

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2015

Carta nº: 8184572

A/C: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

Sinistro: 3150970240
Vitima: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR
Data Acidente: 02/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8254668

A/C: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

Sinistro: 3150970240
Vítima: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR
Data Acidente: 02/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150970240 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SEVERINO MARSSAL nº 27 - MONTE SANTO - PICUI/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3722813 - SSP**
Data local do exame: **23/12/2015 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO PLATEAU TIBIAL ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MEDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

EDEMA RESIDUAL, HIPOTROFIA, CREPITAÇÃO EM JOELHO, CLAUDICAÇÃO

IV. Segundo o 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.

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MIE

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 23/12/2015

Médico Perito: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI CRM: 6508


Márcio Alberto L. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CIR. DO OMBRO E COTOVELO
CRM-PB 6508 TEOT 11209

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

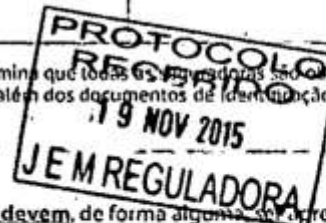
Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Elis Paulino de Oliveira Junior
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.422.813 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 28/11/2008 E
 CPF 104363924-16 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO func
 E RENDA MENSAL DE R\$ 289,22 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elis Paulino de O. Junior AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consultá ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTÉ: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4316 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5681-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Picuí - PB 11 de Novembro de 2015

LOCAL E DATA

Elis Paulino de O. J.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

58

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE 

03/11/2015 HORA: 16:11:10
DATA EFETIVACAO: 03/11
CONVENIO: 000611433
OPERADOR: 00061144

AGENCIA: 4916

CONTA: 013.00005681-5

NOME: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNI

VALOR: 

COD. OPERACAO: 516122351

DISQUE CAIXA - 0800 726

0101 OUVIDO

RIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

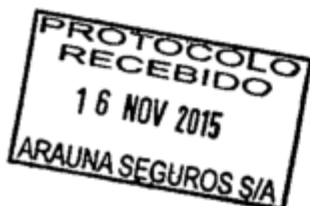
caixa.gov.br

PROTOCOLADO
RECEBIDO
19 NOV 2015
JEM REGULADORA

59



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PICUI/PB
DELEGACIA DE PICUI
Rua Coronel Manoel Lucas, nº 02 - Centro, Picuí/PB
CEP: 58.187-000 - Telefone: (83)3371-2324



C E R T I D ã O

Nº.Cont.: 082/2015

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 01/2015, o Registro n.º 82/2015, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Aos 03 dias do mês de novembro do ano de 2015, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Bel^(a). Luisa Nascimento Correia Lima, Delegada de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 16h53min, compareceu **ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR**, brasileiro, solteiro, pintor, natural de Picuí/PB, nascido aos 21/11/1990, filho(a) de Elias Paulino de Oliveira e Ana Maria dos Santos Oliveira, residente na rua Severino Marsal, nº 27, bairro Monte Santo, Picuí/PB, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 02 de agosto de 2015 por volta das 17h30min., o comunicante deslocava-se pela rua Francisco Cunha Dantas, bairro Cenecista, Picuí/PB, pilotando uma motocicleta HONDA BIZ 125 KS, placa MYP 5487/RN, chassi 9C2JA04106R809224, cor azul, ano/modelo 2005/2006, licenciada em nome de Elizama Kelly dos Santos Oliveira, Quando um cachorro atravessou a frente da motocicleta inesperadamente e comunicante desviou e bateu com a motocicleta em uma árvore; Que as testemunhas desta certidão acionaram o SAMU que encaminhou o comunicante ao Hospital Regional de Picuí/PB, onde recebeu os primeiros atendimentos; Que no dia posterior ao fato o comunicante foi transferido para o Hospital de Truama em Campina Grande/PB; Que o comunicante fraturou o plator tibial da perna esquerda e colocou 06 parafusos e uma placa de platina na perna esquerda e teve de se submeter a uma cirurgia conforme cópia dos documentos anexos. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.

Picuí/PB, 03 de novembro de 2015.

Elias Paulino de Oliveira Junior
COMUNICANTE

JOSÉ DANTAS DA COSTA

TESTEMUNHA 1 RG 2.143.047 SSP/PB, R. Francisca Cunha Dantas, 20, bairro Cenecista, Picuí/RN.

Maria dos Dores Santos Costa
MARIA DAS DORES DOS SANTOS COSTA

TESTEMUNHA 2 RG 1.049.059 SSP/PB, R. Francisca Cunha Dantas, 20, Cenecista, Picuí/PB.



01

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ELIAS PAUCINO DE OLIVEIRA JUNIOR, portador da carteira de identidade nº 3722813 e inscrito no CPF/MF sob o nº 10436392110, residente e domiciliado na R. SEVERINO MARSALE Nº 22, Cidade PICUI, Estado PB, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 "T2%"



Elías Paucino de Oliveira Jr.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data

OV



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUI
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73
Home Page: <http://picui.famup.com.br>
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 08.619.650/0001-21
BASE DESCENTRALIZADA SAMU 192

Picuí/PB, 08 de Outubro de 2015.

DOCUMENTO 3 "T3%"



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 Picuí/PB, realizou atendimento pré-hospitalar do paciente ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JÚNIOR, 24 anos, portador do RG 3.722813, vítima de acidente motociclístico, ocorrido no dia 02 de Agosto de 2015, na Rua: Francisco da Cunha Dantas, Cenecista, Picuí/PB. Paciente encontrava-se consciente, orientado, estava em uso de capacete e o mesmo havia retirado, apresentando dor em joelho esquerdo. Após avaliação e realização de procedimentos necessários o mesmo foi removido para o Hospital Regional de Picuí/PB, conforme regulação.

Gigliana da Silva Dantas

Coordenadora do SAMU

COREN/PB 246.095

GIGLIANA DA SILVA DANTAS

Coordenadora SAMU PICUI/PB



ATO DECLARATORIO

03

10-0282-01

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

100-33747-100
CONTINUED ON PAGE 100
100-33747-100

تذکرہ ملا علی قلی خان

200 347 194 100.

20170706 10:10

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

5. 1. 1979

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: 30/12/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000005681-5

Nr. da Autenticação CC5729B68B355718

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DOCUMENTO 2 *T2%*



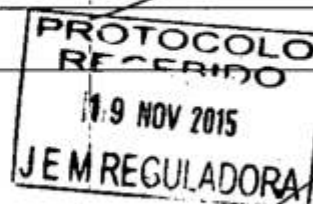
Eu, Elis Paulino de Oliveira Junior,
RG nº 3.422.813, data de expedição 28/11/2008, Órgão
SSP/PB, CPF nº 104.363.924-10, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Severino Maranhão</u>
Número	<u>27</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte Santo</u>
Cidade	<u>Picuí</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.182-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99622-3777</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí, PB, 11 de Novembro de 2015

Assinatura do Declarante: Elis Paulino de Oliveira Junior



60



Rua Feliciano Cimo, s/n - Jaguaribe João Pessoa - PB. CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

001833

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

01742179-9

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA / ESCOPO E SERVIÇOS

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

DESCRIÇÃO

028.01.020.0304

ENDEREÇO

RUA ROLDÃO, 2 DE MACEDO, 145

CNPJ

58187-000

BAIRRO

JK

CIDADE

PICUI

SITUAÇÃO

SITUAÇÃO ÁGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

RESIDENCIAL

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

COMERCIAL

INDUSTRIAL

PÚBLICO

LIGADO

POTENCIAL

DADOS DO FATURAMENTO

DÉBITOS DEBITADOS

QUALIDADE DA ÁGUA

LEITURA ATUAL 313
 LEITURA ANTERIOR 299
 CONSUMO DO MÊS (m³) 14
 DATA DA LEITURA 30/06
 DIAS DE CONSUMO 31
 CONDIÇÃO DA LEITURA EFETUADA
 CONDIÇÃO DO FATURAMENTO REAL
 ANORMALIDADE DA LEITURA
 ANORMALIDADE DE CONSUMO
 DATA DA PRÓXIMA LEITURA

MÊS VALOR - R\$
 04/2015 25,93

PARÂMETRO VALOR MÉDIO PORTADA SEM
 DETECTADO AMPLA-RETECIDA
 TURBIDIDADE 4,50 UT
 PH 6,0 a 9,5
 COR 15 UH
 CLORO 0,2mg/l
 SOLUTIVOS TOTAIS (*)

Ignora, se pago após:
 30/06/2015

(*) Sistema que analisa 40 ou mais amostras por
 mês, presente em 95% das amostras examinadas

Dados Referentes à

ÚLTIMO CONSUMO

AGUARDANDO

DADOS DO FATURAMENTO

DESCRIÇÃO

VALORES

JAN 11 -00
 FEV 12 -18
 MAR 9 -00
 ABR 10 -00
 MAI 8 -00
 JUN 17 -00
 MÉDIA:
 11

Número A08A017737
 Data Instalação 08/07/2013
 Marca ASI
 Localização EXT
 Capacidade 3 m³/h

CONSUMO D'ÁGUA

TOTAL A PAGAR:

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 19 NOV 2015
 JEM REGULADORA
 ***** 40,81

REFERÊNCIA

SITUAÇÃO DO DEBITO DO FATURAMENTO

VENCIMENTO

JUL/2015

30/07/2015

** DÉBITO AUTOMÁTICO **

826500000003 408100108211 742179907206 1500000000011



P-1073

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

DESCRIÇÃO

028.01.020.0304

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

TOTAL A PAGAR

REFERÊNCIA

JUL/2015

MATRÍCULA

01742179-9

VENCIMENTO

30/07/2015

62



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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 **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825** 2ª via, expedido por SSP/PB, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

EUAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima EUAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE DE RESIDENCIA.**



NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65

PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

63



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ELIZAMA KELLY DOS SANTOS OLIVEIRARG nº 3504687, data de expedição 07/05/2012Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 086.806.614-08, comdomicílio na cidade de PICUI, no Estado dePB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA VENEMANO VENEMUEL DE VENETA, nº 514

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 ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR cujo o condutor eraELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIORVeículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA BIZ 125 KSAno: 2005Placa: MYP-5487/RNChassi: 9C2JA04106R809224Data do Acidente: 02/08/2015Local e Data: PICUI - PB, 13/11/2015

Elizama Kelly dos Santos Oliveira
Assinatura do Declarante

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



04

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ 08.778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

111-25

PACIENTE: ELIAS PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

Prof. Estado: MAPS/98/9845

Sexo: MASCULINO Data: 24/7

Endereço: LUIZ GONZAGA FERNANDES

Código: 1604502918000051

Município: ELICUI

Estado: PARAÍBA

Data de Nascimento: 03/08/2015

CEP: 58114-000

RACIA/COR: BRANCA

QUEIXAS: ACIDENTE DE TRÂNSITO

() 1 - BRANCA

() 2 - PRETA

() 3 - PARDA

() 4 - AMARELA

() 5 - INDICADA

() 99 - SEM INSERÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Exame físico normal

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

DIAGNÓSTICO / CID:

fratura do pé direito (19)

Nº PREZA DA CONSULTA

Curso de Especialização

PROCEDIMENTO

Exame físico normal

TIPO DE ATENDIMENTO

PROTÓCOLO DE REGULAÇÃO
19 NOV 2015
JEM REGULADORA

3 - URGÊNCIA
4 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO
5 - ACIDENTE NO TRÂNSITO
6 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES
7 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES
8 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES
9 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

MEDICAÇÃO

01 - PRESCRIÇÃO

02 - APLICADA

03 - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO - PROCEDIMENTO

CEO

JPAC

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU PEGUE O DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

Exame físico normal

Ficha de Acolhimento

Nome: Elias Paulino de Oliveira Junior
End: Agimio Macedo, 48 Bairro: Picuri
Data de Nascimento: 23-11-90 Documento de Identificação: _____
Queixa: Acidente Data do Atend.: 03-08-15 Hora: 16:10 Documento: _____

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☒ Calmo ☐ Fácies de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória: _____ Frequência cardíaca: _____
Pressão arterial: _____ Temperatura axilar: _____
Dosagem de HGT: _____ Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Cama

Estratificação

1700. 110

Protocolo - atendimento imediato
(REFERIDO)
19 NOV 2015
JEM REGULADORA

Joana Dore de S. Vasconcelos
ENFERMEIRA
COREN RN 4949
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

PROTÓCOLO
REFERIDO
19 NOV 2015
JEM REGULADORA

07



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

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Elias Paulino de O. Junior

DOCUMENTO Nº. _____ IDADE: 24

DATA DE NASCIMENTO: 1/1/ SEXO: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: Picui - PB CEP: _____

PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL _____

H.D.A. Acidente de moto

o/ homem em joelho e

FRAT. PLANOCTO

EXAMES REALIZADOS: RX

CONDUTA: Ap. Hospital de fratura

de Coluna. Ortop

Ortopedia Dr. Rodolfo

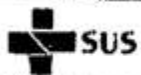
DATA: 03.08.18

MÉDICO ASSISTENTE / CRM

PROTÓCOLO
RECEBIDO
19 NOV 2015
JEM REGULADORA

Dr. Carlos Cândido Filho
Ortopedia - Trauma - Mão
CRM-PB 5143 - 1701725

08



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 LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 | 3 | 6 | 2 | 3 | 5 | 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ASSESSORANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 | 3 | 6 | 2 | 3 | 5 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Elisio Paiva de Oliveira Junior

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

238. 970

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 | 6 | 0 | 4 | 6 | 0 | 2 | 9 | 1 | 8 | 0 | 0 | 5 | 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

23 / 11 / 1990

9 - SEXO

Masculino [X] Feminino []

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

313 | 91819191819191

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Souza Azevedo, 421 Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picuí

14 - COD. REG. MUNICIPAL

15 - UF

16 - CEP

17 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

Dor + limitação funcional em joelho esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

dores + trauma físico

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

Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de platô tibial direito

21 - CID 10 PRIMÁRIO

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação hospitalar

25 - CLÍNICA

Ortopedia

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

1 - CURA 2 - CUP 3 - CUP

27 - DOCUMENTO

1 - CNES 2 - CUP 3 - CUP

28 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CUP) DO PROF. SOLICITANTE

037703164440

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

30 - DATA DE SOLICITAÇÃO

10/07/15

31 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

34 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

35 - CIPJ DA SEGURADORA

36 - CIPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - CIPJ DA EMPRESA

39 - SÉRIE

40 - CUP

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - PROSEGUIDO

6 - NÃO PROSEGUIDO

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - COD. CUP/ISSUE

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - CUP

1 - CNES 2 - CUP

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CUP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

...PRATIRA DE APLICAÇÃO...
(Assinatura II)

Leic)

Convenio)

paciente) Clua Pauline de Oliveira 2 Junho 2016 Alojamento

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/08	DIETAGELA LACTA 2 X 120 ML TETALIN 1 AMP IV 12/12H SUF 100 MG 2 X 120 ML MEV 100 MG 2 X 120 ML 3/8/08 ONE 100 MG 2 X 120 ML TRAMAL 100 MG 2 X 120 ML CICLAGNA	8h 12h 18h 22h	ER BUCAL EUPNEICO BOCA PERFUSÃO NOS MMS E VMI PELE SEM LESÕES IMOBILIZAÇÃO GESSADA EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS SEM AGUARDA CIRURGIA VPM
	Curativo 40mg SC 1x/4h Plasma CFEA 300 ML Captopril 100mg 1x CA. PAD 2 MC	22h	



GOVERNO
DA PARAÍBA

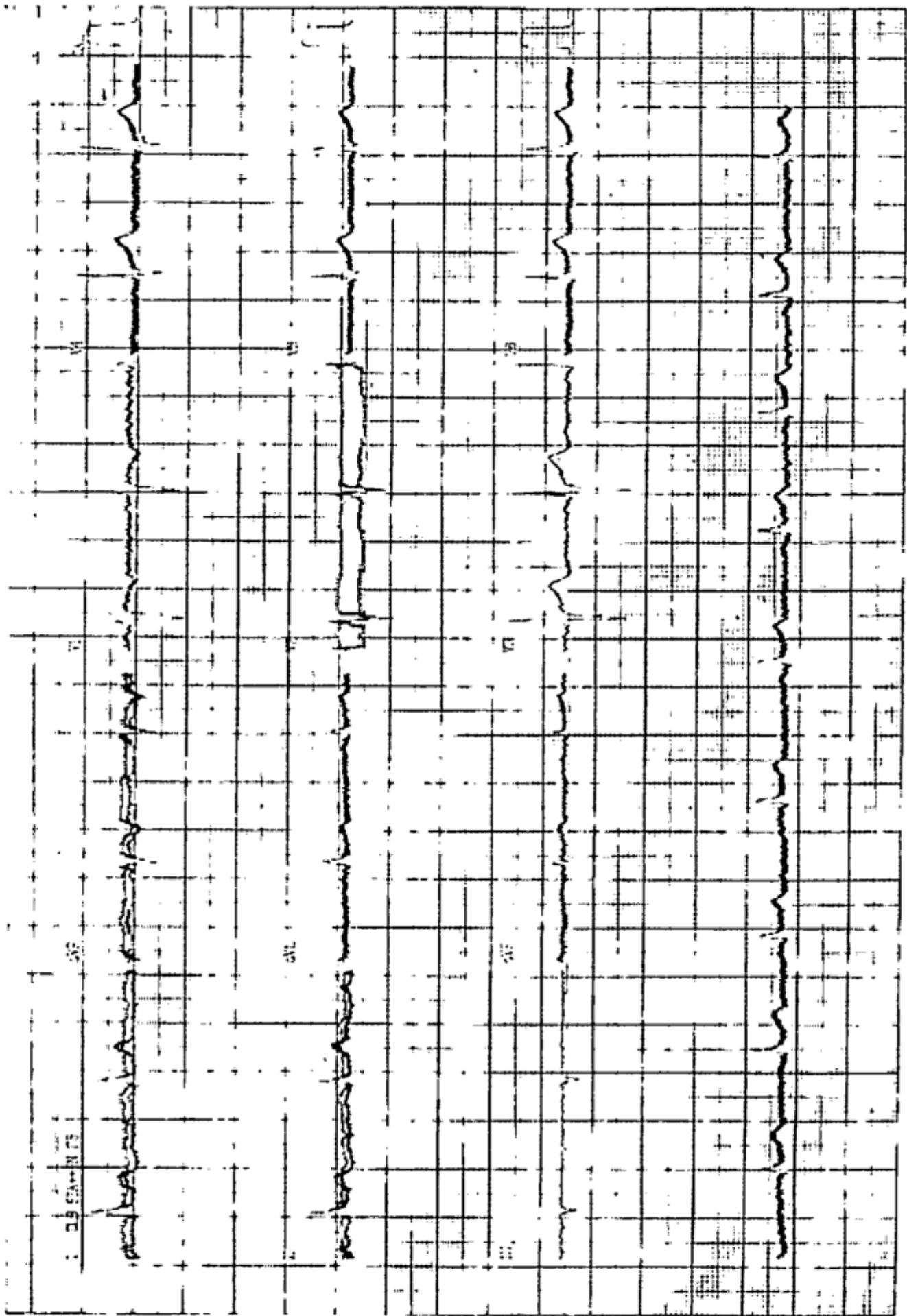
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <i>Elton Paulino de Oliveira Jr</i>		4/2/15	
IDADE: <i>24</i>	SEXO: ☒ M ☐ F	DATA DE NASCIMENTO: _____	
SETOR: <i>Amarela</i>	LEITO: <i>2-1</i>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>Fx de Pêlo Tibial ①</i>			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS: <i>Roxatil</i>	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOTENSO ☐	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☐
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐	TAQUIPNEICO ☐	EUPNEICO ☒
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐ SVD ☐
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐
	DEÂMBULA ☐	DEÂMBULA C/ APCIO ☐	ACAMADO ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐
SIST. GAS. ROINTESTINAL (DIETA):	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA: _____	FR: _____	FC: _____
			PESO: _____
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE QUEDA		CD/FR: _____	
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR: _____	
☒ RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR: <i>pendente de cultura</i>	
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR: _____	
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR: _____	
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA		☐ RETENÇÃO URINÁRIA	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR: _____	
☒ NÁUSEA		CD/FR: <i>nao tem</i>	
☐ DOR AGUDA		☐ DOR CRÔNICA	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR: _____	
☒ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR: <i>prejuizo muscular</i>	
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO		☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR: _____	
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR: _____	
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR: _____	
☐		CD/FR: _____	
☐		CD/FR: _____	
☐		CD/FR: _____	
		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS		<i>20 23</i>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA			
☐ INSTALAR CATETER DE O ₂ A O ₂ MINI OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ)			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA)		<i>Sempre</i>	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO		<i>Com aux</i>	
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		<i>Sempre</i>	
☐ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUITAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE			

ELIAS SAUJIMO 24/10/03
REC-L = 04/08/05 01:30h



RESULTADOS ESPERADOS:

RÉGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AValiação	ASSINATURA CARIMBO
------	------	----	---	----	----	-----	---------	-----------	-----------------------

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

Paciente evolui estável, observando
ansiedade, agitação, episódios nos
episódios de náuseas, vomito, e
irritação cutânea de genitor.

Realizado TC de crânio (G)

[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Elias Paulino</u>	DATA: <u>03/08/15</u>		
IDADE: <u>72</u>	SEXO: <u>M</u>	F	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1943</u>
SETOR: <u>ITA</u>	LEITO: <u>3-1</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>fx. LTE</u>			
ALERGIAS: <u>SIM</u> <u>NÃO</u> <u>OUAIS</u>			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: <u>SIM</u> <u>NÃO</u> <u>OUAIS</u>			
DOENÇA CRÔNICA: <u>SIM</u> <u>NÃO</u> <u>OUAIS</u>			
PRESENÇA DE ESCARA: <u>SIM</u> <u>NÃO</u> <u>LOCAL</u>			
PRESSÃO ARTERIAL: <u>HIPOTENSO</u> <u>NORMOTENSO</u> <u>HIPERTENSO</u>			
SISTEMA NEUROLÓGICO: <u>CONSCIENTE</u> <u>INCONSCIENTE</u> <u>ORIENTADO</u>			
SISTEMA RESPIRATORIO: <u>DISPNEICO</u> <u>TAQUIPNEICO</u> <u>EUPNEICO</u> <u>BRADIPNEICO</u>			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): <u>NORMAL</u> <u>POLÚRIA</u> <u>OLIGÚRIA</u> <u>SVD</u>			
MOBILIDADE: <u>DUSÚRIA</u> <u>CISTOSTOMIA</u> <u>ANÚRIA</u> <u>ACAMADO</u> <u>S/DEFICITE MOTOR</u>			
SIST. GAS. GASTROINTESTINAL: <u>VO</u> <u>SNG</u> <u>SNE</u>			
ESTADO NUTRICIONAL: <u>NUTRIDO</u> <u>DESNUTRIDO</u> <u>OBESO</u> <u>CAQUÉTICO</u>			
DADOS VITAIS: <u>PA:</u> <u>T:</u> <u>FR:</u> <u>FC:</u> <u>PESO:</u>			
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
☒ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
☐ NÁUSEA	CD/FR:		
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
CD. CARACTERÍSTICA DEFINICIONA			
FR. FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	APRAZAMENTO	ASSINATURA	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A DUMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA (RUIDOS, ESTERTORES E SATURAMENTOS DA ASA DO NARIZ)			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).			
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE			
☐ RELACIONAR OS AOS DIA, IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS RESPOSTAS DO PACIENTE.			

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Expt. Photo. - 17-10-61 (E)

Paciente	50 Ans	Pauline O. Williams	Alojamento	3	Leito	1	Convênio
----------	--------	---------------------	------------	---	-------	---	----------

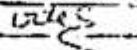
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
05/09	1- Dito 1 dia		EF Osteopatia
	2- Dificuldade 2 mil EV 6.11.11	18	
	3- V-P. 1 dia EV 10.11.11	18	
	4- S.F. 1 dia EV 10.11.11	18	
	5- Ovario 10 mg EV 1.1.11	18	
	6- Uterio 10 mg EV 1.1.11	18	
	7- Testes 10 mg + 10 mg S.F. 1.1.11	18	
	8- 1.1.11 15.11.11		
	9- Cidades Gerais	18	
	10- Acima de 10 mg		
	11- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	12- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	13- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	14- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	15- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	16- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	17- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	18- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	19- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	20- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	21- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	22- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	23- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	24- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	25- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	26- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	27- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	28- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	29- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	30- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	31- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	32- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	33- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	34- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	35- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	36- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	37- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	38- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	39- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	40- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	41- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	42- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	43- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	44- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	45- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	46- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	47- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	48- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	49- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	50- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	51- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	52- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	53- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	54- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	55- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	56- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	57- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	58- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	59- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	60- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	61- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	62- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	63- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	64- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	65- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	66- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	67- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	68- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	69- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	70- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	71- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	72- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	73- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	74- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	75- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	76- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	77- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	78- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	79- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	80- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	81- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	82- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	83- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	84- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	85- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	86- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	87- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	88- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	89- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	90- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	91- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	92- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	93- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	94- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	95- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	96- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	97- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	98- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	99- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		
	100- 10 mg 10.11.11 EV 1.1.11		



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Oliver Paulo de Oliveira Junior</u>	UGLOR 15		
IDADE: <u>23</u>	SEXO: <u>M</u>	FILIAÇÃO: <u>BRASILEIRO</u>	
SETOR: <u>UTI</u>	LEITO: <u>3-1</u>		
DIAGNOSTICO: <u>EX. PNEU. TUBUL. E</u>			
ALERGICO: <u>SIM</u>	☐	NAO: ☐	
MEDICACAO: <u>SIM</u>	☐	NAO: ☐	
DOENCA CRONICA: <u>SIM</u>	☐	NAO: ☐	
PRESENCIA DE: <u>SIM</u>	☐	NAO: ☐	
PRESSAO ARTERIAL: <u>40/20</u>	☐	NORMOTENSO: ☒	HIPERTENSO: ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO: <u>CONSCIENTE</u>	☒	INCONSCIENTE: ☐	ORIENTADO: ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <u>DISPNEIA</u>	☐	TACAPNEICO: ☐	EUPNEICO: ☐
S. GENITOURINÁRIO: <u>PRESE</u>	☒	POLQUIA: ☐	OLIGQUIA: ☐
	☐	CONTINUA: ☐	INURIA: ☐
MOBILIDADE: <u>DEBILITADO</u>	☐	DEBILITADO: ☐	ACAMADO: ☒
	☐	HEMIPLEGIA: ☐	PARALISIA: ☐
SIST. GAS. RESPIRATORIAL: <u>VOZ</u>	☒	SNG: ☐	SNE: ☐
ESTADO NUTRICIONAL: <u>NUTRIDO</u>	☒	DESNUTRIDO: ☐	OBESO: ☐
DIETA: <u>200 x 70</u>	☐	36°C: ☐	25: ☐
	☐	50: ☐	50: ☐
	☐		CAQUETICO: ☐

[illegible]

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORIZAÇÃO DE VÍVENS VET. S.		12/12 h	
☐ REALIZAR CONTROLE DE SÍNDROMA CAPLARI			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A MANUTER RESPIRAÇÃO FINECUTIDA			
☐ INSTALAR SINTETIZADOR DE O ₂ E LUNGO OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, RÍMOS, HISTEROPNEE E BATIMENTOS DA AGA DO NARIZ			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATIGALIZADA, QUANDO RECOMENDADO			
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE FEBRE, TAQUICARDIA, HIPERTENSÃO, CALOR, SUOR, ETC.			
☐ ASSISTIR O PACIENTE DURANTE O			
☐ REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PERTENCENTES A MANUTENÇÃO DO PACIENTE			
☐ RELACIONAR OS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS A CADAQUA DAS TAVELAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE			

18

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DO ENERGIÁRIO RESPONSÁVEL:NO. 123

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Edson Pereira Oliveira	Alcance	3	Leito	3	Convênio	
----------	------------------------	---------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/08	1 - DIETA LIVRE		1ª Oatopédia
	2 - SF 0.9 % 500 ml EV CADA 12 H	5h 50	Trasente rotônal, desquitos
	3 - OMEPRAZOL 40 mg EV CADA 24 H	0h	Urgo das
	4 - DIPIRONA 2.0 ml CADA 8 H	12h 18 24 00	Ag. de L. supinica, M. de L. de L.
	5 - TILATIL 20 mg EV CADA 12 H	12h 18 24 00	Trasente rotônal, desquitos
	6 - C.C.G.	0h	
	7 - Metoprolol 10mg EV 8/12h S/N	0h	
	8 - Acido Venoso	0h	
	9 - Clonazepam 10mg SC 2x dia	0h	
	10 - Plavixil 600 mg EV 8/12h S/N	0h	
	11 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	12 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	13 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	14 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	15 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	16 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	17 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	18 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	19 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	20 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	21 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	22 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	23 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	24 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	25 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	26 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	27 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	28 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	29 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	30 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	31 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	32 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	33 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	34 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	35 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	36 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	37 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	38 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	39 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	40 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	41 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	42 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	43 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	44 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	45 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	46 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	47 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	48 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	49 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	50 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	51 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	52 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	53 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	54 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	55 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	56 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	57 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	58 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	59 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	60 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	61 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	62 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	63 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	64 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	65 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	66 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	67 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	68 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	69 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	70 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	71 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	72 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	73 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	74 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	75 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	76 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	77 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	78 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	79 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	80 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	81 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	82 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	83 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	84 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	85 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	86 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	87 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	88 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	89 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	90 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	91 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	92 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	93 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	94 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	95 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	96 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	97 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	98 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	99 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	
	100 - Aspirin 100 mg EV 8/12h S/N	0h	



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM		06/10/15	
NOME: Elner Pontes Oliveira Junior			
IDADE: 24	SEXO: M	F	DATA DE NASCIMENTO: / /
SETOR: UTA		LEITO: 3-1	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fx. Pn. Trauma			
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	LOCAL:
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐	TACAPNEICO ☐	EUPNEICO ☒
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☐	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
INCONTINÊNCIA:	DEAMBULA ☐	DEAMBULA COM APOIO ☐	ACAMADO ☒
SIST. GAS. GASTROINTESTINAL (DIETA)	VOZ ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA: 34x80	T: 36,3°C	FR: 22
	FC: 74	PESO:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE Queda		CD/FR:	
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
☐ RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR:	
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:	
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:	
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA		☐ RETENÇÃO URINÁRIA	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:	
☐ NÁUSEA		CD/FR:	
☒ DOR AGUDA		☐ DOR CRÔNICA	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:	
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO		☐ ALIMENTAR-SE	
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		☐ PARA BANHO	
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
CC: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		12/12 h	W
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A ULTIM OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO			
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).			
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. CERTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS RESPOSTAS DO PACIENTE.			

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
08/07/15	13:00	36,9	76	20	130/70	+	Segue com EGR aguardando litotripsia, MCPM e aos cuidados da equipe de enfermagem. Cúrtia	
08/07/15	20:00	37,0	78	20	120/70	+	Segue com cuidados aos cuidados da enfermagem. Cúrtia	
08/07/15	06:00						Pac. refusa med. Cúrtia	

Diagnóstico

For plots tiled

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO.

Paciente	Elies	Pauline Oliveira	Alcunamento	c3	Leito	01	Convênio
----------	-------	------------------	-------------	----	-------	----	----------

[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOIAE: *Clara Paula Oliveira*

IDADE: *24*

SEXO: ☒ M ☐ F

DATA DE NASCIMENTO: *09 / 08 / 15* às *1* h

SETOR: *UTI*

LEITO: *3-1*

DIAGNÓSTICO MÉDICO: *Fx de pulso - Covid*

ALERGIAS: ☐ SIM ☒ NÃO

QUAIS:

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: ☐ SIM ☒ NÃO

QUAIS:

DOENÇA CRÔNICA: ☐ SIM ☒ NÃO

QUAIS:

PRESENÇA DE ESCARA: ☐ SIM ☒ NÃO

LOCAL:

PRESSÃO ARTERIAL: ☐ HIPOTENSO ☒ NORMOTENSO ☐ HIPERTENSO

SISTEMA NEUROLÓGICO: ☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE

ORIENTADO: ☒

SISTEMA RESPIRATÓRIO: ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO

EUPNEICO: ☒ BRADIPNEICO: ☐

SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): ☒ NORMAL ☐ POLÚRIA

OLIGÚRIA: ☐ ANÚRIA: ☐

MOBILIDADE: ☐ DEAMBULA ☐ DEAMBULA COM APOIO

ACALMIADO: ☐ S/ DEFICITE MOTOR: ☐

SIST. GAS. PONTREAL (DIETA): ☒ VO ☐ SNG

SNE: ☐

ESTADO NUTRICIONAL: ☒ NUTRIDO ☐ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO

DADOS VITAIS: PA: *120/70* FR: *18* FC: *90* PESO: *55*

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☐ RISCO DE Queda

CD.FR:

☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO

CD.FR:

☐ RISCO DE INFECÇÃO

CD.FR:

☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal

CD.FR:

☐ RISCO de Glicemia instável

CD.FR:

☐ RISCO de retenção urinária

☐ retenção urinária

CD.FR:

☐ RISCO de sangramento

CD.FR:

☐ náusea

CD.FR:

☐ dor aguda ☐ dor crônica

CD.FR:

☐ padrão respiratório ineficaz

CD.FR:

☐ mobilidade no leito prejudicada

CD.FR:

☐ déficit no auto cuidado

☐ alimentar-se ☐ para banho

CD.FR:

☐ integridade da pele prejudicada

CD.FR:

☐ risco para int. pele prejudicada

CD.FR:

☐ risco de síndrome do desuso

CD.FR:

☐

CD.FR:

☐

CD.FR:

☐

CD.FR:

☐

CD.FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA

FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS

APRAZAMENTO: *12/12*

ASSINATURA: *[assinatura]*

☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR

☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA

☐ INSTALAR CATETER DE O2 A DUMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA

☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ)

☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS

☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°

☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO

☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (FEBRE, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA)

☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO

continuar

[assinatura]

☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS RESPOSTAS DO PACIENTE

[assinatura]

[assinatura]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Edson Roberto Oliveira Junior</u>			
IDADE: <u>34</u>	SEXO: <u>M</u>	F	DATA DE NASCIMENTO: <u>10/08/15</u> às <u>1</u> h
SETOR: <u>UTI</u>	LEITO: <u>3-1</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ex. de apêndice agudo</u>			
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☐	LOCAL:
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATORIO:	DISPNEICO ☐	TAQUIPNEICO ☐	EUPNEICO ☒
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEAMBULA ☐	DEAMBULA COM APOIO ☐	ACAMADO ☐
SIST. GAS. GASTROINTESTINAL (DIETAS):	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
	FC:	PESO:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
☐ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal	CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
☐ NÁUSEA	CD/FR:		
☐ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:	
☐ PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE	☐ PARA BANHO	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO CESUSO	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DE ENFERMAGEM			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>12/12</u>	<u>[assinatura]</u>
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A LAMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).			
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO.		<u>[assinatura]</u>	<u>[assinatura]</u>
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS RESPOSTAS DO PACIENTE.		<u>[assinatura]</u>	<u>[assinatura]</u>

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fratura de fêmur distal esquerda
(Shatzken II)

S 021

Paciente	Flavio Roberto de Oliveira Junior	Leito		Convênio	
Data					
	1. Diagnóstico: Fratura de fêmur distal esquerda				
	2. Sinais e sintomas: Dor no membro inferior esquerdo, edema, hematoma, dificuldade de mobilização.				
	3. Exame físico: Dor no membro inferior esquerdo, edema, hematoma, dificuldade de mobilização.				
	4. Diagnóstico: Fratura de fêmur distal esquerda				
	5. Sinais e sintomas: Dor no membro inferior esquerdo, edema, hematoma, dificuldade de mobilização.				
	6. Exame físico: Dor no membro inferior esquerdo, edema, hematoma, dificuldade de mobilização.				
	7. Tratamento: Analgésicos, anti-inflamatórios, fisioterapia.				
	8. Evolução: Melhorar a dor, mobilizar o membro inferior esquerdo.				
	9. Exame físico: Dor no membro inferior esquerdo, edema, hematoma, dificuldade de mobilização.				
	10. Sinais e sintomas: Dor no membro inferior esquerdo, edema, hematoma, dificuldade de mobilização.				

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
11/08/15	14:00	36,5	76	20	130/80	+	Segue com EGR, Consciente, orien- tado, MCPM, aguer- dando cirurgia, e aos cuidados da equipe de enfer- magem.	Cristine
11/08/15	20:30	36,2	76	20	130/80	+		Priscilla

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Evolução Médica

Paciente	ELIAN Paulino Oliveira	Alojamento	2	Leito	3	Convênio	
Data	11/8	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
	1. Dor 2.5			Outguedia			
	2. Dor 3.5	500 mg	14h	Paciente está bem, sem			
	3. Dor 3.5	500 mg	14h	queixa de dor			
	4. Dor 3.5	500 mg	14h	Agitação, dispnéia, cianose			
	5. Dor 3.5	500 mg	14h	parado			
	6. Dor 3.5	500 mg	14h				
	7. Dor 3.5	500 mg	14h				
	8. Dor 3.5	500 mg	14h				
	9. Dor 3.5	500 mg	14h				
	10. Dor 3.5	500 mg	14h				
	11. Dor 3.5	500 mg	14h				
	12. Dor 3.5	500 mg	14h				
	13. Dor 3.5	500 mg	14h				
	14. Dor 3.5	500 mg	14h				
	15. Dor 3.5	500 mg	14h				
	16. Dor 3.5	500 mg	14h				
	17. Dor 3.5	500 mg	14h				
	18. Dor 3.5	500 mg	14h				
	19. Dor 3.5	500 mg	14h				
	20. Dor 3.5	500 mg	14h				



12/08/15 084 PA: 100x60 T: 36.6°C

12/08/15 204 PA: 110x60 T: 36.5°C

Procedo a cursó venoso

Valeria

32



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Elas Tassino de Oliveira Junior		Ortopedia	2-3	
Data	Hora	Data	Hora	
12/08/15	Manhã			
Paciente com fratura de fêmur Tibial proximal. Foi realizado mobilização articular de M.I.D., pois o relatório da limitação de movimento.				
Acadêmica da FCH.				
M ^{re} Regina Bezerra Santos				
 FISIOTERAPÊUTICA CREFIO 164087				
13/08/15	M			
Paciente com fratura de fêmur e tibia, com U.E. e em tratamento.				
 FISIOTERAPÊUTICA CREFIO 164087				

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Elin Furlino Oliveira			
Data da Operação	31/8/15	Enf.	Leito
Operador	Dr. Lúcio	1.º Auxiliar	Dr. Vath
2.º Auxiliar	Dr. J. M.	3.º Auxiliar	Dr. Tiffon
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura plav. tibial esquerda		
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1 - Posição em O.D.H., sob apito metálico 2 - Anestesia e antiseptia sobre locação 3 - Alveolar com pin. intracut. 4 - incisão antero-lateral proximal para D 5 - direção por pinos 6 - redução com ante-foco natural 7 - Afiação de placa D. fixação com parafusos 8 - lavagem F.O. 9 - Sutura por plano 10 - curativo 11 - Retirada de gaze.

Dr. Lúcio F. A. Rocha
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 10657

34

ORTOPÉDIA

DATA: 21/11/1990

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR						GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Don Luiz Gonzaga Ferraz
QI 2	LEITE 3	CONVÊNIO SUI	IDADE 24	REGISTRO 122905		
CIRURGIA TRANSFERÊNCIA CIRURGICA - CIRURGIÃO RICHARD AMORIM TORRES						
ANESTESIA RENE DIANE ANESTESIA R. RAFAEL						
INSTRUMENTADORA ANDRE LIMA		DATA 13/08/2015	INICIO 12:00	FIM 14:15		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Coelômica	Qtd.	FIOS	
	Adrenaling amp.		Calda de Óx.		Catgut cromado Serix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Serix	
01	Dilore amp. 0,2 mg/ml		Compressa Pequena		Catgut Simplex Serix	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simplex Serix	
	Efrane ml		Dreno Guel. 4.8		Catgut Simplex Serix	
	Fenecam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simplex Serix	
	Fentanil ml		Dreno Panose nº		Cera de 550	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Microscópio		Ethibond	
	Mecaina 1/2 ml		Equipo de Microscópio		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serix	
	Prot. gine amp.		Espandido Laco em		Fio de Algodão Suturex	
	Prot. gine km		Furcom ml		Fio de Algodão Suturex	
	Duclich ml		Gase Pacote de 10 unidades		Fio cardiato	
	Rapien amp.		H.O. ml		Veronylon	
01	Fibronaut ml		Intracath Adulto	03	Veronylon 2-0	
	Fibronaut amp. 10 mg/ml		Intracath Infantil		Protene Serix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lamina de Bisturi nº 20		Protene Serix	
01	Água Destilada amp.		Lamina de Bisturi nº 11		Protene Serix	
	Decadron amp.		Lamina de Bisturi nº 15		Protene Serix	
	Diprora amp.		Luvas 7.0		Vinyil Serix	
	Flaxicil amp.		Luvas 7.5		Vinyil Serix	
	Febrocid amp.		Luvas 8.0		Vinyil Serix	
	Gentamicina amp.		Luvas 8.5		Vinyil Serix	
	Glicose amp.		Oxigenio km			
	Glucose de Caldo amp.		Pelica			
	Hemogol ml		Pel. Uremanie ml. 10 x 12 cm			
	Hepremo ml.		PVP Tônico ml.			
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SOROS	
	Laser amp.		Saco coelom		SG Normotermico fr 500 ml	
	Medroliazol.		Seranga desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seranga desc. 20 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Protamina		Seranga desc. 05 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda		SG fr 500 ml	
	Sivastoren amp.		Sonda Foley			
01	Celastina 1g		Sonda Nasogástrica			
01	Oxymetazolina		Sonda Uretral nº			
			Steripore ml			
			Tonclisina			
Qtd.	MATERIAIS E SOLUÇÕES		Vasclina ml			
03	Agulha desc. 25 x 7		Goleon 15			
	Agulha desc. 25 x 23		Lalene			
01	Agulha desc. 3 x 16 40x12		Luvas 7.0			
01	Agulha p/ esque nº 2.6					
25	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Aloduras de Crepon 15					
	Aloduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
				EQUIPAMENTOS		
				1 Oxímetro de Pulso () Foco Auditivo 1 Serra () Eletrocautério 1 Desfibrilador () Oxicatigrafo 1 Foco Frontal () Cardiomonitor 1 Fonte da Luz () Perfurador Elástico		
				CIRCULANTE RESPONSÁVEL		

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

SPAL H

CCO. PROCEDIMENTO

CONVENIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO REF. QUANT. COD. ROMP.

PLACA EM L. OBT. ESC.		01	
PARAFUSOS CORTAIS 4,5x34		01	
" " " 4,5x36		01	
" " " 4,5x38		02	
ENVERTE OSSF. HAP-91		01	

HAP-91

Indicação para a Fixação de Fraturas e Osteotomias

ESTÉRIL

Apresentação: 5,0g - 10 mesh

Lot: 1501011-IM

Validade: 03/2017

STERILE EO

111.100.11.11 111.100.11.11 111.100.11.11
111.100.11.11 111.100.11.11 111.100.11.11
111.100.11.11 111.100.11.11 111.100.11.11

DATA DE UTILIZAÇÃO

DATA DE COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL

13/05/2015

OBSERVAÇÕES

PARAFUSOS ESPONGIOSOS RL 75 01

PARAF. ESPONGIOSOS RL 80 01

1,5 ACO 102

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANDRÉ

37

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HCRA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVLIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
01/05	120	110/80	36,4	58	80		+		
02/05									
03/05									
04/05									
05/05	22	110/80	36,4	58	80		+		
06/05									
07/05									
08/05									
09/05									
10/05									
11/05									
12/05									
13/05									
14/05									
15/05									
16/05									
17/05									
18/05									
19/05									
20/05									
21/05									
22/05									
23/05									
24/05									
25/05									
26/05									
27/05									
28/05									
29/05									
30/05									
31/05									

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA

Procedimento realizado para monitorização do paciente durante o período de internamento, com a finalidade de avaliar a evolução clínica e a resposta ao tratamento instituído.

Assinado: Lígia R. de Lima
ENFERMEIRA
COREN-PR 338113

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

Procedimento realizado para monitorização do paciente durante o período de internamento, com a finalidade de avaliar a evolução clínica e a resposta ao tratamento instituído.

Assinado: Lígia R. de Lima
ENFERMEIRA
COREN-PR 338113

38

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOVO <i>Elvis Buelas de Oliveira Jr.</i>			IDADE	23	SEXO	MASC
DATA	13/1/1985	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO		HEMATÓCRITO	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	CELEBRIA	UREIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE	
AP. CARDIÓRICO						ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO						DIABETES	PESCOÇO	
ESTADO MENTAL						ATRAQUE	CORTECÓIDES	
CINCOEST DO PRE-OPERATÓRIO						ALERGIA	HIPOTENSORES	
ANESTESIAS ANTERIORES						ESTADO FÍSICO	RISCO	
VALORAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADA	AS	GRITO
ANESTÉSICO							INDICAÇÃO	
LÍQUIDOS							Satisf.: _____ Excl.: _____ Teor.: _____	
							Linha esportiva: _____ Lenta: _____	
							Músculos: _____ Vônitos: _____	
							Outros: _____	
							MANUTENÇÃO	
VP. ARTERIAL							ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____	
							Não, por quê?: _____	
							DESPERTAR	
							Reflexos na SO: _____	
							Dor: _____ CO: _____ Excl: _____	
							Náuseas: _____ Vômitos: _____	
							Outros: _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>Apólexia 3 + fentila 4m + Diprivan 3 + Sufentanil 1-5</i>						Com câmbio: _____	
PARA A LEIA							Sim _____ Não _____	
CONDIÇÕES:								
POSICÃO	<i>Prone / Duplo P/R 15</i>							
AGENTES	<i>Chad - 75</i>							
TÉCNICA	<i>Intubação + Sufentanil + Diprivan</i>						CÂMBIO	
OPERAÇÃO	<i>16 - Intubação + Sufentanil + Diprivan</i>							
CIRURGIOS	<i>Dr. de Anestesia + Dr. de Trauma + Dr. de Torção + Dr. de Jato</i>							
ANESTESISTAS	<i>Dr. R. G. G. G.</i>							
ORIENTAÇÕES								
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E INTRA-OPERATÓRIAS						PERDA SANGÜÍNEA		



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DE CAMPINA GRANDE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO GERAL

Enfermaria: 2 Lato: 3 Nome: Elisav. Pereira
Sinais vitais: PA: P: FR: T: HGT: SPO2:
PESO: ALTURA: Dor () Local da dor:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

NECESSIDADES DE REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente (☒) Orientado (☒) Confuso (☐) Letárgico (☐) Torporoso (☐)
Desorientado (☐) GLASGOW: Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: Isocóricas (☐) Anisocóricas (☐) D/E Fotorreagente (☐) Mióticas (☐) Midríaticas (☐)
Mobilidade Física: MMSS: Preservada (☒) Paresia (☐) Plegia (☐) Parestesia (☐) Local
MMII: Preservada (☒) Paresia (☐) Plegia (☐) Parestesia (☐) Local

NECESSIDADES DE PERCEÇÃO VISUAL, AUDITIVA E SENSITIVA

Acuidade visual: Preservada (☒) Diminuída (☐) Ausente (☐)
Acuidade auditiva: Preservada (☒) Diminuída (☐) Ausente (☐)
Dor: Expressão facial de dor (☐) Relato verbal de dor (☐) Dor à estimulação tátil (☐)

NECESSIDADE DE COMUNICAÇÃO

Preservada (☒) Prejudicada (☐) Outro (☐)
Comunicação não-verbal (☐) Afasia (☐) Disfasia (☐) Disartria (☐) Dislalia (☐)

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO RESPIRATÓRIA

Respiração: Espontânea (☒) Cateter nasal (☐) Venturi (☐) % L/min. Traqueostomia (☐)
Eupnéia (☒) Taquipnéia (☐) Bradipnéia (☐) Dispneia (☐) Outro
Ausculta pulmonar: Movimento ventilatório: Presente (☐) E/D: Diminuído (☐) E/D:
Ruídos adventícios: Roncos (☐) Sibilos (☐) Creptos (☐) Estertores (☐) Outro
Tosse (☐) Produtiva (☐) Improdutiva (☐) Expectoração (☐) Quantidade e Aspecto:
Vias aéreas Pórcas (☐) Queimadura de vias aéreas (☐)

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular (☐) Irregular (☐) Impalpável (☐) Filiforme (☐) Chelo (☐)
Pele: Corada (☒) Hipocorada (☐) Cianose (☐) Sudorese (☐) Fria (☐) Aquecida (☐)
Enchimento capilar: ≤ 3 Segundos (☐) ≥ 3 Segundos (☐) Turgência Jugular (☐)
Drogas vasoativas (☐) Precordialgia (☐)
Ausculta cardíaca: Rítmica (☐) Arritmica (☐) Sopros (☐) Outro
Punção venosa: Periférica (☒) Central (☐) Dissecção (☐) Localização: M.D. Data da punção: 20/09/15
Edema MMSS (☐) MMII (☐) Anasarca (☐)

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO GASTROINTESTINAL

Tipo somático: Nutrido (☒) Emagrecido (☐) Obeso (☐) Caquético (☐)
Alimentação: VO (☒) SNG (☐) SNE (☐) Gastronomia (☐) Jejunostomia (☐)
NPT (☐) Fluxo: Hora: Data:
Alterações: Inapetência (☐) Disfagia (☐) Intolerância Alimentar (☐) Pirose (☐)
Náusea (☐) Vômito (☐) Outros
Abdômem: Flácido (☐) Distendido (☐) Tenso (☐) Ascítico (☐) Outros:
RHA: Normotivos (☐) Hipocativos (☐) Hiperativos (☐)

42

NECESSIDADE DE ELIMINAÇÕES

Eliminação intestinal: Normal (X) Líquida () Constipado () há _____ Dias. Outros _____

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

SVD () Débito: _____ ml. Irrigação contínua ()

NECESSIDADE DE INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: Úmida () Pegajosa () Ressecada () Cicatriz () Equimose () Manchas () Rashes ()

Hematomas () Prurido () Descamativa () Lesões () _____

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

Condições das mucosas: Preservada (X) Úmidas () Secas () Turgor da pele diminuído ()

Manifestação de sede ()

Lesão cirúrgica (X) Local e Aspecto: _____ Curativo realizado em: 13/08/15

Úlcera por pressão: () Estágio _____ Local _____ Descrição: _____

NECESSIDADE DO CUIDADO CORPORAL

Independente () Dependente () Parcialmente dependente ()

Higiene corporal: Satisfatória (X) Insatisfatória ()

Higiene bucal: Satisfatória (X) Insatisfatória ()

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

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: () Tipo de ajuda: _____

NECESSIDADE DE REPOUSO E SONO

Preservado (X) Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido () OBS: _____

NECESSIDADE DE SEGURANÇA E GREGÁRIA

Sentimentos e Comportamentos: Cooperativo (X) Ansiedade () Medo () Apreensão ()

Agitação () Ausência de familiares/visita ()

INTERCORRÊNCIAS

13.08.15
PA = 120x90 36.8°C
13/08/15
20:00h
PA = 100x70
T = 36.5°C

Carimbo e assinatura do Enfermeiro: _____

Data: 13/08/15 **Hora:** 16:50

To the Metropolitan E.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Elia Pauline

Argument:

Leito

Conclusion

[illegible]

44.



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Eliu Paulino O. Junior		Idade:	34
Convênio:	SUS		Data:	13/05/15
Procedimento:	- 1.ª cirurgia e fixação de placa lateral (6)			
Cirurgião:	Auxiliar:	Anestesista:		
Início:	Término:	Anestesia:		

[illegible][illegible]

OBSERVAÇÕES:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2	1	2
Apnéia - 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2	2	2
PA + cu - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + cu - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + cu - 20% do nível pré-anestésico = 2	1	2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ < 92% sem oxigênio = 2	2	2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2	2	2
TOTAL DE PONTOS	08	10

Antonio Rafael S. C. de Almeida
Médico
CRM RJ 6110
CRM RJ 6338

Assinatura Anestesista

46



47

Paciente:	<u>Elas Paulo</u>	Enfermária:	<u>22</u>	Leito:	<u>3</u>	Data:	<u>13/08/15</u>	
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO						
1	Constipação	Abdomen distendido ()	Dor à evacuação ()	Outro ()	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()
		Anorexia ()	Dor abdominal ()		Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos dos que as necessidades	Cavidade bucal ferida ()	Diarreia ()	Outro ()	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()		
		Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		Fatores psicológicos ()		Outro ()	
3	Deficit no auto cuidado para banho	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()		Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()
		Incapacidade de lavar o corpo ()			Ansiiedade ()			
4	Dor aguda	Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()		Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()			
		Relato verbal de dor ()			Outros ()			
5	Hipertermia	Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()
		Taquicardia ()	Taquipneia ()	Outro ()	Aumento da taxa metabólica ()			
6	Integridade da pele prejudicada	Destruição de camada da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()		Exatrenos de idade ()	Circulação prejudicada ()		
		Rompimento da Superfície da pele ()	Outro ()		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()	
7	Mobilidade física prejudicada	Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro ()	Ansiiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular ()	
		Movimentos descontrolados ()			Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()	
8	Padrão respiratório ineficaz	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()		Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()
		Batimento de asa de nariz ()	Ortopneia	Outro ()				
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico				Ascite ()	Quelminaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()
					Drenos ()	Outros ()		
10	Risco de infecção				Aumento da exposição ambiental a patógenos ()		Defesas primárias	
					Imatquezas ()	Procedimentos invasivos ()		Outro ()
11	Risco de queda				Mobilidade física prejudicada ()		Medicamentos ()	
					Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()		
12	Padrão do sono prejudicado	Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()		Falta de privacidade/controlar o sono ()		Outro ()	
		Refatos de dificuldade para dormir ()			Ruído ()	Imobilização física ()		
13	Outro							
14	Outro							

AVALIAÇÃO GERAL

Enfermaria: 2 Leito: 3 Nome: Elias Paulino Oliveira
Sinais vitais: PA: P: FR: T: HGT: SPO2:
PESO: ALTURA: Dor () Local da dor:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

NECESSIDADES DE REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso ()
Desorientado () GLASGOW: Drogas (Sedação/Analgésia):
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () D/E Fotorreagente () Mióticas () Midríáticas ()
Mobilidade Física: MMSS: Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia () Local
MMII: Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia () Local

NECESSIDADES DE PERCEPÇÃO VISUAL, AUDITIVA E SENSITIVA

Acuidade visual: Preservada ☒ Diminuída () Ausente ()
Acuidade auditiva: Preservada ☒ Diminuída () Ausente ()
Dor: Expressão facial de dor ☒ Relato verbal de dor () Dor a estimulação tátil ()

NECESSIDADE DE COMUNICAÇÃO

Preservada ☒ Prejudicada () Outro ()
Comunicação não-verbal () Afasia () Disfasia () Disartria () Dislalia ()

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO RESPIRATÓRIA

Respiração: Espontânea ☒ Cateter nasal () Venturi () % L/min. Traqueostomia ()
Eupnéia ☒ Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outro
Ausculta pulmonar: Movimento ventilatório: Presente () E/D: Diminuído () E/D:
Ruidos adventícios: Roncos () Sibilos () Creptos () Estertores () Outro
Tosse () Produtiva () Improdutiva () Expectoração () Quantidade e Aspecto:
Vias aéreas Pérvias () Queimadura de vias aéreas ()

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular ☒ Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio ()
Pele: Corada ☒ Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida ()
Enchimento capilar: ≤ 3 Segundos () ≥ 3 Segundos () Turgência Jugular ()
Drogas vasoativas () Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro
Punção venosa: Periférica () Central () Dissecção () Localização: Data da punção: / /
Edema MMSS () MMII () Anasarca ()

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO GASTROINTESTINAL

Tipo somático: Nutrido () Emagrecido () Obeso () Caquético ()
Alimentação: VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia ()
NPT () Fluxo: Hora: Data: / /
Alterações: Inapetência () Disfagia () Intolerância Alimentar () Pirose ()
Náusea () Vômito () Outros
Abdômen: Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: Normoativos ☒ Hipoaativos () Hiperativos ()

1/9

NECESSIDADE DE ELIMINAÇÕES	
Eliminação Intestinal: Normal (☒) Líquida () Constipado () há _____ Dias. Outros _____	
Eliminação urinária: Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria ()	
SVD () Débito: _____ ml. Irrigação contínua ()	
NECESSIDADE DE INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: Úmida () Pegajosa () Ressecada () Cicatriz () Equimose () Manchas () Rinite ()	
Hematomas () Prurido () Descamativa () Lesões ()	
Coloração da pele: Normocorada () Hipocorada () Hipercorada () Ictérica () Cianótica ()	
Condições das mucosas: Preservada () Úmidas () Secas () Turgor da pele diminuído ()	
Manifestação de sede ()	
Incisão cirúrgica () Local e Aspecto: _____ Curativo realizado em: _____	
Úlcera por pressão: () Estágio _____ Local _____ Descrição: _____	
NECESSIDADE DO CUIDADO CORPORAL	
Independente () Dependente () Parcialmente dependente ()	
Higiene corporal: Satisfatória (☒) Insatisfatória ()	
Higiene bucal: Satisfatória (☒) Insatisfatória ()	
Limitação física: Acamado (☒) Bengala () Cadeira de rodas () Outro _____	
Necessidade de ajuda para auto-cuidado: () Tipo de ajuda: _____	
NECESSIDADE DE REPOUSO E SONO	
Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido () CBS: _____	
NECESSIDADE DE SEGURANÇA E GREGÁRIA	
Sentimentos e Comportamentos: Cooperativo () Ansiedade () Medo () Apreensão ()	
Agitação () Ausência de familiares/visita ()	
INTERCORRÊNCIAS	
14.08.2015 14h às 14h30 37,8 Paciente em observação, em pós-operatório imediato, realizando curativo no ABC, não retornar para o curativo por o médico não ter prescrito, seguindo conforme prescrição médica. 14/08/15 R.C. PA: 130x85, T = 37,8 14/08/15 Paciente estando oral regular, sem náuseas. Segue com curativo ABC em observação.	
Data: 14/08/15 Hora: _____	
Carimbo e assinatura do Enfermeiro: _____	

SOMTE-SOFO N.º 10, R. Costa da Rocha, 100, Centro, Porto Alegre, 1102

Ordem de Enfermagem, de acordo com a R. 13-24

50

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)		
☐ Alertar glicemia capilar, anotar e mediar CPM		Melhora da aceitação alimentar
☐ Avaliar para as queixas de náusea e vômito, anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos		Mantém a glicemia estável
☐ Avaliar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade)		Auxílio diário às necessidades de higiene
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares		
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro		
☐ Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e corpo esbelado		
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor		Controle da dor (melhorado/ausente)
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável		
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor		
☒ Avaliar alterações dos sinais vitais	Constante	
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar a dor após administração da medicação		
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados		Mantém a temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos
☐ Incentivar a ingestão de líquidos		
☐ Observar reações de desorientação/confusão		
☐ Proporcionar condições de higiene e realizar curativos de acordo com as necessidades ou ACM		Melhora da integridade da pele
☐ Analisar condições do curativo		Diminuição do risco de lesão
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele		
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito		Mobilidade física melhorada/eficaz
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado		
☐ Manter oxigenação contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%		Melhora da perfusão tissular
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura)		Padrão respiratório eficaz
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)		Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente/diminuído
☐ Realizar balanço hídrico		
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos		
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar	5/2	
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações		Diminuir o risco de infecção
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos		
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (lix: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência)		Diminuir o risco de queda
☐ Manter as grades do leito elevadas		
☐ Conter o paciente quando necessário		
☒ Manter ambiente calmo e tranquilo	Constante	
☒ Orientar repouso no leito		Melhora do padrão do sono
☒ Administrar medicação CPM		
☐ Outros		Outros
☐ Outros		

Carimbo e assinatura da Enfermeira:

Karla R. L. Porto
Enfermeira
09/08/2013

15

Diagnóstico

16 Feb 1964

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

NAME Elmer Jackson

Colony

Leila

၆၀၇၃၆-၁၉

0.12

Provisão Médica

2603 - 605189
Jen. 7, 1961

3. Diploma 3211 - April 26, 1964:

$$\Delta T_{\text{eff}} = T_{\text{eff}} - T_{\text{eff}}^{\text{ref}} = 12/22^\circ\text{C}$$

INTERNATIONAL JOURNAL OF

6. Traimi 10Cm2 = 100% | St 0.5% | V 8/8h 5N

7. Name: Andrew J. Felt Date: 20 Feb 8/87 SV

8 Cleavage 40-ny 5c/di-

555-6

10-21-2012 to 2-28-2012

22

to the

沙

[Signature]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente:

Elias

Data:

15/03

Prescrição Médica

1. Dieta livre
2. SF 0,9% 1000 ml, EV, em 24 h
3. Dipirona 7 ml, EV, 6/6 h
4. Cefazolin - 0,5g, EV de 8/8h
5. Bloco 20 mg, EV, 12/12 h S/M, fsc. 20
6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 ml, EV, 6/6 h S/M
7. Cefazolin 400 mg, EV, 8/8h

M. Cefazolin 0,5g 8/8h EV

Dr. José Roberto L. Rocha
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-RN 5057

Dr. José Roberto L. Rocha
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-RN 5057

53

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP:

Convênio

Ceto

Alojamento

Evolução Médica

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

1000000000

Ceto

Alojamento

Prescrição Médica

Data

54



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - FALCÃO

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Elias Paulino de Oliveira Junior

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.722.813
DATA DE EXPEDIÇÃO 28/11/2008

FILIAÇÃO ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA
ANA MARIA DOS SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
NASC. N. 16104, FLS. 184 LIV. A-17 21/11/1990

CPF: CARTORIO PICUI-PB

Elias Paulino de Oliveira Junior
ASSINATURA DO DETENTOR

CHIEFE TÁB. DE REGISTROS

PROTÓCOLO
RECEBIDO
19 NOV 2015
LEI REGULADORA

VITIMA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF
CADASTRADO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
104.363.924-10

Nome
ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF
096611517
096611517

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Cartão de identificação física e eletrônica do contribuinte

Deverá ser apresentado sempre em conjunto com este cartão de identificação

12 CORREIOS

104.363.924-10
096611517

SS



Dados do Veículo de placa MYP5487					Em 17/11/2015 08:51:00		
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo		Categoria	Espécie	Lugares
MYP5487	874153719	MYP5487/RN	3-MOTONETA		1-Particular	1-Passageiro	2
Marca/Modelo			Fabricação/Modelo		Potência	Combustível	Cor
2005-HONDA/BIZ 125 KS (Nacional)			2005/2006		0	2-Gasolina	2-AZUL
Nome do Proprietário					Recadastrado DETRAN		
ELIZAMA KELLY DOS SANTOS OLIVEIRA					DetranNet		
Proprietário Anterior					Situação Lacre		
ADAILTON FRANCISCO DA SILVA PINTO					REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN		
Município de Emplacamento			Licenciado até		Adquirido em	Situação	
CURRAIS NOVOS			2010 em 06/07/2010, Licenciamento Anual on-line (CRLV emitido por DDETRAN\30126126453)(Via 1)		09/10/2009	Em Circulação	
Restrição à Venda					Carnê de Licenciamento 2015		
Sem gravame					Gerado em 16/03/2015 às 20:37 hs.		
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame							
Nenhuma informação pendente até esta data							
Impedimentos							
Nenhum impedimento registrado até esta data							
▼ Listagem de Débitos							
Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)	Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)			
Licenciamento Anual 2011	0535691.021.0-4	10/05/2011	60,00	104,20			
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2011	9.00041279565	10/05/2011	279,27	279,27			
IPVA (Cota Unica) 2011	0535691.023.0-9	15/06/2011	57,00	Dívida Ativa. Procurar PGE.			
Licenciamento Anual 2012	0535691.024.0-6	29/05/2012	60,00	96,96			
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2012	9.00046087307	29/05/2012	279,27	279,27			
IPVA (Cota Unica) 2012	0535691.026.0-1	14/06/2012	53,82	Dívida Ativa. Procurar PGE.			
Licenciamento Anual 2013	0535691.027.0-8	28/05/2013	60,00	89,76			
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2013	9.00051484612	13/06/2013	292,01	292,01			
IPVA (Cota Unica) 2013	0535691.029.0-2	13/06/2013	56,16	Dívida Ativa. Procurar PGE.			
Licenciamento Anual 2014	0535691.030.0-3	06/05/2014	60,00	82,56			
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2014	9.00058084681	05/06/2014	292,01	292,01			
IPVA (Cota Unica) 2014	0535691.032.0-8	05/06/2014	55,30	Dívida Ativa. Procurar PGE.			
Licenciamento Anual 2015	0535691.033.0-5	06/05/2015	60,00	75,34			
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2015	9.00065354203	08/06/2015	292,01	292,01			
IPVA (Cota Unica) 2015	0535691.035.0-1	08/06/2015	53,88	67,10			
Total dos Débitos			R\$ 2.010,73	R\$ 1.950,49			
Taxas Detran	Seguro DPVAT	IPVA	Multas		PROTOCOLADO RECEBIDO		
448,82	1.434,57	67,10 (+ Dívida Ativa. Procure PGE.)	0,00		19 NOV 2015		
▼ Infrações em Autuação							
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.							
▼ Listagem de Multas							
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.							
▼ Último Processo							
Processo	Interessado	Início em					
55001679/2009	18224989453	09/10/2009 às 12h25min					
Situação		Final em					
Encerrado		15/10/2009 às 11h08min					
Serviço		Execução em					
Mudança Município da Placa		Em 09/10/2009 às 12h25min por 18224989453					
Transferência de Propriedade		Em 09/10/2009 às 12h25min por 18224989453					
Geração de guia de pagamento		Em 09/10/2009 às 12h25min por 18224989453					
Auditoria		Em 15/10/2009 às 11h08min por 13886410463					
Emissão CRV(1ª via)		Em 16/10/2009 às 09h11min por 40599787449					
▼ Recurso de Infração							
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.							

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

56



JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, ELIAS PAOLINO DE OLIVEIRA JUNIOR, brasileiro(a),
portador do Rg nº 2.722.813 e CPF 104.363.924-10
residente e domiciliado (a) R. SEVERINO MARSSAL
Bairro Monte Santo Município Picui, venho perante a
seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas.

Local _____, Data _____

Atenciosamente

Elias Paulino de O. Jr.



57

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150970240 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR **Data do acidente:** 02/08/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150970240 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR **Data do acidente:** 02/08/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATEAU TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: EDEMA RESIDUAL, HIPOTROFIA, CREPITAÇÃO EM JOELHO, CLAUDICAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

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%	\$2,362.50
Total			17,5 %	\$2,362.50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

Outorgante:

brasileiro(a),

portador(a) do RG nº. 3.722.813 expedido por SSP/PB em

28/11/2008 e de CPF nº. 104.363.924-10, residente na (o)

Rua Severino Harzot

, município de Picuí - PB, CEP 58.187-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



Picuí - PB, 19 de Novembro de 2015.

Elías Paulino de Oliveira Junior
outorgante



65