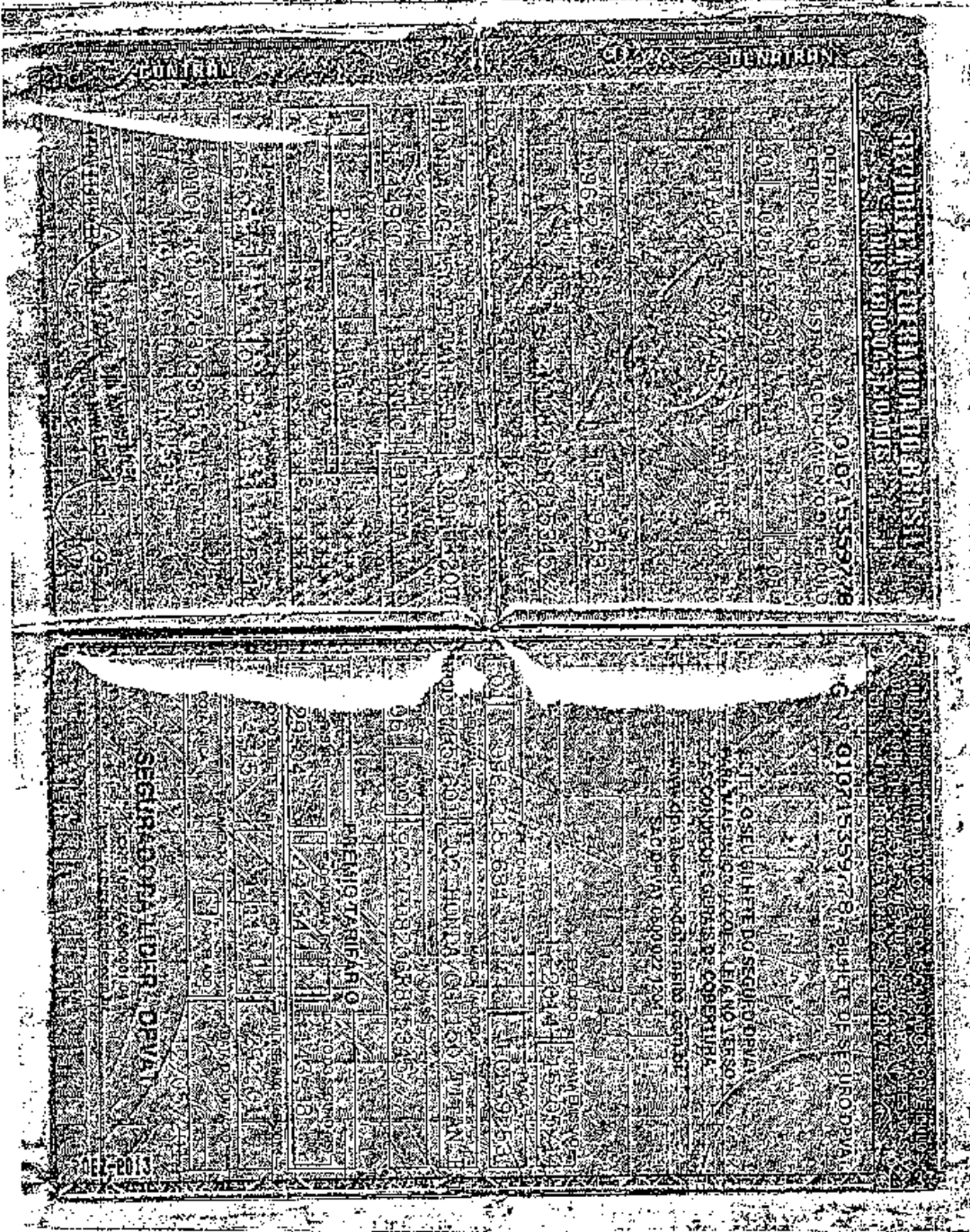
Portador da documentação (Nome) DENNIS GONÇALVES BARROS
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☒ Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 155.329.264
 E-mail _____ Telefone () _____
 Data 25.01.2020 Assinatura [assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) ACBP S/A
 Atendente _____
 Data 10/02/2020 Assinatura [assinatura] 8469181
 Alameda Comerciária
 Mat. 0.476.918-1-0
 CM. ACBP Carre de Sta. Rosa/PB



OUT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200088390**

Nome do(a) Examinado(a): **DENNIS GONCALVES BARROS**

Endereço do(a) Examinado(a):

ASSENTAMENTO SANTA VERONICA, SN - RURAL - Damião - PB - CEP 58173-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **003.961.889**

Data e local do acidente: [**14/05/2017**] **DAMIÃO**

Data e local do exame: [**12/03/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO FÊMUR DISTAL E PATELA ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PRESENÇA DE CICATRIZ, PRESENÇA DE DEFORMIDADE, SEM EDEMA

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 14/05/2017; SENDO SOCORRIDO PELA AMBULANCIA LOCAL PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO FÊMUR DISTAL E PATELA ESQUERDA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 26/05/2017. COM OUTRA ENTRADA HOSPITALAR. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO NA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO (DEFICIT DE 50 GRAUS) E DORSOFLEXÃO DE TORNOZELO ESQUERDO (DEFICIT DE 10 GRAUS).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO NA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO (DEFICIT DE 50 GRAUS) E DORSOFLEXÃO DE TORNOZELO ESQUERDO (DEFICIT DE 10 GRAUS).

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



Documentação médica - hospitalar



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE DAMIÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UBS FLORENTINA HONORATO DA COSTA
CNES 2364425
Rua Manoel Inácio da Silva, s/n, Centro,
CEP: 58173-000

DECLARAÇÃO

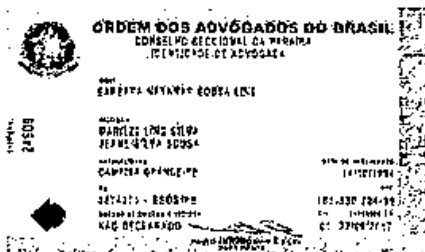
Declaro para os devidos fins de prova que o(a) senhor(a)
Dennis Gonçalves Barros, Cartão SUS:
898.0039.8993.2979. No dia 14 / 05 / 17 por volta
das 19 : 10 Horas Foi solicitado para um atendimento da vítima
de acidente automobilístico, chegando ao local da cena tendo em
vista que se tratavam de um grave acidente retiramos o mesmo
para o hospital de trauma de Campina Grande -PB.

Damião-PB, 30 / 05 / 2018.

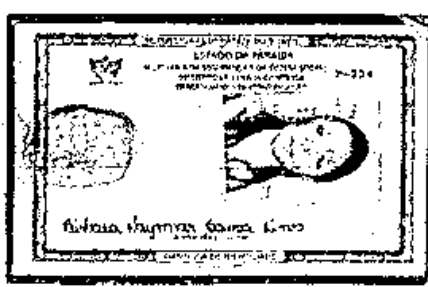
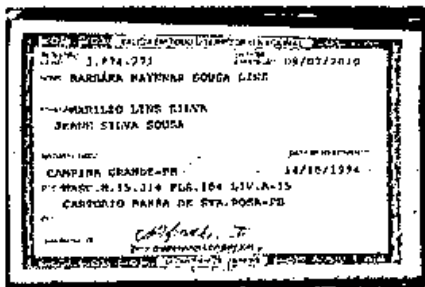
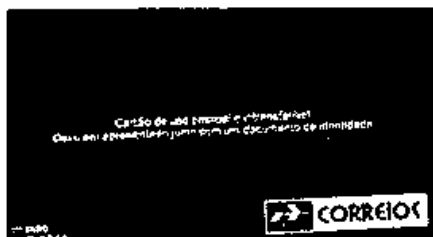
Maria Anunciada Silva Sousa
Plantonista

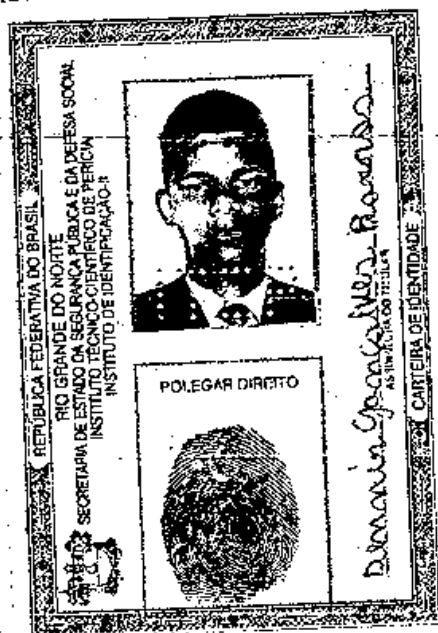
Maria Anunciada Silva Sousa
Téc. em Enfermagem
COREN-PB 827.394





Documentos de identificação





Documentos de identificacao



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO OFICIAL	003.961.889
DATA DE EMISSÃO	17/05/2018
NOME:	DENNIS GONCALVES BARROS
RELACÃO	JOSE GONCALVES RAMOS IVONE DA SILVA BARROS
NATURALIDADE:	RIO DE JANEIRO RJ
DATA DE NASCIMENTO	07/05/2001
OUTRO OUTORGAR	CERT. DE NASCIMENTO L-145 F-180 RS-61080 RIO DE JANEIRO RJ-13 CARTÓRIO
CPF	155.329.264-25
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR SUELIO MOREIRA TORRES	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/85	



Declaração do proprietário do veículo



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 92 35

Eu, THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE
RG nº 20.924.497, data de expedição 18 / 07 / 2014
Órgão SSP/MG, portador do CPF nº 096.215.684 - 12
com domicílio na cidade de DAMIÃO, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SÍTIO SANTA VERÔNICA, nº SN
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
DENNIS GONÇALVES BARROS, cujo o condutor era
THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE
Veículo: PAS/MOTOCICLETAModelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Ano: 2006
Placa: HCE-9253 Chassi: 9C2KC0820GR815345
Data do Acidente: 14 / 05 / 2014

Local e Data: _____

THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE

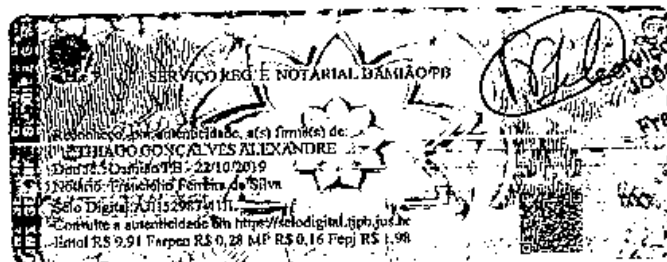
Assinatura do Declarante

THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE

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

RECONHECIDO

Serviço Registrado e Notário
André dos Santos
DAMIÃO - PB
Franciêto Ferreira da Silva
ESCRIVÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2020 11:52:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071611525503200000031032011>

Número do documento: 20071611525503200000031032011

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é responsável de crédito

Para garantir a segurança do documento, utilize o código de segurança: 0037.870.400

Moreira

Energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 230, Km 25 - Cristó Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.995.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.899-9

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
JEANE SILVA SOUZA RUA JOSE SADY LEAL S/N BARRA DE SANTA ROSA		5/1025277-3		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	23/01/2020	201	30/01/2020	R\$ 203,89

Assine: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 11346.183178 6 81500000020389				
Pagador: JEANE SILVA SOUZA CNPJ/CPF: 691.038.294-04				
RUA JOSE SADY LEAL S/N - CENTRO - BARRA DE SANTA ROSA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120011346183	000000000202001	30/01/2020	R\$ 203,89	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Comprovante de residência





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Barbara Nayman Sousa Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 100.330.734 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dimis Genivalves Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 155.329.264 / 25 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Dimis Genivalves Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 155.329.264 / 25 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

() Declaro Profissão: _____ 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.

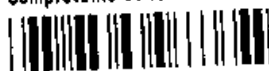
Endereço		Número	Complemento
Rua Jax Sady Leal		51N	000
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centros	Barra de Santa Rosa	PB	58170-000
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
limb-barbara@hotmail.com	(83) 9 9327-1103		

Barra de Santa Rosa 23 de Janeiro de 2020
Local e Data

Barbara Nayman Sousa Lima
Assinatura do Declarante



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DENNIS GONCALVES BARROS

RG nº 003.961.889, data de expedição 17/05/18, Órgão SSD/RN,

CPF nº 155.329.264-25, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ASSENTAMENTO SANTA VERONICA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>SITIO</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>DAMIÃO -</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58173-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99327 1103</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: DAMIÃO - PB, 24.01.2020

Assinatura do Declarante: x Dennis Gonçalves Barros



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE BARRA DE SANTA ROSA - PB
Rua 08 de maio, S/N. centro, Fone 3376-1257 - CEP 58170.000.

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
Nº 01/2020

DATA, HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA: 14/05/2017, ÀS 18H:00MIN, NA RODOVIA ESTADUAL PB-133, NAS IMEDIAÇÕES DA CIDADE DE DAMIÃO-PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATOS: 06/01/2019, ÀS 16H:00MIN.

COMUNICANTE/ VÍTIMA: DENIS GONÇALVES BARROS, brasileira, solteiro, nascido em 07/05/2001, filho de José Gonçalves Ramos e de Ivone da Silva Barros, residente no Assentamento Santa Verônica, s/nº, Damião-PB, RG Nº 003.961.889 e CPF Nº 155.329.264-25.

TESTEMUNHA (S):

1ª - HANDERSON ALVES, residente no Assentamento Santa Verônica, zona rural de Damião-PB, RG Nº 003.981.790 e CPF Nº 131.055.984-80.

2ª - DORGIVAL DE LIMA OLIVEIRA, residente na rua José Paulino, s/nº, Centro de Damião-PB, RG Nº 3.492.430 e CPF Nº 090.720.774-07.

NARRATIVA: QUE no dia 14 (quatorze) de Maio do ano de 2017, por volta das 18h:00min, encontrava-se na garupa da Motocicleta HONDA CG 150 TITAN, PLACA HCE-9253-MG, COR PRETA, MODELO 2006, de propriedade de THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE, pilotada por seu primo THIAGO GONÇALVES ALEXANDRE, na rodovia Estadual PB-133, nas proximidades da cidade de Damião-PB, quando derrapou em uma curva e caiu ao solo; QUE com o impacto, caiu ao solo, desmaiou no local e foi socorrido por uma ambulância da cidade de Damião, para o Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande, onde ficou internado por 12 (doze) dias; QUE em decorrência do acidente fraturou o fêmur e o joelho da perna esquerda, tendo sido submetido a 03 (três) cirurgias; QUE procurou a Delegacia de Polícia desta cidade para Registrar o ocorrido.

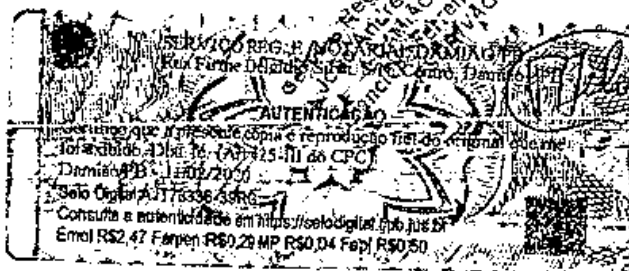
PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

AUTORIDADE:

DECIO DE SOUZA LIMA FILHO
DELEGADO DE POLICIA

VÍTIMA: Denis Gonçalves Barros

ESCRIVÃO:



Autorização de pagamento



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: 155.329.264-25 4 - Nome completo da vítima: DENNIS GONÇALVES BARROS

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

5 - Nome completo: DENNIS GONÇALVES BARROS 6 - CPF: 155.329.264-25
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: ASSENTAMENTO SANTA VERONICA 9 - Número: SN 10 - Complemento: SÍTIO
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: DAMIÃO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58173-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 000.000.060.669 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Dedaro, 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (ver nome)? ☐ 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

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: Bruno David Dutra Nunes CPF: 091.590.184-61

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Suelio Moreira Torres CPF: 073.826.879-73

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

102/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2020 11:52:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071611525503200000031032011

Número do documento: 20071611525503200000031032011

Num. 32391277 - Pág. 15



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

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088390

Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS

Data do Acidente: 14/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DENNIS GONCALVES BARROS

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DENNIS GONCALVES BARROS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001668**

Conta: **0000060669-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088390

Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS

Data do Acidente: 14/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DENNIS GONCALVES BARROS

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 15566123

Pag. 00719/00720 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088390

Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS

Data do Acidente: 14/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DENNIS GONCALVES BARROS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00013/00014 - carta_02 - INVALIDEZ

00060007



Carta nº 15579340



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENNIS GONCALVES BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000060669-0

Nr. da Autenticação 3303B7D9FE0FEEE0





MEIRA
— ADVOCACIA —

Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DENNIS GONÇALVES BARROS, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade nº 003.961.889 SSP/RN, e do CPF: 155.329.264-25, residente e domiciliado no Assentamento Santa Verônica, s/n, zona rural, Damião, Paraíba.

OUTORGADA: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS, brasileira, solteira, advogada OAB nº 24.609 com endereço profissional à Rua Nossa Senhora da Conceição, nº 27, Centro, Barra der Santa Rosa/PB, onde recebe intimações.

Por este Instrumento Particular de Mandato, o(a) **Outorgante(a)** concede o(à) **Outorgado(a)**, os poderes abaixo discriminados:

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima.

Barra de Santa Rosa/PB, 10 de Maio de 2019.

Dennis Gonçalves Barros

OUTORGANTE



RECONHECIDO
Pelo Tabelião Notarial
Suelio Ferreira da Silva
DAMIÃO - PB
ESCRIVÃO



Unidade I
Av. Joaquim Cavalcante de Morais, nº 49
1º andar, Centro, Recife - PB
41 3364.1020

Unidade II
Rua Nossa Senhora do Conceição, nº 27
Centro, Barra de Santa Rosa - PB
41 99382.4009

meiradvocacia@gmail.com



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071054/20

Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS

CPF: 155.329.264-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: DENNIS GONCALVES
BARROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS : 105.330.734-99

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

DENNIS GONCALVES BARROS : 155.329.264-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020
Nome: DENNIS GONCALVES BARROS
CPF: 155.329.264-25

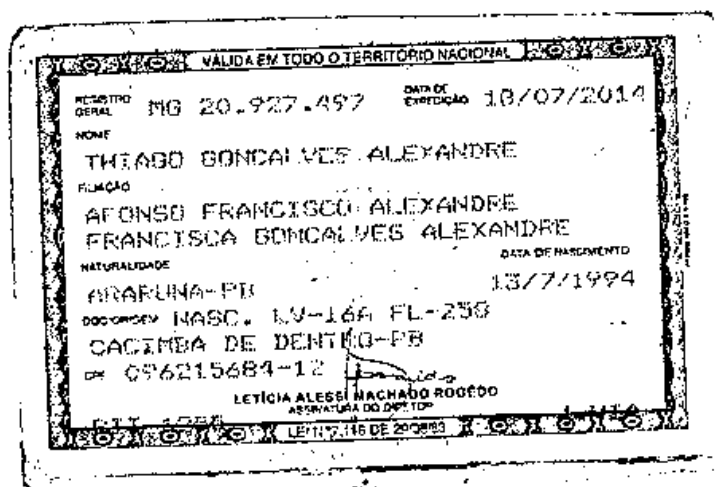
DENNIS GONCALVES BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO





a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

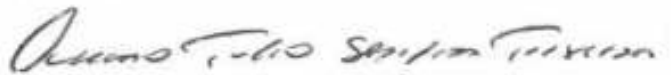
TORNOZELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que DENNIS GONÇALVES
DARROS

foi atendido (às) hoje, às 13:30 (NOVATA)
horas, necessitando de 90 (NOVATA)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID M86

Campina Grande, 08/08/2017

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT 12005
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SIRE
AV. DOM PEDRO II, Nº 435
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 804

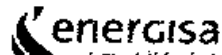


BOLETO PARA PAGAMENTO

Este documento possui validade legal

Documento não é recebido em caixa de correio

Valor: R\$ 69,91 (sessenta e nove reais e noventa e um centavos) - Nº 024.104.509



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 270, Km 15 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 15.016.823-0

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
FRANCISCA GONCALVES ALEXANDRE ASSENT SANTA VERONICA S/N DAMIÃO	5/1169554-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2019	29/04/2019	118	07/05/2019	R\$ 69,91

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 06/05/2019				
Pagador: FRANCISCA GONCALVES ALEXANDRE CNPJ/CPF: 028.310.874-65				
ASSENT SANTA VERONICA S/N - AREA RURAL - DAMIÃO / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120001040891	001169554201804	07/05/2019	R\$ 69,91	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S.N. - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071054/20

Vítima: DENNIS GONCALVES BARROS

CPF: 155.329.264-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: DENNIS GONCALVES
BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS : 105.330.734-99

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

DENNIS GONCALVES BARROS : 155.329.264-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020
Nome: DENNIS GONCALVES BARROS
CPF: 155.329.264-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

DENNIS GONCALVES BARROS

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
Hospital Regional Felipe Tiago Gomes – Picuí

LAUDO MÉDICO

Denis Gonçalves de Barros, DN:07/05/2001, CPF:155.329.264-25 submeteu-se a uma avaliação, pelo DR. Fabio Gondim Nepomuceno, tendo como diagnóstico(s): monoparesia dos membros inferiores esquerdo (MIE) por sequela de fratura de fêmur grave e encurtamentos com anquilose do joelho.

CID : S 72.4 , CID: M 24.8

Picuí, 08 de maio de 2019.

ME: FÁBIO
GONDIM NEPOMUCENO
CRM: CRM UF:PB Nº: 5429
DR. CHATEAUBRIAND,
DR. JOSÉ - 3341-2560
SAO JOSE - 3341-2560
PINA GRANDE UF: PB

DR. Fabio Gondim Nepomuceno

CRM-5429





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Dennis Gonçalves Barros			
Data da Operação	24/04/17	Enf.	Leito
Operador	M. F. Lima	1º Auxiliar	M. Wagner
2º Auxiliar	M. H. L. S. S. S.	3º Auxiliar	
Anestesia		Instrumentador	
Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório			
fx de fêmur distal (K) +			
fx total (K)			
Tipo de Operação			
ortopedica			
Diagnóstico Pós-Operatório			
10 dias			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Sim			
Acidente Durante a Operação			
Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDA sob anestesia
2) Associação + Antissepsia + Antifibrin
3) de campo de cirurgia
4) Redução imediata de fratura de fêmur
5) fixação com 02 fios de (K) 3,5 cruzados
6) com fixação com MIF
7) Curativo
8) Talc. igne. eudática
9) 239. Evolução de não devida com
fx de patela, sendo o 2º de 2º de
Tratamento com cura de 10 dias

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Dermite Generalizada Baxxos	Alojamento	04	Leito	04	Convênio	
----------	-----------------------------	------------	----	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica			Horário		Evolução Médica
19/05/17						19/05/17 07:40
						# Exame Geral:
						Admissiones visuais de acidente de trânsito, por colisão moto-moto e fratura do fêmur distal E, não apresentando mais dor ou de desconforto abdominal. Diurese por SVD e evacuações abundantes sem alterações.
						No exame do sistema: pérmio, tegumento cutâneo intacto, edema e palpares levemente aumentados, sem sinais de ruptura da pele, sem ferimentos, nem escoriações (HAED).
						Exames realizados dia 18/05/17:
						Radiografia de tórax: sem alterações, ausência de derrame pleural.
						USG abdominal total: sem alterações.
						KPS = 7,2
						SAT = 91%
						Conduta: No momento sem necessidade de cirurgia geral. Atto do cirurgião geral.
						Dr. Admão L. P. S. CRM-MG 16.13 CNPJ 08.352.411-01

2007 07



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

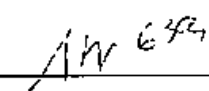
Paciente	Damião Gonçalves Barros		Alojamento		Leito		Convênio	
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica			
18/05/17					18/05/17 07:15			
					Análise da Exatidão Geral:			
					Admissional, vítima de acidente de trânsito, com lesão moto-moto e fratura de fêmur direito E, não sabe mais dos abdominais. Paciente vítima de episódio de dor abdominal difusa, não irradiada, de maior intensidade, associada a náuseas, no início anterior. Relata que não apresenta dor a insuflação (dia 18/05/17) e apresenta dor com SVD. No momento, não apresenta dor em região abdominal. do exame: EGA, supina, distendida (AT 4+), auscultação, auscultação, apêndice não fev: não em AT, BKT com apêndice. AP: MVG em ATE, sem RA. Sistema: plano, quieto, dispensável, PHAC. Indice: pupila reativa e pupila. Sem sinuotomografia. Sem sinais de infecção pulmonar. Exame: Sinais H3 e H3, raio-X de tórax e USG abdominal. Dr. Antônio Carlos... Wladimir... CRP 6.5			

END. 015



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10


Assinatura do anestesista



HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: Dennis Gonçalves Baines			IDADE: 16c	SEXO: M	COR: P																
DATA: 24.03.11	PRESSÃO ARTERIAL: 120x80	PULSO: 80/min	RESPIRAÇÃO: Espontânea	TEMPERATURA: 36,1	PESO: 56kg	ALTURA: 1,60																	
TIPO SANGÜÍNEO: B+	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA: 15,1g/dl	HEMATÓCRITO: 31,2%	GLICÊMIA:	URÉIA:	OUTROS:																	
URINA: de 18.03.11																							
AP. RESPIRATÓRIO: MEF				ASMA: Não		BRONQUITE: Não																	
AP. CIRCULATÓRIO: RCR 2T, MEF				ELETROCARDIOGRAMA: R Sinusoidal																			
AP. DIGESTIVO: Jejum > 8h		DENTES: Protetor	PESCOÇO: -	AP. URINÁRIO: -																			
ESTADO MENTAL: Orientado, vivo, de consciência plena		ANÁLISIS: -	CORTICOIDES: -	ALERGIA: -	HIPOTENSORES: -																		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura fechada e deslocada do fêmur E				ESTADO FÍSICO: ASA I		RISCO: -																	
ANESTESIAS ANTERIORES: -																							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: Paracetamol 500mg				APLICADA: AS	EFEITO: -																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								AGENTES ANESTÉSICOS	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO								
AGENTES ANESTÉSICOS	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>LIQUIDOS</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				LIQUIDOS	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO									INDUÇÃO Satisf.: _____ Excl.: _____ Toss.: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
LIQUIDOS	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGOS</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> <th>POSICIONAMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				CÓDIGOS	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO									MANUTENÇÃO Celofane 2g Diprivan 2g Succinila 10mg Propofol 10g			
CÓDIGOS	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO	POSICIONAMENTO																
VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____																			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excl.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____																			
POSIÇÃO: 90°				Com cânula: _____ Pare e Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____																			
AGENTES: Urethane 95', succinila 175mg + Diprivan 2g				CÂNULAS: _____																			
TÉCNICA: A. no ponto de entrada				OPERAÇÃO: Tto. cir. fratura fêmur E																			
CIRURGIÕES: Dr. Baines + Halman + W. J.				ANESTESISTAS: A. e B.																			
OBSERVAÇÕES:				ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.																			
PERDA SANGÜÍNEA:				PERDA SANGÜÍNEA:																			



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Dennis Gonçalves Barros		DN 07/05/2001	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE
		SUS	16
CIRURGIA Tto cirurgias de pectus		CIRURGIÃO Dr: Bruno Brilhante + Dr: Wagner	
ANESTESIA		ANESTESIA Dr: Andre	
INSTRUMENTADORA Andre		DATA 24/05/17	INÍCIO 07:50
		FIM 09:00	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Boia Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	04		Catgut cromado Serlix	
01	Diazepam amp. Diazepam			Catgut Simples	
01	Diazepam amp. Diazepam			Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml			Catgut Simples Serlix	
	Fonogam amp.			Catgut Simples Serlix	
01	Fentanil ml			Cera pl/osso	
01	Fentanil Narcotina			Ethibond	
	Ketalar ml			Ethibond	
	Mercalina % ml			Ethibond	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Serlix	
	Protigmine amp.	0.5		Fio de Algodão Sutupak	
	Protorido 1/m			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	0.5		Fila card/laca	
	Rapifen amp.			Mononylon	
	Thiopental ml			Mononylon 0	
	Tracrium amp.			Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02			
	Água Destilada amp.			Prolene Serlix	
01	Decadron amp.			Prolene Serlix	
02	Dipirona amp.			Prolene Serlix	
01	Flavonol Nouradron	02		Vicryl Serlix	
	Fluocortid amp.	02		Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.	02			
	Glucose amp.				
	Glucose de Cálcio amp.				
	Haemacel ml	0.5			
	Heparema ml				
	Kanaktion amp.	04			
	Lasix amp.	04			
	Medrotilnazol.	02			
	Plasil amp.	01			
	Prolamina	01			
	Revivan amp.				
	Stuplanon amp.				
	Cefalotina 1g				
02	Cefazolina				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
	Agulha desc. 25 x 7				
	Agulha desc. 28 x 28	02			
02	Agulha desc. 3x4x 40x 12	02			
01	Agulha pl/raque nº 25				
0.5	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
03	Ataduras de Crepon				
03	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	Qtd.	SOROS
	03	SG Normotermico fr 500 ml
		SG Gelado fr 500 ml
		SG Hipertermico fr 500 ml
		SG Ringr fr 500 ml
		SG fr 500 ml
01	01	5F 0.9% 500 ml

Qtd.	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	02	100 de Kintama 3.5

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

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: **Revan Tereza Aguiar**
COREN-PB 556.918/15
Téc. em Enfermagem
MOD 006



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Dennis Gonçalves Barros</u>	Idade: <u>16</u>
Convênio: <u>União 0432942</u>	Data: <u>24/05/17</u>
Procedimento: <u>Tto cirurgico da profusa da ferida dental</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Bruno Brilhante</u>	Auxiliar: <u>Dr. Hoffmann</u>
	Anestesista: <u>Dr. Andre</u>
Início: <u>07:50</u>	Término: <u>09:00</u>
	Anestesia: <u>Rapida + motoras</u>

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
09:30	97x51	72	100%	Kevin	-	(+)
09:40	93x60	73	100%	Kevin	(+)	(+)

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



[illegible]

CONFIDENTIAL





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): DENNIS GONÇALVES BARROS Protocolo: 0000333615 RG: 40404-1
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 20-05-2017 10:00 Origem: CLINICA ORTOPEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 16 anos Destino: CNP 04 - L. 01

HEMOGLOBINA 10.4

Resultados anteriores: 18/05/17: 7.2

(DATA DA COLETA: 20/05/2017 10:24)

Material: Sangue

Método: Cianmetahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.6 - 16.0 g/dl

Masculino: 13.5 - 18.0 g/dl

HEMATOCRITO, DETERMINAÇÃO DE 31.2 %

Resultados anteriores: 18/05/17: 21.0

(DATA DA COLETA: 20/05/2017 10:27)

Material: Sangue

Método: Microscópio

Valores de Referência:

37 - 47 % (Mín: 20%)



Carlos Felipe Centro de Diagnóstico e Saúde
Biomédica
CRM 5400

Emissão : 20/05/2017 11:46 - Página 1 de 1



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	DENNIS GONÇALVES BARROS
DATA DO EXAME:	18/05/2017

Ultrassonografia de Abdome Total

O fígado tem dimensões, contornos e ecotextura normais.

Não há evidência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

A vesícula tem volume normal, paredes delgadas e não apresenta cálculos no interior.

O pâncreas tem ecotextura homogênea.

Os rins têm dimensões e contornos normais. Ausência de processos expansivos, de cálculos ou de hidronefrose.

O baço tem dimensões e ecotextura normais.

A bexiga tem volume normal, paredes delgadas, sem cálculos ou processos expansivos no interior.

Impressão: Ultrassonografia abdominal normal.

Dra. Danielle W. Rodrigues
CRM 5933





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): DENNIS GONÇALVES BARROS Protocolo: 0000337402 RG: 00004-1
Dr(a): DR ANTONIO GONDIM NETO Data: 18-05-2017 12:58 Origem: CLINICA ORTOPEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 16 anos Destino: ENF 05 - L 01

HEMOGLOBINA 7.2

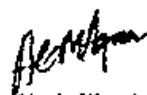
[DATA DA COLETA: 18/05/2017 13:28]
Material: Sangue
Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:
VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g/dl
Masculino: 13.5 - 18.0 g/dl

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 21.0 %

[DATA DA COLETA: 18/05/2017 13:29]
Material: Sangue
Método: Rintex

Valores de Referência:
37 - 47 % (Mínimo-Máximo)


Ann Carolina Miguel Aguiar
Biomédica
CRBM 6411

Emissão : 19/05/2017 15:07 - Página 1 de 1



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	DENNIS GONÇALVES BARROS	Protocolo:	0080336847	RG:	pediatria P-4
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	15-05-2017 08:59	Origem:	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	16 anos	Destino:	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA

GLICOSE (JEJUM)..... 186 mg/dl

[DATA DA COLETA: 15/05/2017 08:25]

Material: Plasma

Método: Automatizado CM 200 HIERER

Valores de Referência:

Pré-termo... 20 a 60 mg/dL - Crianças... 60 a 100 mg/dL

Termo... 10 a 60 mg/dL - Adultos... 60 a 125 mg/dL

1 a 5 dias... 40 a 70 mg/dL - 60 anos e mais: 60 a 115 mg/dL

NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum... 110 a 125 mg/dL

Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dL.

NOTA: Estes critérios seguem a nova classificação para Diabetes

Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Boston 1997, e

se alterações devem ser confirmadas com uma nova coleta.

CREATININA

[DATA DA COLETA: 15/05/2017 09:25]

Resultado..... 0,7 mg/dl

Recomenda: 0,2 a 1,0 mg/dl

Crianças... 0,3 a 1,0 mg/dl

Adultos... 0,4 a 1,3 mg/dl

EXAMES RELACIONADOS: Uréia, Depuração

da Creatinina

e Dosagem de

urina.

NOTA: O uso de medicamentos contendo

dipirona e

vitamina C podem alterar o

resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 HIERER

Martins

Lilie Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Entrega : 15/05/2017 10:51 - Página 1 de 3



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): DENNIS GONÇALVES BARROS Protocolo: 0000336847 RG: pediatria R-4
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 15-05-2017 08:59 Origem: OBSERVAÇÃO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 16 anos Destino: OBSERVAÇÃO
PEDIATRICA

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 15/05/2017 09:24)

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos.....	4.3 milhões/mm ³	4.2 a 5.5 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,5 g/dL	13,5 a 16,6 g/dL
Hematócrito.....	37 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	86 fL	82,0 a 97,5 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 a 36,6 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos.....	15.600 /mm ³ (%)	4.500 a 12.500 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	6,0	936
Segmentados.....	74,0	11.544
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	18,0	2.808
Típicos.....	0	0
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	312
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	334.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Lili Marcelle L. M. Martins
CRF-PB 1463

Então: 15/05/2017 10:54 - Página 2 de 3



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	DENNIS GONÇALVES BARROS	Protocolo:	0000336847	RG:	pediatria R4
Dr(a):	YVRY DE PAIVA CAMARA	Data:	15-05-2017 08:59	Origem:	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	16 anos	Destino:	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

Resultados anteriores: 28/10/14: 1'30''

[DATA DA COLETA: 15/05/2017 09:25]

Materiais: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO 8'00'' min

Resultados anteriores: 28/10/14: 7'30''

[DATA DA COLETA: 15/05/2017 09:25]

Materiais: sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Lile Marianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Emissão : 15/05/2017 10:51 - Página 3 de 3



PNCC
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE JUSTICIA
SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Demius Gençalves Registro: Leito: 4-1 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

bs:

OXIGENAÇÃO

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

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

(X) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dennis Gonçalves Registro: _____ Leito: 4-1 Setor Atual: 074

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

ps:

OXIGENAÇÃO

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

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

(✓) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Preordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: ___/___/___
Edema: () MMSS (x) MMII () Face () Anasarca. Observações: <i>Joelho e IF - fêmur fratura no MEE</i>	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gatronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: ___/___/___	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD. Débito: ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (x) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ___/___/___
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição:	Curativo: ___/___/___
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (x) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>Passado em EGR, com MEE tratado edema na região do joelho, quimica de dor.</i>	
<i>Perda segue as atividades de enfermagem</i>	
Profa. M. S. Nascimento Galvão Enfermeira COREN/PA 506357	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 22/09/20 HORA: 15h27	

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



Rosilda
Rosilda Ferreira de S. Silva
 Téc. de Enfermagem
 RG: 1777.573
 CPF: 788.903.344-53
 COREN: 718440

07:33 h



Diagnóstico

If former Dist. (E)

Pres. 50 kg.

note Dennis longifolius Barnes, 16.

Alojamento	9-4
------------	-----

Lelto

Convênio

Data	Prescrição Médica	Morário	Evolução Médica
10/05	1) Medica Limpe 2) SF 0.7 / 1.500 e SEV. p/ 24 h. 3) Difenooperol 9 x 100 EV 24 h. 4) Paracetol 100 mg / 100 x 5. 9 x 1 EV 24 h. 5) Nausea 1 (1 x 100 EV 24 h) 6) Unipromol 10 mg 4x dia EV 24 h. 7) Vitorin 25 mg 1x dia 8) Tarcas transtabiliz al 5 Kg 3 bolinas 9) Clorazepato 5 x 1 x dia 10) Sinaclon 2	ATV 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	Admissao Revisão e rubrica de exames exame físico e exames em M.E apresentando dor e depressão no coração Re al Ex da tumor distal RA: Interferência p/ tratamento Quimioterapicos Solicito exames p/ op.

Johnson (Wikipedia) 3:40 AM

200. 42



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALTA ORTOPÉDICA

FX FEM DISTAL E

LEITO 4-1

DENNIS GONÇALVES BARROS, 16

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
08/10	1	DIETA LIVRE	Prescrição Médica
09/10	2	SRL 1500 ML EV 24H	Horário
10/10	3	DIPIRONA 250 MG EV 6/8H	30 DIH DPO Evolução Médica
11/10	4	HAUSEDRON 800 MG 4 AD EV 6/8H S/N	Dr. Cesar Castro
12/10	5	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 6/8H S/N	Dr. Cesar Castro
13/10	6	OMEPRAZOL 40MG EV JEJUNA	Dr. Cesar Castro
14/10	7	XARAPITO 20MG 1 CP VO 3 X DIA	Dr. Cesar Castro
15/10	8	PAGIPH	Dr. Cesar Castro
16/10	9	CAPTOMIL 25MG 1 CP VO 6/8H	Dr. Cesar Castro
17/10	10	SSN - 2000	Dr. Cesar Castro
18/10	11	LUTAL 400TS VO 6/8H	Dr. Cesar Castro
19/10	12	DICLANAL 1700TS 6/8H	Dr. Cesar Castro
20/10	13	Lechitina 12ml VO 2/2H	Dr. Cesar Castro
21/10	14		Dr. Cesar Castro
22/10	15		Dr. Cesar Castro
23/10	16		Dr. Cesar Castro
24/10	17		Dr. Cesar Castro
25/10	18		Dr. Cesar Castro
26/10	19		Dr. Cesar Castro
27/10	20		Dr. Cesar Castro
28/10	21		Dr. Cesar Castro
29/10	22		Dr. Cesar Castro
30/10	23		Dr. Cesar Castro
31/10	24		Dr. Cesar Castro
01/11	25		Dr. Cesar Castro

Dr. Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 176.995



Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CNES

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Domini Bonfante Basso

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

R

6 - DATA DE NASCIMENTO

1/1/1

7 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tosse e/ou secreção de natureza
aut, crônica

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Deficit hem + encounter + Dn

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

→ Na e/ou outros exames

Antropometria

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Antropometria Jovem ESR

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BÔNUS

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOE

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRÁFEGO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2020 11:52:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071611525503200000031032011>

Número do documento: 20071611525503200000031032011

Num. 32391277 - Pág. 58



HUAC
HONG KONG UNIVERSITY OF APPLIED COLLEGE

SECRETARIA
DE SAÚDE
CAMPO GRANDE-MS

Nome:

Nome da Mãe:

CNS:

Data de Nascimento:

☐ M ☐ F

RAIDING

Endereço do Paciente:

Bairro:

Municipio:

Motivo da Solicitação:

Ocupação:

Exame(s)	Solicitado(s):
----------	----------------

Código

Código

Dr. Aristóteles Quiroz Noto

~~ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA~~
~~CIR OMBRO E COTOVELLO~~
CRM 6817 TEOT 12637
CLINICA CTO 3341.2560
Rua Dr Chateaubriand, 206

Professional Solicitante:

Data:✓

Autorização:

Senha da Central de Marcapolo de Consultas

Data:

/ /

Unidade Solicitante:

Hospital Universitário Alcides Carneiro

Código Unidade:

Unidade Prestadora:

Código

Data e hora da realização do procedimento:

Data:

Horário:

Assinatura do Usuário:

Assinatura e carimbo do prestador:

Caso não assine, aplicar o polegar direito ao lado





SOLICITAÇÃO DE CONSULTA

SECRETARIA
DE SAÚDE
CAMPINA GRANDE-PB

Nome: <u>Dennis Gonçalves Barros</u>		Data de Nascimento: <u>/ /</u>	Sexo: ☐ M ☐ F	Identidade:
Nome da Mãe:				
Endereço do Paciente:		Bairro:	Município:	
Motivo da Solicitação: <u>Trauma de joelho</u>			Ocupação:	
Procedimento Solicitado: <u>Consulta com ORTOPEDISTA!</u>			Código:	
Profissional Solicitante: <u>Dra. Ana Livia D. Balduino Silva</u> <u>Medica Residente - Cirurgia Geral</u> <u>CRM-PB 7606</u>		Autorização: Data: <u>/ /</u>	Senha da Central de Marcação de Consultas	
Unidade Solicitante: <u>Hospital Universitário Alcides Carneiro</u>		Código Unidade:	Unidade Prestadora:	Código:
Data e hora da realização do procedimento: Data: <u>/ /</u> Horário: <u></u>		Assinatura do Usuário:		
Assinatura e carimbo do prestador:		Caso não assine, aplicar o polegar direito ao lado		



1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

[illegible]

2017-05-15

HTCS - Painel Administrativo

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1432947 CLASS. DE RISCO: **ALTO**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DONO LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.728.264/0001-50
Av. Marechal Deodoro, 4703 - Mafins, Campina Grande - PB, CEP: 58432-805 Data: 15/05/2017
Sistema de Emergência (R.E) - Modelo 07 Atividade: Suporte à Saúde
PACIENTE: DENNIS GONCALVES BARROS CPF: 56173870 Nascimento: 07/05/2001
Endereço: ASSENTAMENTO SANTA VERONICA Sexo: M Telefone:
Cidade: Damião Idade: 16 Bairro: ZONA RURAL
Nome da Mãe: RG: R\$
Secretaria: CPF: Profissão: **CD**
Estado Civil: Data de Atend: 15/05/2017 CNES: 808003000932970
Módulo: ACIDENTE DE TRÁFICO Hora: 00:10:02 CONVÊNIO: SUS
Médico: Especialidade:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

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

OBS:

QUEIXADURA:
Superfície corporal lesada % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CNP: **Ex. Exame físico**

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame físico, cabe, colo, abd, membros, gine
Ex. Exame físico
Ex. Exame físico
Ex. Exame físico

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: ☒ Isotóricas ☐ Anisocóricas ()
Glasgow: PA HGT: Setor

EXAMES SOLICITADOS:

☒ Laboratório ☐ Ultrassonografia ☐
☒ Gasometria arterial ☐ Radiografias ☐
☐ Tomografia computadorizada ☐

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: **CD** Dia **15**
Especialista: **CD** Dia **15**

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Ex. Exame físico	15/05/2017
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

http://t011148tpxtonicgipmipwargancipfococp=1437947

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2020 11:52:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071611525503200000031032011

Número do documento: 20071611525503200000031032011

Num. 32391277 - Pág. 62

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Demis Gonçalves Registro: Leito: 4.1 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: (X) Local: abdome (E) Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgésia):

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mioticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva 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:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: () Corada (X) Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE</u> Data da punção: <u>14/05/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: (X) Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há <u>3</u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria (X) NSVD: Débito: <u>500</u> ml/h;	
Aspecto: (X) Normal () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas (X) Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: () Normocorada (X) Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>MTE em Urdar e gástrica</u> Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia (X) Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
18:00 Paciente admitido neste setor proveniente da ala cirúrgica. O mesmo apresenta dificuldade em urinar comunicado ao residente de ortopedia Dr. Julio e realizado SVU conforme prescrição médica. ER Santos	
Em tempo: O mesmo aguarda por Elisângela Rosendo dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PB 47335	
Per do urólogo + e. Geral ER Santos	
20:00 Paciente querendo-se de repouso. Admimistrado medicação prescrita. ER Santos	
Elisângela Rosendo dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PB 47335	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>ER Santos</u>	DATA: <u>14/05/17</u> HORA: <u>18:00</u> h
Elisângela Rosendo dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PB 47335	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: DENNIS GONCALVES Registro: _____ Leito: 9-4 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs.: _____

4. 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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



PREScrição DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
() Atender glicemia capilar, anotar e mediar CPM.		() Melhorar a nutrição alimentar.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		() Manutenção da glicemia estável.
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		() Auxiliar diário às necessidades de higiene.
(x) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem do cabelo e corpo coberto.	H	
(x) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	H	
(x) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.	H	
(x) Avaliar características, intensidade e local da dor.	H	(x) Controle da dor (melhorada / ausente).
(x) Avaliar reações de sinais vitais.	H T N	
(x) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	NCA	
() Após administrar medicamentos oxitônicos, avaliar e registrar os resultados.		() Manutenção da temperatura corporal dentro das limites fisiológicos.
() Incentivar a ingestão de líquidos.		
() Observar reações de desorientação/confusão.		
(x) Proporcionar condições de higiene pessoal e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	H	(x) Melhorar a integridade da pele
(x) Analisar condições do curativo.	H	() Diminuição do risco de lesão
() Orientar e estimular a hidratação da pele.		
(x) Orientar e estimular a movimentação no leito.	N	(x) Mobilidade física melhorada/eficaz.
(x) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	S/N	
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e garantir que se mantenha maior que 95%.		() Melhorar da perfusão tissular.
() Observar e anotar condições da perfusão periférica (coloração e temperatura).		() Padrão respiratório eficaz.
() Verificar condições da intubação do paciente (mucosas, edema, ruído e frequência cardíaca).		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido insuflado / diminuído.
() Realizar banho hidrante.		
(x) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais fisiológicos.	H	
(x) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se aparecerem sinais fisiológicos e anotar.	S/N	(x) Diminuir o risco de infecção.
(x) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	H T N	
(x) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	H T N	
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações nos movimentos, resistência).		() Diminuir o risco de queda.
() Manter os grades do leito elevados.		
() Contar o paciente quando necessário.		
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		() Melhorar do padrão do sono.
() Orientar repouso no leito.		
() Administrar medicação CPM.		
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FORTE: 10/2010 - UNIVES, LID SOLANGE A. BAE, P. 04 2012



DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:		Enfermeira:	Leito:	Data:
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
	Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Angústia ()	Dor abdominal ()	
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()	Cavidade bucal ferida ()	Odemato ()	Outro ()
	Fatores psicológicos () Outro ()	Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3 Déficit no auto cuidado: para banho	Prejuízo neuromuscular (x) Dor (x) Fraqueza (x) Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro (x)	Outro ()	
	Ansiedade ()	Incapacidade de lavar o corpo (x)		
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) (x)	Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
	Outros ()	Relato verbal da dor (x)		
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
	Aumento da taxa metabólica ()	Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada ()	Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
	Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto (x) Rigidez articular	Dificuldade para virar-se (x)	Dispênia ao esforço ()	Outro
	Prejuízo músculo esquelético (x) Desuso () Outro ()	Movimentos descontrolados (x)		
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispênia ()	
		Bolhimento da asa de nariz (x)	Ortopnéia (x)	Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asidre () Queimaduras () Vômito () Diarréia ()			
	Drenos () Outros ()			
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos () Defesas primárias inadequadas ()			
	Procedimentos invasivos (x) Outro ()			
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()		
	Extremos de idade () Agitação/Desorientação ()			
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()	Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()
	Ruído () Imobilização física ()		Relatos de dificuldade para dormir ()	
13 Outro				
14 Outro				



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Simões Gonçalves Registro: Leito: 41 Setor Atual: Ortopedia

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Dennis Gonçalves Barros		
End:	Assentamento Ita Verônica	Bairro:	Domina
Data de Nascimento:	16/05/02	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ocidente	Data do Atend.:	15/05/16
Acidente de trabalho?	() Sim	(☒) Não	

se mot

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

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

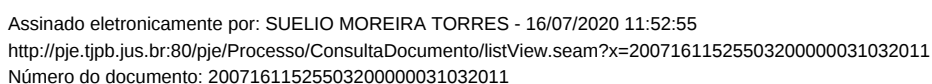
- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



[illegible]

2017-E-15



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Ferreira Tiago Gomes"

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Domingos Gonçalves Barros

Documento Nº. _____

Idade: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

CEP: _____

Profissão: _____

Estado Civil _____

H.D.A. Transtorno auditivo - misto - misto. Estímulo, supressão,
audição normal, alteração de resposta. Jul 98 FC 80.
R19 Depressão em jejum.

Exames Realizados: Rx fratura em fêmur distal L

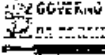
Medicamentos: _____

14, 05, 2017

Jayne Henrique de Sousa
MÉDICO

MÉDICO ASSISTENTE / CRM





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: DENNIS GONÇALVES BARROS
DATA DO EXAME: 15/05/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

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

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

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

DR. JANNIE DE MIRANDA
Médico radiologista
CRM-PA 7901 - CRM-PE 21033



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO
H. de Leão

Paciente	Ala	Leito	Convênio
Paciente: <i>Leandro da Silva</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
<i>19/05</i>	1. Dieta <i>líquida</i> 2. SRI 1500ml EV/24h 3. Dipirone 02ML + AD EV 05/06h 4. Tilatril 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Trampl 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Neusedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Cloxacin 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	<i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i>	<i>Pronto atendimento. Cts. em</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i>
<i>20/05</i>	1. Dieta <i>líquida</i> 2. SRI 1500ml EV/24h 3. Dipirone 02ML + AD EV 05/06h 4. Tilatril 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Trampl 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Neusedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Cloxacin 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	<i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i>	<i>Pronto atendimento. Cts. em</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i> <i>13h</i>

Dr. João César Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.995



[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Demétrio Gonçalves Registro: _____ Leito: 4-1 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ lpm; PA: _____ mmHg; FC: 105 bpm; SPO2: 98 %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: 2 Local: abdome Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

☐ VMNI ☐ VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

☒ Eupnéia; ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispneia ☐ Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

EX FEM DISTAL E

LEITO 4-1

DENNIS GONÇALVES BARROS, 16

Paciente	Alojamento	Letto	Convênio
Data			
1- DIETA LIVRE Prescrição Médica			
22/03			7- DIH DPO Evolução Médica
1- SRL 1500 ML EV 24H			Pré-eclâmpsia
2- DIBIROCINA 2ML EV 6/6H			Rec. Jackson E
3- NAUSEDRON 8MG + AD 5V 8/8H E/N			em x.p.m.
4- TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N			Aguarda cirurgia
5- DIMEPRAZOL 40MG EV 12/12H			
6- XARELTO 20MG, 1 CPVO IX DIA			
7- SSVV + CCGG			
8- LUFTAL 40 GTS VO 8-8H			
9- DIGESAN 150MG EV 8/8H			
10- LACTULOSE 20 ML VO 8/8H			
11- Tylox 32mg 1CP VO 6/6H 9H			
12- Tylox 32mg 1CP VO 6/6H 9H			
13- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
14- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
15- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
16- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
17- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
18- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
19- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
20- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
21- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
22- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
23- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
24- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			
25- Paracetamol 150mg 1CP VO 6/6H 9H			

MOD. 033



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
14/05/17	9:30	37,7	70	37	110x70			R. OUT. FCM FMC
14/05	14h						Por recomendação oral do MCH. Realizado curativo em pisa- da de tórax, o mesmo foi feito nos membros superiores. Não foi realizado SVD, pois o médico Antônio Gondim, afirma que não há necessidade de realizar SVD. Ficou a ex- pectativa de resolução da lesão.	14/05/17
14/05	18h						Não foi administrado diurético, pois o paciente está em equi- librio hídrico.	14/05/17
	20:00				120 80			

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20/05/13	08:00	36,8	98 bpm	23 mmHg	108/60 mmHg	concentrada	Buente - segue com cateter e sugador, restrição de líquido em par - operatorio, concentra- re com AVE em M50 com pungão no dia 19.05.13 (50) com SVO de bito de 100ml de diurese concentrada, está com turgor e epistaxia em MTE e referir dos valores no — // — em tempo foi realizado cada 20ml vesical, feito curativo segun- do cuidados de enfermagem	Exatidão de técnicas de enfermagem 16/12/2013 ENFERMAGEM AREN-PB 47338
20/05		93			110x60		Baete - relatou que mas esta- va conseguindo urinar após retirada do SVO comunicado a enfermagem Segue dos cui- dados de en- fermagem	



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO -
ALFA ORE MEDICA

FX FEM DISTAL E

LETO 4-1

Dennis Gonçalves Barros, 16		LEITO 4-1	
Paciente	Alojamento	Leito	Convênio

[illegible]

850 129



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ÁREA DE ATENDIMENTO

DENNIS GONÇALVES BARROS, 16

FX FEM DISTAL E

LEITO 41

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	5:00H DPO Evolução Médica
17/07	1 DIETA LIVRE		
	2 SRL 1500 ML EV 24H		
	4 DIBIPRONA 2ML EV 6/6H		
	5 NAMSEDRON 5MG + AD-EV 8/8H S/N		
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF-EV 8/8H S/N		
	7 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM		
	8 XARELTO 20MG, 1 EP VO 1X DIA		
	9 SSN + CEGG		
	10 LUFTAL 40 GTS VO 8-8H		
	11 DIGESAN 1EA + AD-EV 8/8H		
	12 LACTULOSE 30 ML VO 8/8H		
	13 Clonazepam 2mg 1cp 10x ao dia		
	14 Gabapentina 300mg 1cp 3x ao dia		
	15 Tylex 30mg 1cp 3x ao dia		
	16		
	17		
	18		
	19		
	20		
	21		
	22		
	23		
	24		
	25		

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RJ-9096Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RJ-9096

MGO #35



Número do documento: 20071611525503200000031032011

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA QUIRÚRGICA

EX FEM DISTAL E

LEITO 4-1

Paciente DENNIS GONÇALVES BARROS, 16 Alojamento Leito Convênio

Data	DIETA LIVRE	Prescrição Médica	Horário	DH	DD	Evolução Médica
21/05	1	SRL 1500 ML EV 24H	12/05 24/06			6º dia
	2	CHIRURONA 2ML EV 6/6H				
	3	NAUSEOBON 2MG + AD EV 6/6H S/N				
	4	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 6/6H S/N				
	5	OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM				
	6	KARELTO 20MG, 1 CP VO 1 X DIA				
	7	SSPV + OGG				
	8	LUTAL 40 GTS VO 8-8H				
	9	DIGESAN 1EA + AD EV 6/6H				
	10	LACTULOSE 20 ML VO 8/8H				
	11	TYLEX 300MG 1 CP VO 6/6H SE DOR INTENSA				
	12	Chirurgia de urgência				
	13					
	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
	25					

MCO. 075



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Dezete Goncalves Baum	Nº	1	Alm.º	1	Leito	1	Convênio	1
----------	-----------------------	----	---	-------	---	-------	---	----------	---

[illegible]

MOD. 625



pt inclui um eae, comente orientador
utilizado unidades de engenharia
e mediado sempre por meio mudo;
quarta - a república e do na imobilizações.

PA - 140 x 80

PA - 140 x 80

[Handwritten signature]



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente	Dennis Ricardo Brown		Alcance	9	Leito	9	Convênio	
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica			
1. Dieta	Livre		10		Pront. respond. Gen. atendida CR. Significa Fatores Espirituais			
2. AR 1200ml EV/24h	S1091		11					
3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h			12					
4. Tiletal 20mg + AD EV 12/12h			13					
5. Omeprazol 40mg EV/jejum			14					
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SM			15					
7. Meuseclon 01 FA + AD EV 8/8h SM			16					
8. Clexane 40mg SC/dia			17					
9. SSV + CCGG			18					
SVA SIN			19					
Dr. Schubert Costa Ortopedia Traumatologia Cristina Colares CRM 5572			Dr. Schubert Costa Ortopedia Traumatologia Cristina Colares CRM 5572					



Realizado bombo no dento, eusotivo

PA = 130/70 mmHg

17/05 16:45 Paciente admitido na sala de cirurgia,
consciente, orientado, em jejum.
PA 110/60 O mesmo queixou-se de náusea -
queimou espontaneamente.
Kerke

PA 120/80

20h

Silviano Soares dos Santos
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
COREN: 999.629



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ARTICULO 1.º

DENNIS GONCALVES BARROS, 16

FX FEM DISTAL E

LEITO 4-1

Paciente	DENNIS GONÇALVES BARROS, 16	Alojamento	Leito	Convênio	LEI 04-1
Data	1	DIETA LIVRE	Prescrição Médica		
08/23	2	ERL 1500 ML EV 24H			3 ^o DM DPO Evolução Médica
	4	DIPIRONA 2ML EV 6/6H	8h 7h 8h		REG. EVOLUÇÃO
	6	NAUSEDRON 8MG + XOL EV 8/8H S/N	12h 14h 24h 10h		Relatório melhor de
	8	TRAMAL 100MG + 100ML ST EV 8/8H S/N			do abdominal 29/25 S/D
	10	OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM			Diurético 29/25 S/D e/ hemátia
	12	XARELTO 20MG, 1 CP VO 1 X DIA			no Aquecimento da
	14	PA 5/6H			10/10/23
	16	CAPTOPRIL 25MG 1 CP VO 8/8H			8h ()
	18	SSM + EGGS			
	20	CORTAL 100MG VO 8/8H			
	22	DIGESAN 1FA + XOL EV 8/8H			
	24	Leite 200ml 15ml 42g/13h			
	26				
	28				
	30				
	32				
	34				
	36				
	38				
	40				
	42				
	44				
	46				
	48				
	50				
	52				
	54				
	56				
	58				
	60				
	62				
	64				
	66				
	68				
	70				

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SP-9965

18105
86

425



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
22/05	15:10	36°			100 70		Paciente, consciente e orientado, diurese presente, intestino pouco peristaltico constipado, medicado segue sob cuidados de enfermagem.	
							Josane C. de A. Maciel Téc. Enfermagem COREN/MT 1930	
22/05	20:00				18/ 60		Dor no	

Joseane C. de A. Nascimento
Téc. Extensão
COREN 67536

Deleena



a suas atividades de rotina

Rosilda
Rosilda Ferreira de S. Silva
Téc. de Enfermagem
Rég. 827.391
CPF: 798.903.344-53
COREN: 718440

Plantão 24 hs (Diurno) 14/05/2017

Equipe plantonista:

Enfermeiros: Eliana

Téc. de Enfermagem: Aparecida

Condutoras: Junior

Naldileide

Porteiro: Tiago Aguiar

Iniciando plantão de 24hs, às 7:00 hs da manhã, unit
limpa, organizada e valorizada de medicamentos e
materiais para uso contínuo: ambulatório, 1.º, 2.º
VPRS na emergência, sem qpc em observação. O mesmo
usuário tranquilo, sem nenhuma ocorrência no
momento.

Deu entrada nessa UBS, às 19:10hs jovens acionados para
atendimento de 01 acidente: colisão de veículo tipo
vítimas Denis Gonçalves Barros, 16 anos, residente na
tamento St. Verônica, Denilson Encelino Batista, 17 anos, pre
no logradouro, município de São João de Deus, Brasil
Pontes, 19 anos, e foram encaminhados para o HRP.

O paciente Denis Gonçalves Barros, encaminhado para o hosp
de Trauma de Campina Grande.

Às 22:30hs deu entrada nesta unidade. O usuário
Santos Alves, com a PA: 220x120 mmHg, encaminhado pe
o HRP.

Passando o plantão para a equipe do dia.

Téc. de Enfermagem: Apa

Coren: 827.391

07:55 hr