

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1 515 456 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 04/09/2019

NOME
MARISO SILVA DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO
SEVERINO JOVENTINO DO NASCIMENTO
MARIA DE LOURDES BENVENUTO DA SILVA

NATURALIDADE
ALAGOA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO
08/08/1970

DOC ORIGIN
CERT. CAS. C/ AVERB. Nº0003873 - LIV.00013 - FLS.009 - CARTORIO
ALAGOA GRANDE-PB

CPF
035.517.454-66

040 PESSOAL - PB

LEI Nº 11.341 DE 29/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-262

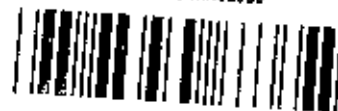
0308

0308

NAO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



Você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela distração.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

CONTINUAÇÃO
MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 09479 Série 00011-AB



ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Alcides Silva de Nascimento*
Loc. Nasc. *Blanca, Paraíba*
Filiação *Alcides Silva de Nascimento*
Data *13/08/40*
Doc. Nº *1.575.656/55*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em *19/01/41* Doc. Ident. Nº *1.575.656/55*
Exp. em *19/01/41* Estado *Paraíba*
Obs. *Det. Alagoa Branco*
Data Emissão *19/01/41*

Emissão do Funcionário

EMISSOR CTPS

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

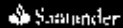
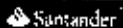
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.

Declaração de Inexistência de FMI



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

[illegible]

		033-7		03399.48881.36981.907102.03467 501023 1 00003000000000			
Agência Receptora Pagável preferencialmente no Banco Santander				Vencimento 25/03/2019		Número do Cartão 5428 XXXX XXXX 0290	
Beneficiário Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 00.000.888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 20411 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - Cep 04563-011				Agência do Beneficiário 000-0197838 9		Nosso Número 8190710034675	
Data Documento 12/03/2019	Número do Documento 0775660000533460	Espécie F1-CI	Recibo N	Data Process 12/03/2019	Nosso Número 8190710034675	Vencimento 25/03/2019	
Uso Banco CENTRAL	Carteira COB	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do documento	Total desta Fatura R\$ 739,99	
Instruções: PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO <VALOR DO DOCUMENTO> FATURAS PAGAS APÓS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMOS E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO E INCLUIDOS NA SUA PRÓXIMA FATURA MENSAL. APÓS 14/04/2019, PAGAR SOMENTE NAS AGÊNCIAS DO SANTANDER						0775660000533460 	
GILMARLEY DA SILVA PACHECO R JARDIM SUSPIRO 205 CASA 01 ALBUQUERQUE 25976-840 TERESOPOLIS RJ						Pagamento Mínimo R\$ 111,00	
Pagante						Valor Pago R\$	
Autenticação Morango						RÍCIBO DO CLIENTE	
Autenticação no verso						Pagamento em Contas	





BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 001/2019

Ocorrência nº. 494/2019

Aos VINTE dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:35min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

MARISO SILVA DO NASCIMENTO, conhecido(a) por _____, Identidade nº 1515456, 2º VIA-SSP/PB, CPF Nº 035.517.454-55, nacionalidade brasileira, estado civil: união estável, profissão: Agricultor, filho(a) de Severino Joventino do Nascimento e de Maria de Lourdes Benvenuto da Silva, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 08/08/1970 (49 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Ribeiro de Baixo, zona Rural, tendo como ponto de referência: _____, na cidade de ALAGOA GRANDE, fone(s) para contato(83)993758003(FÁTIMA).

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;

2) **Data do fato:** 13/07/2019.

3) **Horário do fato:** 11:00HS

4) **Local do fato:** PB-075, logo após a ponte da saída deste município de Alagoa Grande, nas proximidades do sítio Maria da Penha.

5) **Breve resumo do fato:**

Que o NOTICIANTE procurou esta delegacia para comunicar que no dia e hora acima citado estava conduzindo sua motocicleta HONDA POP 100, DE PLACA MON 1285/PB, CHASSI: 9C2HB02109R008890, DE COR VERMELHA, ANO/MODELO 2008/2009, registrada em nome de sua filha MARIA ANGELA SOARES DO NASCIMENTO, na PB-075, com destino a sua residência, quando estava chegando na altura do sítio Maria da Penha, passou por um buraco que havia na rodovia e perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao solo; Que com a queda o NOTICIANTE teve fraturas no membro superior esquerdo e teve o uma parte do seu pé esquerdo decepado; Que o NOTICIANTE foi socorrido por uma unidade do SAMU onde passou pelos primeiros socorros e em seguida foi transferido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, em Campina Grande; Que ao chegar no Hospital de Trauma o NOTICIANTE foi submetido a duas cirurgias, sendo uma em seu braço esquerdo e outra em seu pé esquerdo; Que com o acidente o NOTICIANTE perdeu mais da metade de seu pé esquerdo; Que o NOTICIANTE recebeu alta médica no dia 18/07/2019 e retornou para sua residência.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Este Boletim tem validade de 30 (trinta) dias, devendo o comunicante providenciar a segunda via dentro deste prazo.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.



MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Comunicante

Escrevê(o) Agente

Matrícula nº 182.464-3

Boletim de ocorrência



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190590803

Vítima: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARISO SILVA DO NASCIMENTO

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\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 237

Agência: 000005770-3

Conta: 000008587-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

035.517.454-55

4 - Nome completo da vítima:

MARISO SILVA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

MARISO SILVA DO NASCIMENTO

6 - CPF:

035.517.454-55

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SÍTIO RIBEIRO DE BAIXO

9 - Número:

517

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

ALAGOA GRANDE

13 - Estado:

PARAIBA

14 - CEP:

58.388-000

15 - E-mail:

0399 358003

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

5770

3

CONTA:

8587

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no CIVIL)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúva

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 (nascidos)?

☐ 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.

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

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

027.073.054-05

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

Severino Pereira da Silva

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

38 - 1ª Nome: GENILDO SILVA DE SOUSA

CPF: 035.141.654-40

* Genildo Silva de Sousa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: IVANILDO SILVA DE SOUSA

CPF: 063.501.734-22

* Ivanildo Silva de Sousa

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: ALAGOA GRANDE, 09-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

DATA: 09/10/2019

HORA: 15:05 H

FAVORECIDO: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

AGENCIA: 5770-3 CONTA: 0008587-1

DEPOSITANTE: O PROPRIO FAVORECIDO

AG.ACOLHEDORA:5770 N.SEQ:00324 TERM:103 AUT:168

VALOR EM DINHEIRO:

5,00

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190590803

Vítima: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARISO SILVA DO NASCIMENTO

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05770-3

CONTA: 000000008587-1

Nr. Autenticação

BRADESCO0111201905000000000023705770000000008587675000 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363257/19

Vítima: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 035.517.454-55

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 13/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARISO SILVA DO NASCIMENTO : 035.517.454-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: MARISO SILVA DO NASCIMENTO
CPF: 035.517.454-55

MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190590803 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARISO SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DA ULNA ESQUERDA,
LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO,
FRATURA DO 1º AO 5º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ULNA COM FIOS DE KIRSCHNER,
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMPUTAÇÃO DO ANTE PÉ E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO ESQUERDO E AUSÊNCIA CIRÚRGICA PARCIAL DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO ESQUERDO E PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 08 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 12 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			50 %	R\$ 6.750,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363257/19

Vítima: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 035.517.454-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: MARISO SILVA DO
NASCIMENTO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARISO SILVA DO NASCIMENTO : 035.517.454-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: MARISO SILVA DO NASCIMENTO
CPF: 035.517.454-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Cristina Limeira Alves



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
E-230, km 25 - Centro Oeste - Jd. Primavera - PB - CEP 55671-490
CNPJ 08.095.237/0001-40 Fone: 51 36 05 923 0

*
Sócio Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 28 847 432
Cod. para Emissão Automática: 00703045845

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	16/08/2018	17/09/2018	035.141.854-40 Irm. Euz

UC (Unidade Consumidora): 5/304584-6

Canal de contact

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, criada pelo Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002
Junte-se ao MOVIMENTO VACINAS E OACIL. Salvo mais em
ordem por hierarquização

Anterior		Atual		Constante	Consumo		Dias
Data	Linha	Data	Linha	i	jOS		30
17/07/19	E31 e 100MVA-EP	18/06/19	B99				
Demonstrativo							
OCI	Descrição	Quantidade Tarifada		Valor Base Coef. Adj.	Linha(ES)	Base Coef. Po(ES)	Cobrança(ES)
		Tarifas Tarifadas: KVA/DETAHS/MS				PoCoef = 0,021 (1,0543%) (4,5225%)	(4,5225%)
0001	Consumo até 30MVA-EP	30,000	0,257950	0,03	0,02	27	1,02
0001	Consumo - E31 e 100MVA-EP	70,000	0,432540	34,54	24	54	0,37
0001	Consumo - 100 a 225MVA-EP	0,000	0,740530	0,07	0,02	27	1,02
0001	Adc. B Amortiza	0,00	0,05	27	0,15	0,02	0,02
0001	Adc. B Verbetes	1,00	1,00	27	0,15	0,02	0,03
0010	Subsidio	41,07	41,07	27	11,78	41,02	0,45
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM.FUECA	14,15	0,00	0	0,00	3,00	0,00
0004	JUROS DE MORATÓRIA 06/2019	0,00	0,00	0	3,00	0,00	0,00
0005	MULTA 06/2019	1,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0029	BÔNUS TRAFEGO LEI 10426/2002 07/2019	-0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2019	0,00	0,00	0	3,00	0,00	0,00
0006	Revolução Subsídio	-27,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00

-Cód. Código de Classificação do Item	TOTAL	80,08	23,28	25,51	89,29	1,01	4,59
-Térms e Trmns: A142011N D 150822 A1410011N D 330125 A1422011N D 495421							

DESCRIÇÃO DO PÁGAMENTO (R\$) 120				VENCIMENTO 23/08/2019				TOTAL A PAGAR R\$ 80,68			
HISTÓRICO DE CONTAS (R\$)											
B1	B9	114	112	95	116	132	152	115	151	117	180
Agos/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Mai/20	Jun/20	Jul/20

RESERVADO AO FISCO
bce5.c592.3720.cbaa.a3e1.b6e9.20a7.a28a

Indicadores de Qualidade (2019-2020)			Composição do Consumo		
	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
PM MENOR	2,47	1,00	NORMAL	220	
PM TREVISTAL	12,84				
PM AKALIN	25,59				
PM MENOR	2,47	0,00	CONTRATACAO	202	
PM TREVESTRAL	0,85		EXATAMENTE	202	
PM AKALIN	12,70		EXATAMENTE	231	
PM MENOR	3,00	0,00			
PM AKALIN	12,22				

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	11,44	14,01
Controle de Carga	18,98	22,75
Serviço de Transmissão	2,18	2,65
Serviço de Manutenção	2,71	3,23
Serviço de Engenharia	47,16	57,34
Serviço de Manutenção	0,00	0,00
Total	61,58	100,00

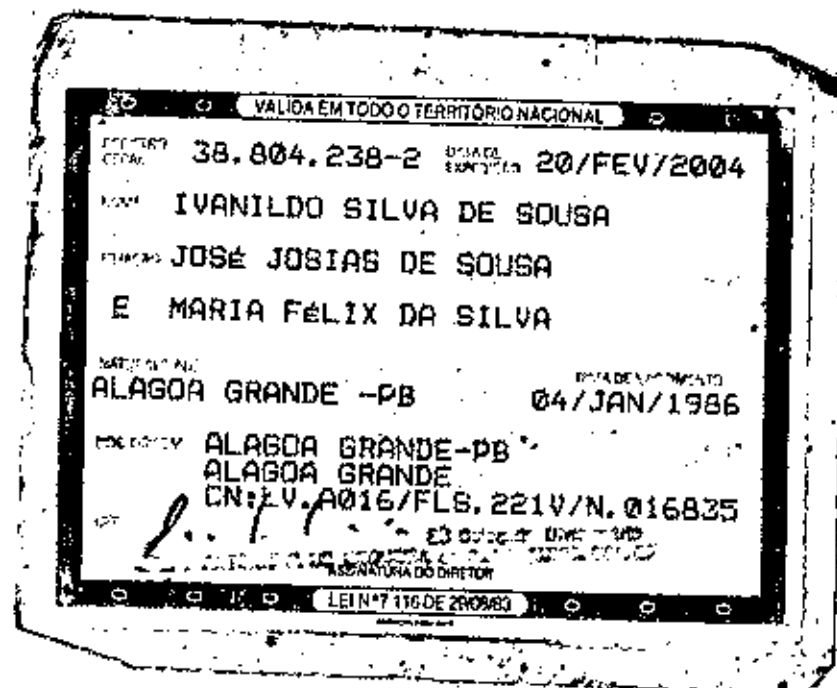
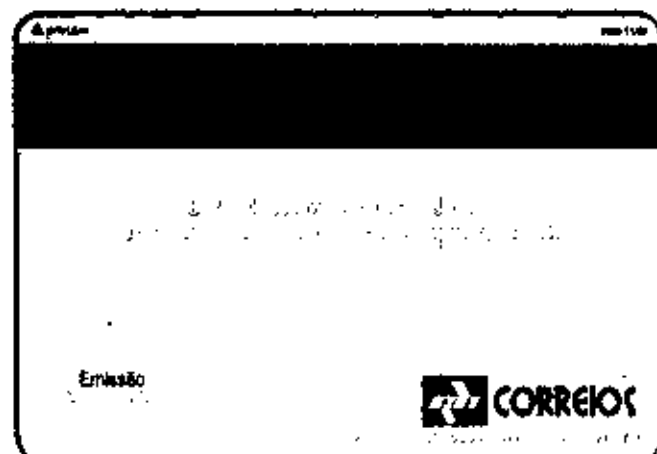
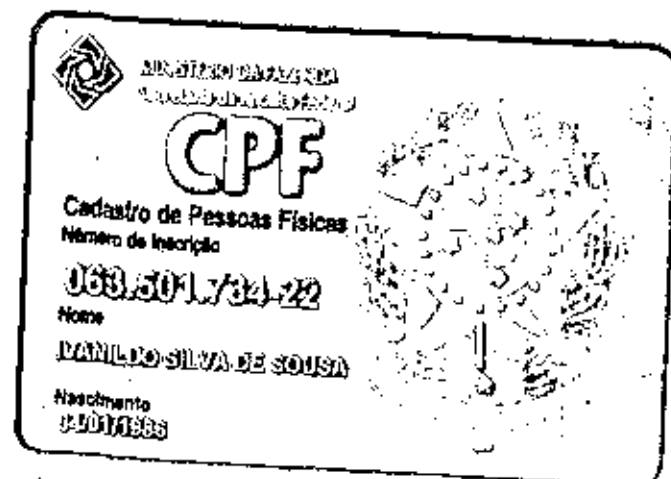
Valor de R\$ 100,00 = R\$ 20,46 / R\$ 10,00

Value added by the 2016 program

Appendix

DECLARAÇÃO DE FOMENTO: Casos de morte por deficiência da criança, em decorrência de doença congênita ou adquirida, com duração da vida de 180 dias, com diagnóstico confirmado pelo médico responsável, de acordo com o parecer da ANVISA. O pagamento ocorre em data não inferior a 30 dias após a data da última suspensão de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado, e as contas pagas não estejam em dívida com a comunidade para o fornecimento. Caso esteja em dívida o pagamento é de 10% (dez por cento) acima, desde que não esteja em débito. Fatura emitida e incluída em prazo de prazo, ou se pré-paga, no caso de não devolução. Situação de instabilidade com Bula Rápida, tendo sido encerrado de R\$ 27,00.

00719 120.82



REGISTRO GERAL 3.949.312 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/03/201

NOME MARIA ÂNGELA SOARES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO MARISO SILVA DO NASCIMENTO
MARCILENE SOARES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 08/12/1994

DOC ORIGEM NASC.N. 25027 FLS. 020 LIV. A-25
CARTÓRIO ALAGOA GRANDE-PB

CPF. *[assinatura]*

Assinatura do Titular: *[assinatura]*
Márcio Adailson da Silva Neto
Assinatura do Diretor: Civ. e Crim.

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P.26

[impressão digital] *[impressão facial]*

Maria Ângela Soares do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recicla Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
109.292.534-18

Nome
MARIA ANGELA SOARES DO NASCIMENTO

Nascimento
08/12/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada no sistema, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:22:33 de 04/10/2011 (hora e data de Brasília)
dado verificador: 00

CÓDIGO DE CONTROLE
9127.3389.TF59.02BE



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Carne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 56.015-570 - CNPJ: 09.123.534/0001-87

PAGAMENTO COM CARGA DOCUMENTO
MATRICULA
23443995
N. OSP
21570995

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

SEVERINO PEREIRA DA SILVA
RUA SEVERINO PAES, 38 - VERA CRUZ ALAGOA GRANDE PB
56388-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Outro	
054.002.240.0438.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A05F134030	08/07/2005	EXT LACRE	LIGADO	POTENCIAL		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme prevista na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
JUN/2019	26/06/2019	74,75			
JUL/2019	26/07/2019	60,45			

EMISSÃO: 13/08/2019 Total a Pagar: R\$ 135,20

MATRICULA	N. DO OSP	EMISSÃO	TOTAL A PAGAR
23443995	21570995	13/08/2019	R\$ 135,20

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.205.061 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 03/01/2018

NOME SEVERINO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO PEDRO FIDELIS DA SILVA
SEVERINA PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE ALAGOAS GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 09/08/1977

DOC ORIGEM CASAM N.º 4550-212-107-114
CARTÓRIO ALAGOAS GRANDE-PB

CPF 027.073.054-05

0 +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

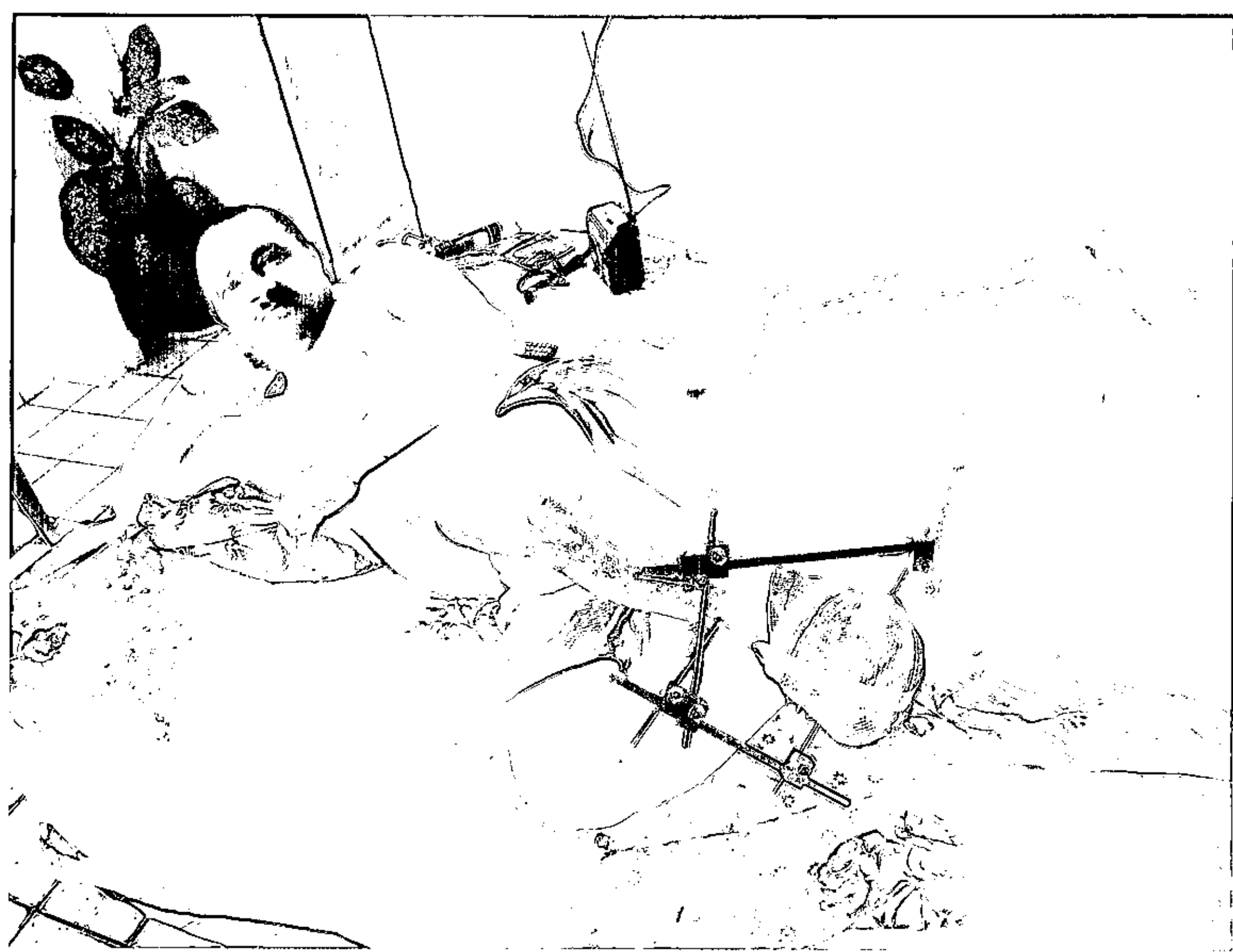
V-02
P-016

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA



Severino Pereira da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013813906042

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM 00988963671-1 00/000000000000 EXERCÍCIO 2018

MARIA ANGELA SOARES DO NASCIMENTO

10929253418 MON1285/PB

NOVO PB 9C2HB02109R008890

PAS/MOTOCICLETA PAS 100 GASOLINA

HONDA/POP100 2008 2009

2 E/97 CI PARTIC VERME DHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

FAIXA IPVA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000000000000 3º

SEM RESERVA DE DOMINIO

ALAGOA GRAMALSA

20/02/2018

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS BISSAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (DU-POISSEM CARGA) A PESSOA TRANSPORTADA OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 013813906042

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 20/02/2018

VIA 1 10929253418 OF / CNPJ PLACA MON1285/PB

RENAVAM 00988963671 MARCA/MODELO HONDA/POP100

ANO FAB 2008 DT 1999 Nº CHASSI 9C2HB02109R008890

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 000000000000 DENATRAM (R\$) 000000000000 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000000000000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000000000000 IOF (R\$) 000000000000 TOTAL A SER PAGO (R\$) 000000000000

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 08/02/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

DUT





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 17698753/0001-1 TEL: (83) 3273-2240

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192
ALAGOA GRANDE- PB**

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que, o Sr. MARISO SILVA DO NASCIMENTO foi atendido no dia 13/07/2019 pela Unidade de Suporte Básica de Vida deste serviço, vítima de acidente de moto, o mesmo encontrava-se consciente, orientado apresentando e segundo o paciente, colidiu com outra moto, porém não foi encontrada no local. Realizado protocolo de imobilização do SAMU sendo o mesmo encaminhado para o Hospital de Urgência e Trauma de Campina Grande/PB para avaliação radiológica e possível tratamento.

Alagoa Grande, 01 de agosto de 2019.



Coordenador - Samu
Ítalo Agra

ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA

COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1942903

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARISO SILVA DO NASCIMENTO CEP:58388000 Nascimento:08/08/1970

NASCIMENTO Sexo:M Telefone: 993713462

Endereço:SÍTIO RIBEIRO

Cidade: Alagoa Grande Idade:048 Bairro:ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES JUVENTINO RG: Nº:0
CPF: Profissão:AGRICULTOR

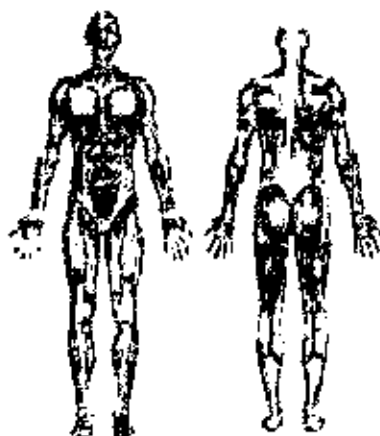
Responsável: MARIA DE FÁTIMA SILVA Data de Atend:13/07/2019 CNS:700509186040251

Estado Civil:União Estável Hora: 13:13:16 CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria Venosa |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico operado |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinal de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Poli trauma

RAIO X
REALIZADO EM:

13/07/19

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente deu entrada neste pronto socorro trazido pelo Sr. Alcoolizado. Foi vítima de queda de moto em uso de capacete. Queixa de dor forte em punho direito e antebraço. Não há sinais de ferimento. História de trauma de trânsito. Informa de trauma de trânsito.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

(1) Edema ungueal e punho direito e antebraço. (2) Respiração em ar ambiente. (3) Saturação de oxigênio em ar ambiente. (4) Ausculta pulmonar normal. (5) Pulso: global, forte, adequado. (6) Edema em punho direito e antebraço.

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia, às 13:30 Dia 13/07/19

Especialista: NCR, às 14:00 Dia 13/07/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SJL - 1000ml EV.	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Joceline S. Dantas
Coloproctologista
CRM-PB 5635

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
13/07/19

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Cirurgia Qual # 14.03h
 Paciente retorna após realização de
 exames. Sem queixas relacionadas à
 cirurgia qual.
 Exo for = sem alteração
 Rx de Tórax e pelve = sem alterações.
 Atol: plano, depressível, indolor.
 Col: - Alta da Cirurgia Qual
 - As evoluções da ortopedia
 e NCR.

Jocelino S. Dantas
 Coloproctologista
 CRM-PB 5635

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

- () Centro cirúrgico _____
 () Internação (setor) _____
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
- () Alta hospitalar / () A revelia
 () Decisão Médica
 () Óbito

Maria de Fátima da Silva
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

13/07 na

15.00

Tudo bem psique

Faz o teste de

o camp

o olmeço o mup

o distúrbio cor

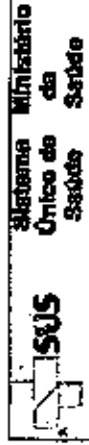
e evol = na

ad. Am ver

Dr. Saulo M. Loureiro
 Neurocirurgião / Neurologista
 CRM-PB 15908 / CRM-PB 8737
 RQE 1505

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

2 - CNES: **2362856**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXEQUENTE:

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES: **2362856**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **MARISO SILVA DO NASCIMENTO**

6 - N° DO PROFISSIONÁRIO: **1943024**

7 - CARTÃO DO SUS: **700509186040251**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **08/08/1970**

9 - SEXO: **M**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **MARIA DE LOURDES JUVENTINO**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **83 993713462**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **SITIO RIBEIRO, 0, ZONA RURAL**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Alagoa Grande**

14 - CÉDULA MUNICIPAL: **250030**

15 - UF: **PB**

16 - CEP: **58388000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS:

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

21 - CID 10 PRINCIPAL: **22 - CID 10 SECUNDÁRIO: 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: **27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO: 02**

28 - DOCUMENTO (X) CNES: **29 - N° DOCUMENTO CNES/PT-BG PROFISSIONAL TRANSITANTE/ASSISTENTE: 706500355121696**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **HALLISSON BARROS DE ALMEI**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **13/07/2019**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNES DA SEGURADORA:

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

37 - N° DO BILHETE

AUTORIZAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

39 - CID: ORGÃO EMISOR:

40 - DOCUMENTO (X) CNES: **41 - N° DOCUMENTO (ENS/CMS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:**

42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **11**

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO):

44 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE MARISO SILVA DO NASCIMENTO		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1943024
7 - CARTÃO DO SUS 700509186040251	8 - DATA DE NASCIMENTO 08/08/1970	9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DE LOURDES JUVENTINO		11 - TELEFONE DE CONTATO Cidade 83 Nº de Telefone 993713462
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO RIBEIRO, 0, ZONA RURAL		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Grande	14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250030	15 - UF PB
16 - CEP 58388000		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE

706500355121696

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE

HALLISSON BARROS DE ALMEI

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/07/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - 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)

/ /



GOVERNO DA PARAÍBA
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/07/2019
 Data: 13/07/2019
 Paciente: MARISO SILVA DO NASCIMENTO Idade: 048 N° ATEND: 1942903

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
 DATA: 13/07/2019 HORA: 13:14:04

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

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

SINAIS VITAIS

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

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			média dor			pior dor				

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
 acolhimento

Miguelly Vanessa P. Marcelino
 COREN-PB 569048-ENF

Grupo Vascular

Paciente em leito ortopico, instal
 hemodinamicamente (PA 50x30) com
 diurese, frialdade e limbo de antep
 esquerdo por mais de 10h de evoluç
 Depois surto descontínuo de
 A. Redução de fluxo urinal e
 parte distal do pé mesmo após fixação
 de fratura.

Por conta de invariabilidade de
 membro, indicamos suposto pri
 de anti-embólico

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Marisa S. do Nascimento</u>				IDADE	SEXO: <u>M</u>	COR
<u>13-07-19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS								
LÍQUIDOS								
CÓDIGOS								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSICÃO								
AGENTES	<u>Neoe. 10mg + Dimorf. 10mg + Midazolam 5mg + Ceftaz. 1g</u>							
TÉCNICA	<u>Raque + Bloqueio Plexo</u>							
OPERAÇÃO	<u>Trat. Ematoma de + escroto</u>							
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS	<u>Wanderley</u>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			



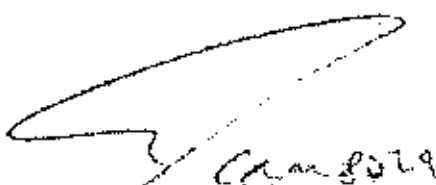
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	MURILLO, Sílvia Sacramento	Idade:	28a
Convênio:	SUS	Data:	13/03/19
Procedimento:	LME + fixação artroplastia traumática do ant. p. (E)		
Cirurgião:	Dr. Kenna	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Marley
Início:	17:00	Término:	23:00
		Anestesia:	geral + Raquet + bloqueio pleu-

[illegible][illegible][illegible]

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

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 149668

DATA DA CIRURGIA: 13/07/2019

Número do Atendimento: 1943024 Clin: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 6

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Data da Internação: 13/07/2019

Atendimento: 1943024

Diagnostico Pré-Operatório: AMPUTACÃO TRAUMÁTICA DO ANTEPE

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050020 AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO

Cirurgia: AMPUTACAO TRAUMÁTICA

Data da Cirurgia: 13/07/2019

Equipe:

Cirurgião: DR. LUIZ JUVENCIO

Aux 1: DR. FABIO CRISPIM

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: COSTA

Anestesista: DR VALDERLUCIO

Tipo de anestesia: GERAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: OBS: APOS AVALIAÇÃO DA CIRURGIA VASCULAR (INDICADO AMPUTACÃO DE ANTEPÉ)

- 1- INCISÃO EM BOCA DE PEIXE
- 2- DIVULSÃO POR PLANOS
- 3- REPARO DOS TENDÕES EXTENSORES
- 4- REALIZADO AMPUTACÃO DO ANTEPÉ
- 5- REALIZADO TUNEIS NOS OSSOS DO MEDIO PE
- 6- PONTOS TRANSOSSEOS DOS TENDÕES EXTENSORES NOS OSSOS DO MEDIO PE
- 7- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
- 8- HEMOSTASIAS
- 9- SUTURA DE PELE

Data 13/07/2019

Assinatura/Carimbo
Luiz Juvencio Medeiros De Arruda CamaraDR. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIR. E ARTROSCOPIA DO JOELHO
CRM 8.6537 / TEST 15022



**GOVERNO
DA PARAIBA**



GOVERNO
DA PARAIBA

Número do Prontuário: 149668

DATA DA CIRURGIA: 13/07/2019

Número do Atendimento: 1943024 Clín: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 6

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Data da Internação: 13/07/2019

Atendimento:1943024

Diagnostico Pré-Operatório:FRAT EXPOSTA DO COTOVELO E PÉ A ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:0408050462 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

Cirurgia:LMC+FIXACAO

Data da Cirurgia:13/07/2019

Equipe:

Cirurgião:JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:WAGNER COSTA

Anestesiista:VALDELUCIO CESAR DE ABREU JUNIOR

Tipo de anestesia:GERAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA + ANTISSEPISIA

IDENTIFICADA AS SEGUINTE LESÕES: FRATURA EXPOSTA DA ULNA PROXIMAL ESQUERDA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES + LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR E BASTANTE INSTÁVEL + FRATURA DO 1, 2, 3, 4 E 5 METATARSOS DO PÉ ESQUERDO COM PERFUSÃO E TEMPERATURA DIMINUÍDAS.

REALIZADA A LIMPEZA MECANICO CIRURGICA EXAUSTIVA DAS FRATURAS COM SORO FISIOLÓGICO 0,9% EM GRANDE QUANTIDADE.

REALIZADO DESBRIDAMENTO CIRURGICO

REALIZADA A REDUÇÃO DA ULNA PROXIMAL E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 12 FUIROS E 02 FIOS DE KIRSCHNER 2,0MM INTRAMEDULARES E PASSAGEM DE PARAFUSO INTERFRAGMENTAR EM CUNHA DA ULNA SOB CONTROLE DA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FLUOROSCOPIA

REALIZADA A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS DO 2,3,4 E 5 METATARSOS DO PÉ ESQUERDO COM FIO KIRSCHNER 2,0MM INTRAMEDULARES E PERCUTÂNEOS SOB VISUALIZAÇÃO DA RADIOSCOPIA

13/07/2019

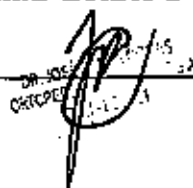
HTCG-Painel Administrativo

**REALIZADA A REDUÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA LUXAÇÃO DO TORNOZELO
ESQUERDO POR LESÃO PURAMENTE LIGAMENTAR COM FIXADOR EXTERNO
TRANSARTICULAR**

**SUTURA E APROXIMAÇÃO DOS BORDOS DAS LESÕES
CURATIVOS ESTÉREIS**

Data 13/07/2019

Assinatura/Carimbo
Jose Renna Gomes Da Silva


DR. JOSE
ORTOPEDIA

REF: NADINFORMA01
Origem: CENICA UOI/OPE/DICA F
Destino: FNP/G6-1, 01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/07/2019 14:52 :]

Resultados

Verzeichnis der Referenzen:

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.26 milhões/mm ³	3.9 ± 5.9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	9.9 g/dL	12.1 ± 16.7 g/dL
Hematócrito.....	29.3 %	34.9 ± 46.0 %
V.C.M.....	90 fL	89.0 ± 100.0 fL
H.C.M.....	30 pg	77.0 ± 97.0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	86.0 ± 106.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

SÉRIE BÁSICA		SÉRIE DE 100 mm ³ (200 µl)	
Leucócitos	2.000 (%)	/mm ³ (/mm ³)	
Ermidáveis			
Trombócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Monócitos	0	0	
Eosinófilos	3,0	240	2,0 x 10 ⁹ = 2,0 x 10 ⁹ /mm ³
Segmentados	82,0	6.560	8,2 x 10 ⁹ = 8,2 x 10 ⁹ /mm ³
Ermidáveis			
Linfócitos	1,0	80	1,0 x 10 ⁹ = 1,0 x 10 ⁹ /mm ³
Neutrófilos	0	0	
Atípicos			
Atípicos	10,0	800	1,0 x 10 ⁹ = 1,0 x 10 ⁹ /mm ³
Atípicos ou Reativos	0	0	
Plaquetas	4,0	320	4,0 x 10 ⁹ = 4,0 x 10 ⁹ /mm ³
CONTAGEM DE PLACETAS	157.000	mm³	156.000 a 158.000 /mm³

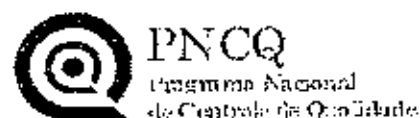
01588VAC02S..... Contagens revisadas e confirmadas.

Time to go to SANGRE TOTAL.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRM - 5793

ante Junho de 2 assinado digitalmente sob o número: 1290-3606-2393-2436-7992-02AA-EPF-1-130E



PACIENTE:	MARISO SILVA DO NASCIMENTO
DATA DO EXAME:	13/07/2019

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 e bexiga identificáveis ao método.


DR. JANNIÉ DE MIRANDA
Médico radiologista
CRM-PE 7901 / CRM-PE 21033

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

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

USG DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

- Não evidencio fluxo na porção média/distal da artéria pediosa, questionando-se pequena área de descontinuidade.
- Extensa edema de partes moles adjacentes.



AValiação CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Mário S. Maciel IDADE: 48 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 25/07/99

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: <u>sem</u>	() Tabagismo <u>N</u>
() Etilismo	() Sedentarismo
() Distúrbio	() Outros

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim

4 - EXAMES FÍSICO

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: CCR, 2T, 3V

FC.: 82 b.p.m P.A.: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: Normal

Ex. Laboratoriais: hg: 88

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

Dra. Jéssica Oliveira
Cardiologista
CRM 3463

Ass. do Médico

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: MARINO SILVA Registró: Leito: 06-01 Setor Atual: PU101

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:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (X) 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. (X) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: André Silva de Noronha Registro: 6 Leito: 1 Setor Atual: Quip

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:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

Mobilidade Física: (☒) Preservada () Paresia () Plegia () Parêstesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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 () Cefalo.



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Data da Internação: 13/07/2019

Data da Alta: 18/07/2019

Registro: 1943024

Tempo de Permanência: -18091

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050020

Cirurgia: AMPUTACAO + OSTEOSINTESE

Data: 13/07/2019

Equipe:

Cirurgião: LUIZ JUVENCIO MEDEIROS

Aux 1: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 2: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA DE MOTO, EM USO DE BEBIDA ALCOOLICA (SIC), DOR DOR, DEFORMIDADE E FRATURA EXPOSTA EM PE ESQUERDO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE EM ULNA E, FOI REALIZADO AMPUTACÃO DEO ANTEPE

Orientações: ALTA HOSPITALAR: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, ATESTADO MEDICO, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRÊNCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA

Medicações para Casa: PRESCRECO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, ARFLEX 200MG VO 1 X AO DIA POR 06 DIAS, XARELTO 10MG VO 1X AO DIA POR 28 DIAS, PRELONE 20MG VO 1X AO DIA POR 07 DIAS.

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

Condições de Alta: Melhorado

Data: 18/07/2019

Assinatura:

Wagner Luiz Egitto De Araujo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA!

RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egitto De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/07/2019

Horas: 08:17:19

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943024 Paciente: MARISO SILVA DO NASCIMENTO Idade: 048 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES JUVENTINO Data de Nascimento: 08/08/1970 Admissão: 13/07/2019

Clínica: ORTOPIEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PE E + FX EXPOSTA ULNA PROXIMAL ESQUERDA + LUXACAO TORNOZELO

DIA 17/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Renna Gomes Da Silva / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamenta
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 4D/14D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
5	DEXAMETASONA 4MG /ML, 2,5 ML E.V. 1 AMPOLA. 8h/8h	18 22 06
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. 12h/12h Diluir em 150 SF	12 24
7	TIROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA. 8h/8h S/N	
8	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 8h/8h COM 100ML SF 0,9%	18 22 06
10	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA:17/07/2019 HORA:08:16:02

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXA DE DOR. EM REG. SONO PRESERVADO, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. NV SEM ALTERAÇÕES. FO COM BOM ASPECTO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO E EDEMA EM MIE (COM REDUÇÃO DO EDEMA).

CONDUTA: RETIRAR SVD

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPIEDIA - 1943024
CRM 17.718

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/07/2019

Horas: 10:59:12

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943024 Paciente: MARISO SILVA DO NASCIMENTO Idade: 048 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES JUVENTINO Data de Nascimento: 08/08/1970 Admissão: 13/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PÉ E + FX EXPOSTA ULNA PROXIMAL ESQUERDA + LUXACAO TORNZELO

DIA 16/07/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	Gente
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 6h/6h	14/22/06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 3D/14D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12/24
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12/24 06
5	DEXAMETASONA 4MG /ML 2.5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14/22 06
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. 12h/12h Diluir em 150 SF	12/24
7	TRAMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14/22 06
8	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	14/22 06
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 8h/8h COM 100ML SF 0.9%	14/22 06
10	CURATIVOS	Gente

EVOLUÇÃO

DATA: 16/07/2019 HORA: 10:58:29

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA. CONSCIENTE E ORIENTADO. SEM QUEIXA DE DOR. EM BEG. SONO PRESERVADO, DIURESE PRESENTE. EVACUAÇÕES PRESENTES. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. NV SEM ALTERAÇÕES. FO COM BOM ASPECTO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO E EDEMA EM MIE (COM REDUÇÃO DO EDEMA).

CONDUITA:

- VPM.

ASSINATURA: Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-93 782

10:30

16. Paciente sus medicado

074 PA=130/70 AUP=16/07/19

19 realizado curativo segun

nota de cuidados de

Imagem m: 1004374-13

1004374-13

26. 07. 19 21h PA 110/60 mm Hg

Pto exant, sem queilas até o momento, sem intercorrências

M-C P. M.

Zaluar

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/07/2019

Horas: 11:43:22

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943024 Paciente: MARISO SILVA DO NASCIMENTO Idade: 048 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES JUVENTINO Data de Nascimento: 08/08/1970 Admissão: 13/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PE E + FX EXPOSTA ULNA PROXIMAL ESQUERDA + LUXACAO TORNOZELO

DIA 15/07/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 6h/6h	+ 2 ig 2x 2h
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 2D/14D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	+ 5 2h
4	CONCENTRADO DE HEMACIAS. 600 ML. EV	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	+ 2 ig 2x 2h
6	DEXAMETASONA 4MG /ML 2.5 ML E.V. 1AMPOLA. 8h/8h	+ 2 2x 2h
7	CETOPROFENO 100 MG E.V. 12h/12h Diluir em 150 SF	+ 2 2h
8	TIROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA. 8h/8h	+ 2 2x 2h
9	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	(12) P (6) F
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 8h/8h COM 100ML SF 0.9%	+ 2 2x 2h
11	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO Alexane 40mg, JFA, SC, 1x aodia. *[assinatura]*

DATA: 15/07/2019 HORA: 11:39:29

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR MODERADA, EM BEG.

SONO PRESERVADO, DIURESE PRESENTE (EM USO DE SVD), EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA;

NV SEM ALTERAÇÕES.

FO COM BOM ASPECTO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO E EDEMA EM MIE.

CONDUTA:

- VPM.
- SOLICITO ECG + RISCO.
- PRESCREVO 02 UI DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

ASSINATURA +

Ana Maria Da Silva Anselmo

[assinatura]
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo - Traumatologia
MR. Ortopedia
CRM-PB 7825

1 UNIDADES	1º MOC	DATA	15/07/2019	ASSIN
REGISTRO:	1925190702042	01		
INÍCIO:	12:05	VOLUME:	239	
PA:		PULSO:		TEMP: 36,1
TÉRMINO:		RESPONSÁVEL:	15/07	
PA:		PULSO:		TEMP:

1 UNIDADES	1º MOC	DATA	15/07/2019	ASSIN
REGISTRO:	1925190709055	01		
INÍCIO:	18:35	VOLUME:	239	
PA:		PULSO:		TEMP:
TÉRMINO:		RESPONSÁVEL:	15/07	
PA:		PULSO:		TEMP:

15-07-19

PA - 100170

H - 13-00

Paciente, evolui sem feixes
mantendo AVR, realizado banho
no leito, curativo, limpeza do
fisada, medicado segue sem
feixes, pois curados. ~~feixes~~
de enfermagem.

Josefa Cristina de Albuquerque
CORREN-98 174938-TE

15-07-19

PA - 120180

H - 19,15

Paciente, segue do
curativos de enferma-
gem.

Josefa Cristina de Albuquerque
CORREN-98 174938-TE



● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelho - Recife/PE - CEP: 60.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0863

Paciente: Marcos Silva dos Almeida
 Hospital: de Tubarão C. General
 Médico: Dr. Ricardo
 Data da Cirurgia: 30/7/19 Procedimento: _____
 Prontuário: 1942903 Convênio: _____
 Instrumentadora(O): Dr. C. Circulante: _____

[illegible]Recto 13 de 07 de 2017

Circularité

Dr. Emily Radford - CMAA
UR ORTHOPAEDIC INNOVATIONS
CGM-PB 9507

Médico Responsável

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/07/2019

Horas: 13:00:50

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1943024 Paciente: MARISO SILVA DO NASCIMENTO Idade: 048 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES JUVENTINO Data de Nascimento: 08/08/1970 Admissão: 13/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PE E + FX EXPOSTA ULNA PROXIMAL ESQUERDA + LUXACAO TORNOZELO

DIA 14/07/2019

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

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 1D/14D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 18 24 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
5	TRAMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	12 18 24 06
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. 12h/12h Diluir em 150 SF	12 24
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12 18 24 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 8h/8h COM 100ML SF 0.9%	12 18 24 06
9	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/07/2019 HORA: 12:59:55

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR.
NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.# CONDUTA:
-VPM.ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria da S. Anselmo
MÉDICA
CRM PB 7325

14/07/14 - 13:00

PA: 120x80

Let size no lib
concrete interface
moldado emoldado
despacho Ague no lib.
Agenda emoldo

Martineide da Silva
CÓREN-PB 583.886-TE

14.04.19

20hA

PA: 120x60

T10: M. Morais Fortunato Soares
CÓREN-PB 843.811-TE

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/07/2019

Horas: 20:58:56

Médico (a) Diarista : Jose Renna Gomes Da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943024 Paciente: MARISO SILVA DO NASCIMENTO Idade: 048 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES JUVENTINO Data de Nascimento: 08/08/1970 Admissão: 13/07/2019

Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 6 Diagnóstico: FX EXPOSTA PE E + FX EXPOSTA ULNA PROXIMAL ESQUERDA + LUXACAO TORNOZELO

DIA 13/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Renna Gomes Da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	00
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h OD/14D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	06
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 12h/12h Diluir em 150 SF	06
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 8h/8h COM 100ML SF0,9%	06
8	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 13/07/2019 HORA: 20:54:16

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA NO OLECRANO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO COM EXTENSA LESÃO DE PARTES MOLES

AO EXAME:

PERFUSÃO DISTAL DO PÉ ESQUERDO COMPROMETIDA ASSIM COMO TEMPERATURA DIMINUÍDA
FERIMENTO EXTENSO DO COTOVELO ESQUERDO E DA PLANTA DO PÉ ESQUERDO

TORNOZELO ESQUERDO INSTÁVEL E LUXADO (OPTADO POR FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR)

CD: LMC + FIXAÇÃO DO OLECRANO E ULNA PROXIMAL + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA DO 2,3,4 E 5 METATARSOS ESQUERDOS

SOLICITO AVALIAÇÃO DO VASCULAR PARA AVALIAR VIABILIDADE DO PÉ ESQUERDO APÓS FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR

ASSINATURA + CARIMBO
Jose Renna Gomes Da Silva

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943024 Paciente: MARISO SILVA DO NASCIMENTO Idade: 048

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES JUVENTINO Data de Nascimento: 08-08/1970 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PE E + FX EXPOSTA ULNA PROXIMAL ESQUERDA + LUXAÇÃO TORNOZELO

Dia 18/07/2019

MÉDICO(A): Jose Renna Gomes Da Silva / MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 5D/14D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
5	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. AMPOLA, 8h/8h	12 22 06
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. 12h/12h Diluir em 150 SF	12 24
7	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. AMPOLA, 8h/8h SIN	
8	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 8h/8h COM 100ML SF0.9%	12 22 06
10	CURATIVOS	

Alta

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/07/2019

Horas: 09:55:41

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1943024 Paciente: MARISO SILVA DO NASCIMENTO Idade: 048

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES JUVENTINO Data de Nascimento: 08/08/1970 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PE E + FX EXPOSTA ULNA PROXIMAL
ESQUERDA + LUXACAO TORNOZELO Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 18/07/2019 HORA: 09:45:24

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXA DE DOR, EM BEG.
SONO PRESERVADO, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.
NV SEM ALTERAÇÕES.
FO COM BOM ASPECTO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO E EDEMA EM MIE (COM REDUÇÃO DO EDEMA).

CONDUTA: ~~ALTA-HOSPITALAR~~ SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, ATESTADO MEDICO, RETORNO CONSULTAS
AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRÊNCIAS RETORNAR.
ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, PRESCRECO CIPROFLOXACINO 500MG VO
12/12H POR 07 DIAS, ARFLEX 200MG VO 1 X AO DIA POR 06 DIAS, XARELTO 10MG VO 1X AO DIA POR 28 DIAS,
PRELONE 20MG VO 1X AO DIA POR 07 DIAS.

ASSINATURA E CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo
MS-ORTOPEDIA
CRM - PB 8926

18.07.2019

10h às 3h 120x70

Paciente em ventose, realizado curativo no M56 usando fixador gerimento com partes maceradas com penicila de resina com odor fétido, o mesmo aguarda procedimento cirúrgico medido conforme prescrição médica

Katia Silva Nóbrega de Figueiredo
COREN-PE 86.017-TE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Mário Silva de Nascimento Registro: 6 Leito: 1 Setor Atual: UTI

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 () Midriáticas

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

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

Obs.:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva 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.



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):	MARISO SILVA DO NASCIMENTO	Protocolo:	0808476644	RG:	NÃO INFORMADO
Dta):	ROSE RENNA GOMES	Data:	14-07-2019 17:43	Origem:	CLINICA ORTOPÉDICA I
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	48 anos	Destino:	GNF 06-E 05

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 14/07/2019 17:43)

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	2.9 milhões/mm ³	4.2 a 6.2 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	8,8 g/dL	13,5 a 16,2 g/dL
Hematócrito.....	26,8 %	40,7 a 51,5 %
V.C.M.....	92 fL	87,2 a 101,7 fL
H.C.M.....	30 pg	27,2 a 32,9 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,5 a 36,9 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	5.700 /mm ³	(%)	(/mm ³)	4.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....	0	0		
Promielócitos.....	0	0		
Mielócitos.....	0	0		
Mecanocitócitos.....	0	0		
Bastonetes.....	2,0	114		
Segmentados.....	74,0	4.218		40 a 70 % = 3.000 a 8.000 /mm ³
Eosinófilos.....	2,0	114		1 a 5 % = 40 a 600 /mm ³
Basófilos.....	0	0		1 a 2 % = até 300 /mm ³
Linfócitos.....	19,0	1.083		20 a 40 % = 1.000 a 4.000 /mm ³
Típicos.....	0	0		
Atípicos ou Reativos.....	3,0	171		0 a 10 % = até 1.000 /mm ³
Monócitos.....	134.000 mm ³			140.000 a 300.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....				

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: CENSUS TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Geider Farias Cavalcanti
Geider Farias Cavalcanti
 Biomedico
 CRM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 05ED-8CED-28DA-6A10-61A5-B066-430B-2B75



Laboratório
Newlab



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade

Ser(a):	MARISO SILVA DO NASCIMENTO	Protocolo:	0000476644	RG:	NÃO INFORMADO
De(a):	JOSE RENNÁ GOMES	Data:	14-07-2019 17:43	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	48 anos	Destino:	RNF 06 - I - 01

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'07''

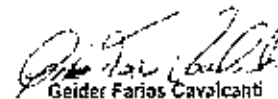
LAUDO COMPLETO 14/07/2019 17:43
MATERIAL: SANGUE
MATERIAL: SANGUE

Tempo de Sangramento
DE 2 A 3 MINUTOS

TEMPO DE COAGULACAO 8'30''

LAUDO COMPLETO 14/07/2019 17:43
MATERIAL: SANGUE
MATERIAL: SANGUE

Tempo de Coagulação
DE 5 A 10 MINUTOS


Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7404

Impressão : 14-07-2019 17:43 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: 0A1B-0615-6994-44ED-1624-43B5-9AED-065A



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, MARIA ANGELA SOARES DO NASCIMENTO
 RG nº 3.949.312, data de expedição 25/03/2011
 Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 109.292.534-18
 com domicílio na cidade de ALAGOA GRANDE, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA MARIA CAVALCANTE PEREIRA, nº 17
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MARISO SILVA DO NASCIMENTO, cujo o condutor era
MARISO SILVA DO NASCIMENTO
 Veículo: MOTO Modelo: HONDA/POP 100 Ano: 2008
 Placa: MON1285/PB Chassi: 9C2HB02109R008890
 Data do Acidente: 13/07/2019

Local e Data: ALAGOA GRANDE-PB 30 SETEMBRO 2019

* Maria Ângela Soares do Nascimento
 Assinatura do Declarante

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



ÍEDA CARNEIRO

Serviço Notarial e Registral

Ofício de Notas e Cartório de Registro de Imóveis

Rua Apollônio Torres, 733, CEP: 58.286-000, Alagoa Grande-PB

Telefone: (33) 3223.1420 - e-mail: carneiro@notario.pb.gov.br

Assinatura: MARIA ANGELA SOARES DO NASCIMENTO

Em testada verdade, Alagoa Grande-PB 30/09/2019 10:49:41

Manuela de Fátima de Paiva Carneiro - Tabelião-Substit

(2019-04136)EMT-PR-10-51 FAFEN-PR-0-12 FEF-PR-1-92 ISS-PR-0-25

SELO DIGITAL: A0B19997-9034

Confira a autenticidade em <https://selo.digital.br/pr>

Tabelião Substituta

SUBSTITUTAS: Manoela de Fátima Carneiro

Manuela de Fátima de Paiva Carneiro

Manuela de Fátima de Paiva Carneiro

Manuela de Fátima de Paiva Carneiro

Manuela de Fátima de Paiva Carneiro

Manuela de Fátima de Paiva Carneiro

Manuela de Fátima de Paiva Carneiro

Manuela de Fátima de Paiva Carneiro

Manuela de Fátima de Paiva Carneiro

Manuela de Fátima de Paiva Carneiro

Manuela de Fátima de Paiva Carneiro

Conforme Lei nº 8.935/14 art nº 20