



28/07/2021

Número: **0002882-45.2016.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **23/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
M. A. S. C. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46359 227	28/07/2021 14:07	Petição	Petição
46359 239	28/07/2021 14:07	2748058_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
46359 243	28/07/2021 14:07	2748058_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_022	Outros Documentos

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PICUI/PB

Processo n.º 00028824520168150271

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PICUI, 26 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2021 14:07:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072814071594200000044043282>
Número do documento: 21072814071594200000044043282

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

Pag. 01899/01900 - carta_01



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.

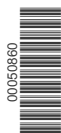
ATENÇÃO:

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

Pag. 01719/01720 - carta_02



00050860



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(*)

☐ Vitima 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)

Região Corporal(Sequela)

MIE

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2021 14:07:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072814071661600000044043286>

Número do documento: 21072814071661600000044043286



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

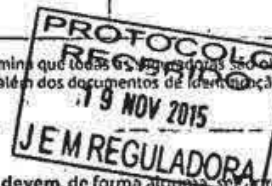
Nº DO SINISTRO

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 3.722.883 EXPEDIDO POR SSVPPD EM 28/11/2015 E
 CPF 104363964-16 CNP 000000000000000000 PROFISSÃO Fun 87
 E RENDA MENSAL DE R\$ 789,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elis Paulino de Oliveira 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 sejam 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 consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: 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 Oliveira Junior

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

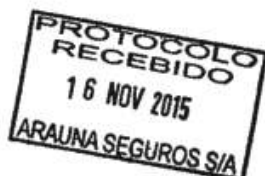
PROTOCOLADO
RECEBIDO
19 NOV 2015
JEM REGULADORA

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



CERTIDÃO

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 Trauma 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 fê.

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 das Dores dos Santos Costa
MARIA DAS DORES DOS SANTOS COSTA

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ELIAS PAUCINO DE OLIVEIRA JUNIOR, portador da carteira de identidade nº 3722813 e inscrito no CPF/IME sob o nº 10436392110, residente e domiciliado na R. SEVERINO MARIAL 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%



Elias Paucino de Oliveira Jr.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data

OV





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73
Home Page: <http://picui.famup.com.br>
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
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 motociclistico, 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 PICUÍ/PB



ATO DECLARATORIO

Rua: Galdini Pinheiro, 26 - Bairro Centro / CEP: 58 187 - 000 - Picuí - PB
Fone/fax: (83) 3371-2620/ 3371-2350 - e-mail: pmpicui.sat.splena@uol.com.br

03



DECLARAÇÃO

Eu, SUELIO MOREIRA TORRES, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado na Rua [illegible], nº [illegible], bairro [illegible], cidade de [illegible], Estado de [illegible], por meio do presente documento, declaro que sou o titular da posse e domínio da propriedade do imóvel situado na Rua [illegible], nº [illegible], bairro [illegible], cidade de [illegible], Estado de [illegible], e que não tenho conhecimento de nenhuma outra pessoa que possua ou tenha direito de posse ou domínio sobre o mesmo imóvel.

Assinado digitalmente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: [illegible]

Assinado digitalmente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: [illegible]



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%"



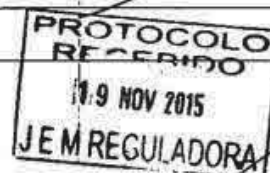
Eu, Elis Paulino de Oliveira Junior,
RG nº 3.722.813, data de expedição 28/11/2008, Órgão
SSP/PB, CPF nº 104.363.924-10, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Severino Mariz</u>
Número	<u>27</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte Santo</u>
Cidade	<u>Picui</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.187-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99622-3777</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Elis Paulino de Oliveira Junior



60



ELIAS PAULINO OLIVEIRA
RUA SEVERINO MARI-SAL. 27 - MONTE SANTO
PICI/PA CEP: 5818-000 (AO 60)

CONSUMIDOR RESIDENCIAL BARRAGEM DA MONTE SANTO
Póster 2-80-5-2110
Nº medidor: 0000571503

Referência Set/2015
Emissão: 08/09/2015

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R-200, Km 25 - Cód. Postal - João Pessoa/PB - CEP 58201-100
CNPJ nº 06.513.000/1-40 - Ins. Est. 14.045.822-0

Nota Fiscal/Contador Energia Elétrica nº 000000000
Código para Dúvidas Automáticas: 000000000000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/96550-9

Canal de contato

Set/2015

Apresentação

- Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Reduz 30 do valor da tarifa a verificação em 10%, de R\$ 1,00 para R\$ 0,70 a cada 100 kWh consumidos conforme Resolução nº 1.945/2015, vigente a partir de 01/09/2015.

08/09/2015

Data prevista da próxima leitura

07/10/2015

CPF/CNPJ RANI
00188839453

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 03/09/2015 PAGAS
OBRIGADO!

Histórico de Consumo
(kWh)

Ago/15	57
Jul/15	87
Jun/15	59
Mai/15	70
Abr/15	71
Mar/15	74
Fev/15	75
Jan/15	92
Dez/14	81
Nov/14	97
Out/14	87
Set/14	89

Média dos últimos meses
75 kWh

Indicadores de Qualidade 2015-Peol

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC-MENSAL 6,30	1,47	120,00
DC-TRIMESTRAL 12,54		220
DC-ANUAL 23,00		
FC-MENSAL 3,30	1,00	CONTRATUAL
FC-TRIMESTRAL 6,60		231
FC-ANUAL 13,20		LIMITE SUPERIOR
CDCE 3,31		
CDCE 12,22	1,47	

Cálculo do consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dias
Data 08/09/15	Data 08/09/15		
Letura 11068	Letura 11150	52	33
Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 20 kWh-BR	30	0,12582	4,07
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	22	0,23287	7,45
Adic. B Vermelha			1,68

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS 0,17
COFINS 0,79
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA 0,80
JUIZOS DE MORA 08/2015 0,97
JUIZOS DE MORA 07/2015 0,71
MULTA 06/2015 0,75
MULTA 07/2015 0,65
MULTA 08/2015 9,58
ICMS (Base de Cálculo R\$ 38,18) Alíquota 25,00%

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS
CUSTO DE REGISTRAÇÃO NORMAL 08/2015
CREDITO COMPENSADO (-) 08/2015
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2015
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2015

VENCIMENTO

15/09/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 12,45

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Des. de Energia	5,17	13,32
Compra de Energia	5,32	18,28
Serviço de Transmissão	0,44	1,13
Encargos Setoriais	1,15	2,96
Impostos, Dividas e Encargos	19,47	47,50
Outros Serviços	7,27	18,73
Total	96,82	100,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi lida -
- Lida a unidade, sendo um desconto de R\$ 14,58
- Resgate Tarifário - Verificar ANEEL nº 1.934/15

PROTOCOLO
RECEBIDO
19 NOV 2015
EM REGULADORA

61





Rua Feliciano Cirne, 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

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESCOPO DE SERVIÇOS

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

028.01.020.0304

ENDEREÇO

RUA ROLDÃO Z. DE MACEDO, 145

BAIRRO

JK

CIDADE

PICUI

CEP

58187-000

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO Água

SITUAÇÃO ESCOTO

RESIDENCIAL

COMERCIAL

INDUSTRIAL

PÚBLICO

LIGADO

POTENCIAL

MARGEM DE FATURAMENTO

DÍBITOS EM DÍGITO

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

VALOR - R\$
 04/2015 25.93

PARÂMETRO VALOR MÉDIO PORTADA DEBEM
 TURBIDEX 4.50 UT
 PH 6.0 a 8.5
 COR 15 DN
 CLORO 0.2mg/l
 VOLUME TOTAL (*)
 (*) Sistema que analisa 40 ou mais amostras por
 mês, baseado em 95% das amostras examinadas

Dados Referentes à

LEITURAS ANTERIORES

MÊS	VALOR
JAN 11	-00
FEB 12	-18
MAR 9	-00
ABR 10	-00
MAI 8	-00
JUN 17	-00
MÉDIA	11

DADOS DE INSTALAÇÃO

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

CONSUMO D'ÁGUA

TOTAL A PAGAR:

PROTÓCOLO
 RECEBIDO
 19 NOV 2015
 JEM REGULADORA
 ***** 40.81

REFERÊNCIA

JUL/2015

SÚMIO A CONTAR APÓS 40 DIAS DO VENCIMENTO

VENCIMENTO

30/07/2015

** DÉBITO AUTOMÁTICO **

826500000003 408100108211 742179907206 1500000000011



CAGEPA

P-1073

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

ENDEREÇO

028.01.020.0304

SÚMIO A CONTAR APÓS 40 DIAS DO VENCIMENTO

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)

ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima ELIAS 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 086.206.614-08 comdomicílio na cidade de PICUI no Estado dePB onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA VENIAMINA VENERAVEL DE VENETA nº S/N

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 JÚNIOR cujo o condutor eraELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JÚNIORVeículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA 617 125 KSAno: 2005Placa: MYP-5487/RNChassi: 9C2JA04106R809224Data do Acidente: 02/08/2015Local e Data: PICUI - PB, 13/11/2015Elizama Kelly dos Santos Oliveira

Assinatura do Declarante

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



04



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60

VOLUME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SA

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

Recorcor: PARDA

Dt. Nasc: 21/11/1990 Idade: 24 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Mãe: ANA MARIA DOS SANTOS OLIVEIRA

Profissão: PINTOR

Documento: 3722813

Endereço: RUA ADELIA LIMA DE MACEDO

Nº:

Bairro: JK

Município/CEP/BGE: PICUI / 58187000 / 251140

Telefone para contato: (83) 3371-2554

CNS:

Data e Hora: 02/08/2015 18:27:33

SSV

PESO:

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente vítima de acidente de carro
AP = normal

AV = normal Abd = normal

EXT = normal

Hospital Regional de Picui

Atesto conforme o original

Picui, 30/10/2015

Arquiteto Médico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

ORIENTAÇÃO

Vitória de condit de modo a ser
fornecer a família e a ser adiv

RESULTADOS

Ad. Suelio Moreia Torres
Bateria tela

CRM: 15878-0/01
Onde: 15878-0/01

análise do exame

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. SFO, 91 - 500 mg EV placebo

2. SFO, 91 - 500 mg EV placebo

3. Valium 25 - 100 mg IM

4. Bup - 1 mg TM

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

lesão ocular / FEAT - Plati

LEI REGULADORA

19 NOV 2015

CID-10:

DOCUMENTO 5



5% T

MEDICAÇÃO: 1. PRESCRITA 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

1. OBSERVAÇÃO 2. RESIDÊNCIA 3. INTERNAÇÃO

2. OUTRO HOSPITAL 3. ÓBITO 4. OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO PROCEDIMENTO:

1. C301040104

2. []

3. []

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

AUTÓGRAFO

CEO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU FOLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO: SUELIO MOREIA TORRES

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO: SUELIO MOREIA TORRES

CRM: 15878-0/01

CRM: 15878-0/01

GOVERNO DO PARÁ SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES

SUS FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

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: PARÁ Data: 11/11/25

PACIENTE: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR

Profissão: JAP 9849843 Sexo: MASCULINO Idade: 24,7

Endereço: LUIZ GONZAGA, 46 Bairro: CENTRO

Município: PUCU Data de nascimento: 03/06/2015 Hora: 16:15h Colégio do Aluno: 251140

RACIA/COR/MA NASCIMENTO: 21/11/1990 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

(1) - BRANCA (2) - PRETA (3) - PARDA

(4) - AMARELA (5) - INDICADA (99) - SEM INDICAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. 2. 3. 4. 5.

DIAGNÓSTICO / CID

TIPO DE ATENDIMENTO

PROCEDIMENTO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

SERVIÇOS REALIZADOS:

01 - PRECISÃO 02 - APLICADA

01 - ATENDIMENTO NO CONSULTÓRIO OU SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

02 - ATENDIMENTO NO CONSULTÓRIO OU SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

03 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

04 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

05 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

06 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

07 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

08 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

09 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

10 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

11 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

12 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

13 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

14 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

15 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

16 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

17 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

18 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

19 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

20 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

21 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

22 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

23 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

24 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

25 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

26 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

27 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

28 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

29 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

30 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

31 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

32 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

33 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

34 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

35 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

36 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

37 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

38 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

39 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

40 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

41 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

42 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

43 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

44 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

45 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

46 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

47 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

48 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

49 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

50 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

51 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

52 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

53 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

54 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

55 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

56 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

57 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

58 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

59 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

60 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

61 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

62 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

63 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

64 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

65 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

66 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

67 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

68 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

69 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

70 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

71 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

72 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

73 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

74 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

75 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

76 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

77 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

78 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

79 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

80 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

81 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

82 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

83 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

84 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

85 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

86 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

87 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

88 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

89 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

90 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

91 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

92 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

93 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

94 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

95 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

96 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

97 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

98 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

99 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

100 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO

Ficha de Acolhimento

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

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Claro () Fácies de dor () Cemente
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

Amarelo - atendimento até 1 hora
Azul - atendimento ambulatorial
Joana Darc de S. Vasconcelos
ENFERMEIRA
COREN RN 549

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 "Felipe Tiago Gomes"

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Elias Paulino de O. Junior
DOCUMENTO Nº. _____ IDADE: 24
DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 SEXO: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: Dicas - PB CEP: _____
PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____
H.D.A. Acidente de moto
o/ tranco no joelho e
FRAT. PLANA LTO
EXAMES REALIZADOS: RX
CONDUTA: Do Hospital de Fratura
de Campina Grande
Protocolo Dr. Rodolfo

PROTÓCOLO
RECEBIDO
19 NOV 2015
JEM REGULADORA

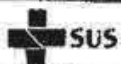
DATA: 03 08 18

MÉDICO ASSISTENTE / CRM

Dr. Carlos Candido Filho
Otorrinolaringologista
CRM-PB 5475 - 7017725

08





Sistema
Unico 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

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ASSESSORANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Elisio Pereira de Oliveira Junior

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

238.230

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

116104602911810610311

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/11/1990

9 - SEXO

M

10 - END

3

11 - NOME DA UNIDADE RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

313 91819182145

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Barros Moreira, 421, Bonfim

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Piau

15 - COD. DO MUNICÍPIO

PA8

16 - UF

PI

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor + limitação funcional em joelho esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIF. A INTERNAÇÃO

Artrite + trauma físico

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

Rx

20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Fratura de platô tibial esquerdo

21 - CID 10 PRIMÁRIO

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

1 - CEN 2 - COT

28 - DOCUMENTO

1 - CEN 2 - COT

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/OPS) DO PROFISSIONAL DO COTANENTE

0377031161410

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

31 - DATA DO PROCEDIMENTO

10/07/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO PROCEDIMENTO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO FÍSICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CIPJ DA SOLICITANTE

37 - Nº DO BOMBEIRO

38 - CIPJ EMPRESA

39 - CIPJ DA EMPRESA

40 - CIPJ

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - CONTRATADO

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - ARRENTADO

6 - NÃO REQUERENDO

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - COD. CBO/DEMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - COLUZE

1 - CEN 2 - COT

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/OPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

MOD 019



Diagnóstico

...PRATIRA DE Antônio Florio
(Shodokan II)

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Sua Quilômetro de 09 km. Endereço/Alojamento)

Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/09	DIETA GERAL CL. N° 2 - 20 MG EV 7H TRAMAL 100 MG EV 7H SP 60 mg qd EV 7H MORF 10 mg qd EV 7H GEMEZOLIN ONE MACO 20 MG EV 7H TRAMAL 100 MG EV 7H CICLOSIV ACESSOS VENOSOS Curativo UC invy SC 1x/dia Plavix 75 EA JV 8/8 S/SUJ Capripide Multiquase N: PRS ≥ 100 em PHD ≥ 110	8h 12h 14h 16h	EV BOM IL. EUPNEICO AS BCA PERFUSÃO NOS MMSS E MMIS PELA SEM DESO 25 MOBILIZAÇÃO CESSADA EVOU SEM INTERCORRÊNCIAS COM AGUARDA CIRURGIA CPM

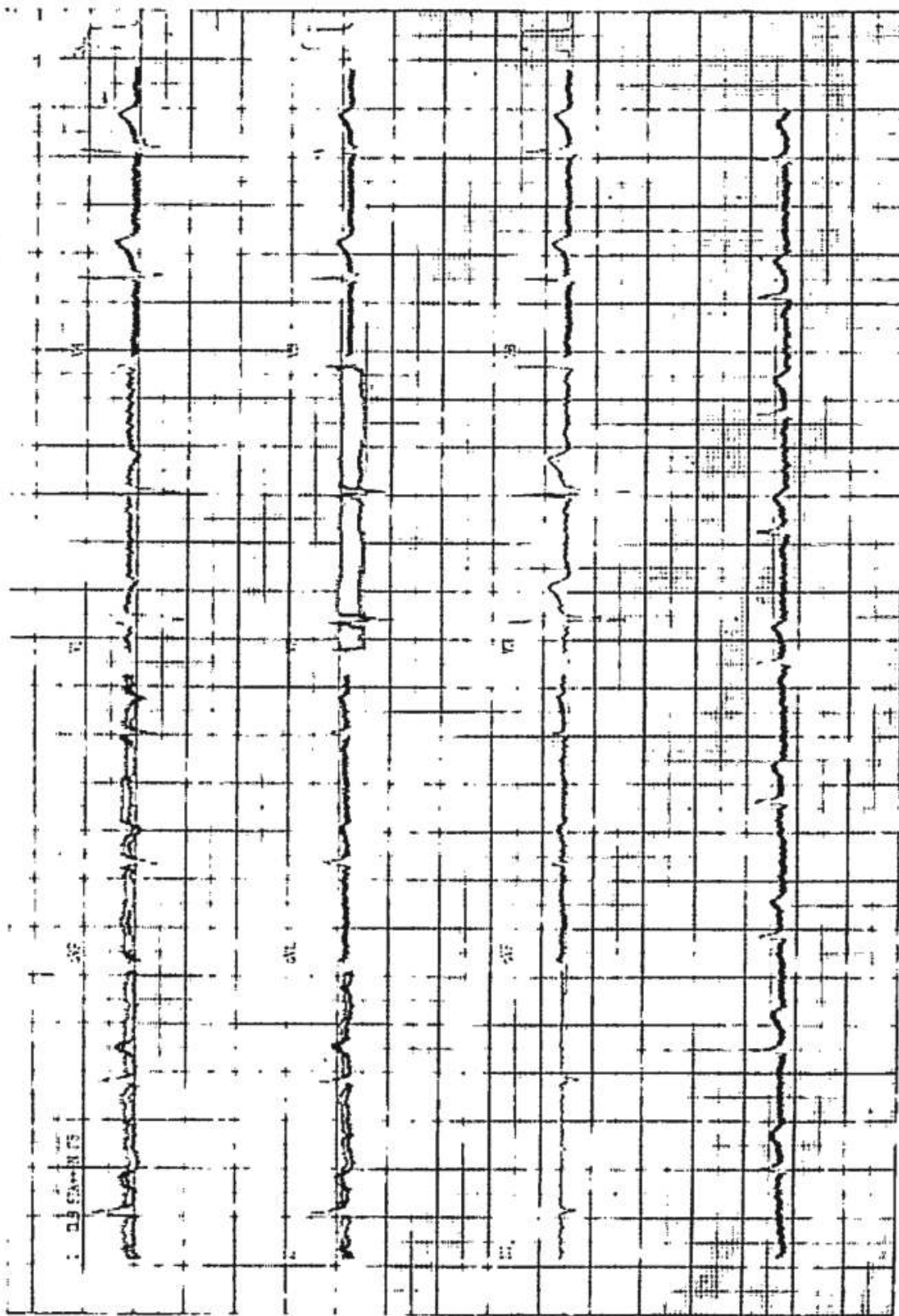
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**



BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME:	<u>Elias Paulino de Oliveira Jr.</u>		
IDADE:	<u>24</u>	SEXO: M ☒ F ☐	DATA DE NASCIMENTO: <u>4/2/15</u>
SETOR:	<u>Anestesia</u>	LEITO:	<u>2-1</u>
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	<u>Px de Plots Total ①</u>		
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☒ NÃO ☐	QUAIS:	<u>Roxatil</u>
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEIA ☐	TACUIPÊNICO ☐	EUPNEICO ☒
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
	DISURIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEÁMBULA ☒	DEÁMBULA C/APOIO ☐	ACAMADO ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐
SIST. GAS. GASTROINTESTINAL:	VOZ ☒	SNG ☐	SNE ☐
DIETA:			
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBEESO ☐
			CAQUÉTICO ☐
DADOS VITAIS:	PA:	TE:	FR:
			FC:
			PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE QUEDA	CD/R:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/R:		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/R:	<u>Previamente</u>	
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal	CD/R:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/R:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	CD/R:		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/R:		
☐ NAUSEA	CD/R:	<u>Infarto leve</u>	
☐ DOR AGUDA	CD/R:		
☐ DOR CRÔNICA	CD/R:		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/R:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/R:	<u>proprio movimento</u>	
☐ DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO	CD/R:		
☐ ALIMENTAR-SE	CD/R:		
☐ PARA BANHO	CD/R:		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/R:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/R:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/R:		
☐	CD/R:		
☐	CD/R:		
☐	CD/R:		
		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS	APRAZAMENTO	ASSINATURA:	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR	<u>20 23</u>		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA			
☐ INSTALAR CATETER DE O ₂ A 0,2 L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ)			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA)	<u>Sempre</u>		
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTO-CUIDADO	<u>Com ajuda</u>		
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE	<u>Sempre</u>		



ELIAS BAUTINO 24/07/21
REC-AL = 04/08/25 01:30h



12





GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Exat d. plata Fibral (F)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Clara Paulino de Oliveira	Alojamento	3	Leito	5	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
05/08	1 - Dito Lina	18:18	24/06			
	2 - Dito Lina	18:18	24/06			
	3 - T. 0.0.1 1 Amp EV 12/12h	18:18	24/06			
	4 - S.F. 0.2.1 1 Amp EV 12/12h	18:18	24/06			
	5 - M. Traqueostomia 10mg EV 3/12h	18:18	24/06			
	6 - Amp. 20mg VO 7L	18:18	24/06			
	7 - Financ. 100mg EV 3/12h	18:18	24/06			
	8 - C.C.G. - 5.5.V.1	18:18	24/06			
	9 - Lina Lina	18:18	24/06			
	10 - Clona 40mg SC 8x dia	18:18	24/06			
	11 - Plav. 0.1 FA EV 8/8	18:18	24/06			
	12 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	13 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	14 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	15 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	16 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	17 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	18 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	19 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	20 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	21 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	22 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	23 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	24 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	25 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	26 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	27 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	28 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	29 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	30 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	31 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	32 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	33 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	34 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	35 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	36 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	37 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	38 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	39 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	40 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	41 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	42 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	43 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	44 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	45 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	46 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	47 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	48 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	49 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	50 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	51 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	52 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	53 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	54 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	55 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	56 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	57 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	58 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	59 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	60 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	61 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	62 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	63 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	64 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	65 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	66 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	67 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	68 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	69 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	70 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	71 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	72 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	73 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	74 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	75 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	76 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	77 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	78 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	79 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	80 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	81 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	82 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	83 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	84 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	85 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	86 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	87 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	88 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	89 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	90 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	91 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	92 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	93 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	94 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	95 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	96 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	97 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	98 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	99 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			
	100 - Cpt. 1g EV 8/8	18:18	24/06			

1/20.03

[illegible][illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Olivia Paima de Oliveira Junior</u>	UG: <u>0104.115</u>		
IDADE: <u>23</u>	SEXO: <u>ATV</u>	FILIAÇÃO: <u>ASIMILADO</u>	03
SETOR: <u>UTQ</u>	LEITO: <u>3-1</u>		
DIAGNOSTICO: <u>Ex. Plans. T. Anal. (E)</u>			
ALERGICO: <u>SIM</u> ☐ NAO ☐			
MEDICACAO: <u>SIM</u> ☐ NAO ☐			
DOENCA CRONICA: <u>SIM</u> ☐ NAO ☐			
PRESENCIA DE UNICAO: <u>SIM</u> ☐ NAO ☐			
PRESSAO ARTERIAL: <u>4. POTENSO</u> ☐ <u>NORMOTENSO</u> ☒ <u>HIPERTENSO</u> ☐			
SISTEMA NEUROLÓGICO: <u>CONSCIENTE</u> ☒ <u>INCONSCIENTE</u> ☐			
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <u>DISPNEIA</u> ☐ <u>TACAPNEICO</u> ☐			
SIST. GENITOURINÁRIO (RESE): <u>URINARIA</u> ☒ <u>OLIGURIA</u> ☐			
MORIBILIDADE: <u>BRADICARDIA</u> ☐ <u>TAQUICARDIA</u> ☐			
SIST. GAS. RESPIRATÓRIO (DIETA): <u>RESPIRATORIA</u> ☐ <u>ACIDOTICA</u> ☐			
ESTADO NUTRICIONAL: <u>NUTRIDO</u> ☒ <u>DESNUTRIDO</u> ☐ <u>OBESO</u> ☐			
DADOS VITAIS: <u>PA: 120x70</u> <u>36°C</u> <u>FR: 20</u> <u>FC: 80</u> <u>IPSO:</u>			

[illegible]

PRESCRIÇÃO DA ENTREGANHA		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒	MONITORIZAÇÃO DE VÍDEOS	12/12	<i>[Assinatura]</i>
☐	REALIZAR CONTROLE DE SÍMPTOMAS		
☐	ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA		
☐	INSTALAR O SÍMPTOMA A 20 CM DO CORPO DO PACIENTE		
☐	AVALIAR SÍMPTOMAS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA		
☐	BATIMENTOS DA AGUA DO NARIZ		
☐	ASPIRAÇÃO DE VASO APRENS		
☐	POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE COSTAS		
☐	MANTER A CALDAIA DO PACIENTE EM TEMPERATURA, QUE NÃO RECOMENDADO		
☐	MONITORAR SÍMPTOMAS E SÍMPTOMAS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA		
☐	ASSISTIR O PACIENTE EM DECÚBITO DE COSTAS		
☐	REALIZAR TUBOS DE OXIGÊNIO PERMANENTE NA BOCA DO PACIENTE		
☐	RELACIONADOS AOS SÍMPTOMAS, IDENTIFICADOS AS CONDIÇÕES TÓXICAS PELA SÍMPTOMAS DO PACIENTE		

18

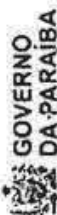




SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Cláudia Regina de Oliveira Almeida</u>			
IDADE: <u>34</u>	SEXO: <u>M</u>	E	DATA DE NASCIMENTO: <u>07/08/15</u>
SETOR: <u>MIC</u>		LEITO: <u>3-1</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Tx de Glaucoma (C)</u>			
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 ☐	TAQUIPNEICO ☐	EUPNEICO ☒
SIST. GASTROURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEÁMBULA ☐	DEÁMBULA COM APOIO ☒	ACAMADO ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐
SIST. GAS. ROENTEGENAL (DIETA):	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBEESO ☐
			CAQUÉTICO ☐
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
			FC:
			PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
☐ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal	CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA - ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
☐ NÁUSEA	CD/FR:		
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
CC: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		DATA: <u>12/12</u>	ASSINATURA: <u>[assinatura]</u>
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A DILATIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO 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.			
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE			
☒ RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS, ÀS CONDIÇÕES TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.			



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

End Page 7: 2nd

Folha de Tratamento e Evolução

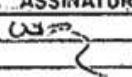
Paciente	Aljamento	Leito	Convênio
Elisa Pereira Oliveira	3	3	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/03	1 - DIETA LIVRE 2 - SF 0.9 % 500 ml EV CADA 12 H 3 - OMEPRAZOL 40 mg EV CADA 24 H 4 - DIPIRONA 2.0 ml CAUA 8 H 5 - TILATIL 20 mg EV CADA 12 H 6 - C.C.G. 7 - Metoprolol 10mg EV 8/8h S/N 8 - Aminoácidos 9 - Clonazepam 1mg SC 1x dia 10 - Paracetamol 500mg EV 8/8h S/N 11 - Paracetamol 500mg EV 8/8h S/N 12 - Espiridol 100mg EV 8/8h S/N ou PAS 2.00	5h 50 06 12/18/24 18/24 06 18/24 06 18 18 18 18 18	1ª Oatipedia Tossente intermitente, em quantos Mgs das Ag. de l. química, Mannitol 100mg/dia. Paracet 1000 comp 27
			Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológica Brasília, DF - CEP 70005-900

21.



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				08/10/15	
NOME: <u>Elaine Pereira Oliveira Junior</u>					
IDADE: <u>24</u>		SEXO: <u>M</u>	FI: <u>1</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>1 / 1 / 85</u>	
SETOR: <u>UTH</u>			LEITO: <u>3-1</u>		
DIAGNOSTICO MEDICO: <u>Ex. Pleur. Transl.</u>					
ALERGIAS:		SIM ☐ NAO ☒	QUAIS:		
MEDICACAO CONTINUA:		SIM ☐ NAO ☒	QUAIS:		
DOENCA CRONICA:		SIM ☐ NAO ☒	QUAIS:		
PRESENCA DE ESCARA:		SIM ☐ NAO ☒	LOCAL:		
PRESSAO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLOGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒		
SISTEMA RESPIRATORIO:	DISPNEICO ☐	TAGIPNEICO ☐	EUPNEICO ☒		BRADIPNEICO ☐
SIST. GENITOURINARIO (DIURESE)	NORMAL ☐	POLURIA ☐	OLIGURIA ☐		SVO ☐
	DUSURIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANURIA ☐		
MOBILIDADE:	DEAMBULA ☐	DEAMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☒		SI DEFICITE MOTOR ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐		RESTRITO NO PEITO ☐
SIST. GAS. ROINFECTIONAL (DIETA)	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐		CAQUETICO ☐
DADOS VITAIS:		PA: <u>140x80</u>	T: <u>36,2</u>	FR: <u>22</u>	PESO: <u>77</u>
DIAGNOSTICO DA ENFERMAGEM					
☐ RISCO DE QUEDA			COFR:		
☐ RISCO DE ASPIRACAO			COFR:		
☐ RISCO DE INFECÇÃO			COFR:		
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal			COFR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			COFR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA			☐ RETENÇÃO URINÁRIA COFR:		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO			COFR:		
☐ NAUSEA			COFR:		
☐ DOR AGUDA			☐ DOR CRÔNICA COFR:		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			COFR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			COFR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO			☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO COFR:		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			COFR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			COFR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			COFR:		
☐			COFR:		
☐			COFR:		
☐			COFR:		
☐			COFR:		
			CO: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		
			FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO		ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			12/12 h		
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
☐ INSTALAR CATETER 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 DECUBITO DE 45°.					
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO					
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).					
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
☐ RELACIONAR OS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					



Diagnóstico

Fr plots tiled

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO.

Paciente	Elis Pauline Oliveira	Alojamento	03	Leito	01	Convênio
Data	08/08	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
1	Dista Care			#02020		
2	SE 4340 500 mL EV 12112h		2h			
3	Omeprazol 40mg EV 24h		h			
4	Dipirona 2ml R18h		2h			
5	Tilatil 30mg 12112h		2h			
6	Cc GG					
7	metoclopramide 10mg EV 218h SIN					
8	Acidose severa					
9	Clozine 40mg SC 1x dia					
10	Plend 01FA EV 218h SIN					
11	Captopril 25mg sublingual 1x PAS > 170					
12	PAD > 110					

24

557 QUA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Elia Pontes Oliveira Pereira</u>			
IDADE: <u>24</u>	SEXO: ☒ M ☐ F	DATA DE NASCIMENTO: <u>09 / 08 / 15</u> às <u> </u> h	
SETOR: <u>UTI</u>		LEITO: <u>3-1</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Fx de pulso - limbo</u>			
ALERGIAS:	☐ SIM ☒ NÃO	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	☐ SIM ☒ NÃO	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	☐ SIM ☒ NÃO	QUAIS:	
PRESEÇA 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 ☒ OLIGURIA	☐ ANURIA	☐ SVD
MOBILIDADE:	☐ DEAMBULA ☒ DEAMBULA COM APOIO	☐ ACALMIADO	☐ S/ DEFICITE MOTOR
	☐ TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA	☐ PARESIA	☐ RESTRITO NO PEITO
SIST. GAS. PONTUAL (DIETA):	☐ VO ☒ SNG	☐ SNE	
ESTADO NUTRICIONAL:	☒ NUTRIDO ☐ DESNUTRIDO	☐ OBESO	☐ CAQUETICO
DADOS VITAIS	PA: <u> </u> IT: <u> </u> FR: <u> </u> FC: <u> </u>	PESO: <u> </u>	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE QUESA	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		
☐ NAUSEA	CD: FR		
☐ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD: FR	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD: FR		
☐ IMOBILIDADE 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 DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>12/12</u>	<u> </u>
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DLOMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).			
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>Continuar</u>	<u> </u>
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUITAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS RESPOSTAS DO PACIENTE.		<u> </u>	<u> </u>

25



[illegible]

REGISTROS

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA

[illegible]

ENFERMEIRA
CC 95M - PD - 325973



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME:	Eduardo Roberto Oliveira Junior		
IDADE:	34	SEXO:	M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO:
SETOR:	1144	LEITO:	3-1
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Ex. de apêndice 1.100		
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 ☒ BRADIPNEICO ☐		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐		
MOBILIDADE:	DEAMBULA ☐ DEAMBULA C/APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐		
SIST. GAS. PONTUAL:	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUETICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
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:		
☐ DEFICIT 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 DEFICITÓRIA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		12/12	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA (RUIDOS, ESFERTORES 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).			
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO.		Continuar	CF. 212
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUITAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS RESPOSTAS DO PACIENTE		CF.	CF.

100 125



[illegible]



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

Fratura de fêmur direito exposta
(Shatzken II)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Flávio Roberto de Oliveira Lima	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
1 - Difteria oral 1ml			08/07/2021 - 08h30min	
2 - Tetosol 20mg IM			08/07/2021 - 08h30min	
3 - Clonazepam 0,5mg IM			08/07/2021 - 08h30min	
4 - Dexametasona 4mg IM			08/07/2021 - 08h30min	
5 - Tetosol 20mg IM			08/07/2021 - 08h30min	
6 - Dexametasona 4mg IM			08/07/2021 - 08h30min	
7 - Dexametasona 4mg IM			08/07/2021 - 08h30min	
8 - Dexametasona 4mg IM			08/07/2021 - 08h30min	
9 - Dexametasona 4mg IM			08/07/2021 - 08h30min	
10 - Dexametasona 4mg IM			08/07/2021 - 08h30min	



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Feb 13 1885

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	ELIAN	Familia Oliveira	Alojamento	2	Leito	3	Convênio
----------	-------	------------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/3	1. Dieta 2. diet.		Catagorico
	2. 250cc, 3x, 500ml EV, 12/12h	500 ml	T. anti-urterial, 2m
	3. Digoxin 2ml EV, 8/12h	14 12 06	Quem não chega da
	4. Furosemida 20mg EV 12/12h	14 06	Agil, expunção, ressonância
	5. Omeprazol 40mg EV 1x/dia	14 06	paciente.
	6. Nitroglicerina 10mg EV 8/12h	14 06	
	7. Clozapina 10mg SC 2x/dia	14 06	
	8. Phasyl 0.15g EV 8/12h	14 06	
	9. 400mg 25mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	
	10. 100mg 2x/dia	14 06	

1109.075



12/08/15 08h PA: 100x60 T: 36,6°C

12/08/15 20h PA: 110x60 T: 36,5°C

Trocado aceso venoso

Valeria

32



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

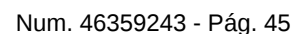
Paciente		Prontuário		Alta		Leito		Enfermaria	
Elias Paulino de Oliveira Junior				Ortopedia		2-3			
Data	Hora								
12/08/15	Manhã	Presente com fratura de fêmur Tibial proximal. Foi realizada mobilização articular de M.I.D. e o paciente relatou ser a limitação de movimento.							
		Acadêmica da FCN. Ms Regina Bezerra Santos							
		<i>[Assinatura]</i> Suelio Moreira Torres Fisioterapeuta CRF 10.465/15							
13/08/15	M	Paciente com fêmur e tibial ao ar, com UE a 10. em UE estabilizada.							
		<i>[Assinatura]</i> Suelio Moreira Torres Fisioterapeuta CRF 10.465/15							

33

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

34

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



[illegible]

DN: 21/11/1990

PACIENTE:		ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR				GOVERNO DA PARAIBA	
QI	2	LEITE	3	CONVENIO	SUS	IDADE	24
CIRURGIA		TRANSPLANTADO DE RIM		CIRURGIÃO		RICHARD MORRIS JR	
ANESTESIA		RIVANE DIME		ANESTESIA		RAFEL	
INSTRUMENTADORA		ANGELICA		DATA		13/05/2015	
INICIO		12:00		FIM		14:5	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Craniotomia		Qtd.	FIOS	
	Adrenaling amp.		01	Cat. de Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertex	
	Altopina amp.			Compressa Grande		Catgut cromado Sertex	
	Discepan amp.		05	Compressa Pequena		Catgut Sertex	
01	Dimora amp. 0,2 mg/ml			Colorido		Catgut Sertex	
	Dofantina amp.			Dreno Suck nº 4.8		Catgut Sertex	
	Efrane ml		01	Dreno Keri nº		Catgut Sertex	
	Feregam amp.			Dreno Panose nº		Catgut Sertex	
	Fentanil ml			Dreno Pezzar nº		Etilbond	
	Inovar ml			Equip. de Microscopias		Etilbond	
	Ketalar ml		01	Equip. de Microscopias		Etilbond	
	Mercaina 1/2 ml			Equip. de Sangue		Fio de Algodão Sertex	
	Nubotin amp.			Equip. de PVC		Fio de Algodão Sertex	
	Pavulon amp.			Esparadrapo Lacer. em		Fio de Algodão Sertex	
	Prot. ginae amp.		2.5	Furam ml		Fio de Algodão Sertex	
	Prot. ginae ml			Gase Passio cl. 10 unidades		Fio cardiaca	
	Oxiflin ml		05	H2O2 ml		Iveroxylon	
	Ripilan amp.			Intracath Adulto	03	Iveroxylon 2-3	
03	Thionex ml			Intracath Infantil		Protene Sertex	
Qtd.	MEDICAÇÕES		03	Lamina de Bisturi nº 23		Protene Sertex	
01	Água Destilada amp.			Lamina de Bisturi nº 11		Protene Sertex	
	Decadron amp.			Lamina de Bisturi nº 15		Protene Sertex	
	Diprora amp.		02	Lunas 7.0		Vinyll Sertex	
	Flaxicil amp.		03	Lunas 7.5		Vinyll Sertex	
	Flebotomid amp.		02	Lunas 8.0		Vinyll Sertex	
	Gentamicina amp.		04	Lunas 8.5		Vinyll Sertex	
	Glicose amp.			Oxigenio Hm			
	Glucose de Cálcio amp.			Poliex			
	Hemagost ml		2.5	Poliex			
	Hepareno ml			Puffi Uegemante ml			
	Kanzikon amp.		01	Puffi Tóxico ml	Cid.	SOROS	
	Lase amp.		04	Sabão Anti-tóxico	2.5	SG Normotermico fr 500 ml	
	Mecrothazol.		01	Saco co/lor		SG Gelado fr 500 ml	
	Pisil amp.		02	Seranga desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Protamina		01	Seranga desc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Revivon amp.			Seranga desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Simplicon amp.			Sonda			
	Celulose 1g			Sonda Foley	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE	
03	Oxigenio 1g			Sonda Nasogástrica			
				Sonda Uretra nº			
				Steridrem ml			
				Tornicilha			
Qtd.	MATERIAIS E SOLUÇÕES			Vaselina ml			
03	Água desc. 23 x 7			Golden 15			
	Água desc. 23 x 23			Lalene			
03	Água desc. 3 x 5 40 x 12		05	Lalene			
02	Água de Enfermagem						
2.5	Álcool de Enfermagem						
	Álcool Iodado ml						
	Bandas de Crepon						
	Bandas de Gessado						
	Azul marinho amp.						
	Benzina ml						
				EQUIPAMENTOS			
				1) Oxímetro de Pulso 1) Soro 1) Desfibrilador 1) Foco Frontal 1) Fonte de Luz			
				1) Foco Auxiliar 1) Eletrocardiografo 1) Oxicarotígrafo 1) Cardíaco monitor 1) Perfurador Elétrico			
				CIRCULANTE RESPONSÁVEL			

VO2-366



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAVIA

CIDADE

GRANDE

TEL/FAX/E-MAIL

NOME DO PACIENTE

ELIAS RODRIGUE OLIVEIRA JUNIOR

Nº DO PRONTUÁRIO

122905

DATA

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRÚRGICO DE TUM. DE PÉDIO TIBIAL E

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
HAP Em 2 OBF. ESG.		01	
PARAFUSOS CORTAIS 4,5x34		01	
" " " 4,5x36		01	
" " " 4,5x38		02	
ENFERM. ASSÉD. HAP-91		01	
Apresentação: 5,0g - 10 mesh			
Lot.: 1501011-1M			
Validade: 02/2017			
STERILE EO			
115			

DATA DE UTILIZAÇÃO

13/09/2015

DATA DE COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

1/R HIRSHIO ALCKMIN

OBSERVAÇÕES

PARAFUSOS ESPONJOSOS RL 75 01

PARAF. ESPONJOSOS RL 80 01

X. 115 ACO 102

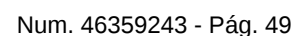
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

André

37



38



[illegible]

Diagnóstico

bede plaats' t'nal e
he op oit

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Juan Federico Oliviero

03

02

CHURCH

12

100

2007

4.7

229

2

27

● **Figure 1**

210

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/06	1. Dieta Livre. 2. Nao an. 3h		
	1. SNU 1500ml EV/24h	1: 1 h	Paciente com diarreia
	3. Opiroina 02ml + AD EV 06/06h	1: 1 h	Admit. em internação.
	4. Filadil 20mg + AD EV 12/12h	1: 1 h	
	5. Dineprazol 40mg EV/12h	1: 1 h	Ad: 1) NPO
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	1: 1 h	2) Registo. Nao an
	7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN	1: 1 h	radiografia de pulm
	8. Clealine 40mg SC/die	1: 1 h	
	9. SSVV + CCSC	1: 1 h	
	10. Solução concentrada de penicilina	1: 1 h	11) 12h NPO

1021

40

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOVO <i>Elcio Paulo de Oliveira Jr.</i>			IDADE <i>23</i>	SEXO <i>Masculino</i>	COF
DATA <i>13/1/13</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TPO SANGUINÉO	HEMATÓCITOS	HEMOCLOSA	HEMATÓCITO	GLUCEMIA	UREIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO					ADAMA	RENCONTRE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESSOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATAXIA	CORTICÓIDES	ALERGIA	HISTÓRIAS PREVIAS	
DIAGNÓSTICO DO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
INDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICAR	AS	ELENTO	
AGENTES ALÉRGICOS	INDICAÇÃO						
	Satisf.: _____ Excl.: _____ Tocar: _____						
	Linha espinhal: _____ Lenta: _____						
	Náuseas: _____ Vômitos: _____						
	Outros: _____						
	MANUTENÇÃO						
	ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____						
	Não, por quê? _____						
	DESPERTAR						
	Retorno na SC: _____						
	Oxig.: _____ CO ₂ : _____ Excl.: _____						
	Náuseas: _____ Vômitos: _____						
	Outros: _____						
	Com clareza: _____						
	Para a Leão: Sim _____ Não _____						
	CONDIÇÕES:						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>Apólexia 3 + fentanila 4mg + Diprivan 3g</i>						
POSICÃO	<i>Prone / Sup. P/P 15°</i>						
AGENTES	<i>Clonid. 75mg</i>						
TÉCNICA	<i>Int. 2mg + fentanila 4mg</i>						CANULAS
OPERAÇÃO	<i>1.1. Int. 2mg + fentanila 4mg</i>						
CIRURGIOS	<i>Dr. de Anest. + Wilth + Jui/ + Jui/</i>						
ANESTESISTAS	<i>Dr. RFL GWS</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGUÍNEA	
						FOLHA DE ANESTESIA - SRPB	





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

AValiação GERAL

Enfermaria: 2 Leito: 3 Nome: Elvaz 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 (X) Orientado (X) Confuso () Letárgico () Torporoso ()
Desorientado () GLASGOW: Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () D/E Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas ()
Mobilidade Física: MMSS: Preservada (X) Paresia () Plegia () Parestesia () Local
MMII: Preservada (X) Paresia () Plegia () Parestesia () Local

NECESSIDADES DE PERCEPÇÃO VISUAL, AUDITIVA E SENSITIVA

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

NECESSIDADE DE COMUNICAÇÃO

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

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO RESPIRATÓRIA

Respiração: Espontânea (X) Cateter nasal () Venturi () % L/min. Traqueostomia ()
Eupnéia (X) 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: Perceção () Queimadura de vias aéreas ()

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio ()
Pele: Corada (X) 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 (X) Central () Dissecção () Localização: M.D. Data da punção: 12/02/15
Edema MMSS () MMII () Anasarca ()

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO GASTROINTESTINAL

Tipo somático: Nutrido (X) Emagrecido () Obeso () Caquético ()
Alimentação: VO (X) 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



Obs: Dada-se LÂBILIDADE, definir de acordo com a NBR 2842.



43.

Diagnóstico

To a Photo-trial E.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

44



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Eduardo Fagundes O. Junior		Idade:	33 F
Convênio:	SUS		Data:	13/08/15
Procedimento:	- 1.º e 2.º e 3.º e 4.º e 5.º e 6.º e 7.º e 8.º e 9.º e 10.º e 11.º e 12.º e 13.º e 14.º e 15.º e 16.º e 17.º e 18.º e 19.º e 20.º e 21.º e 22.º e 23.º e 24.º e 25.º e 26.º e 27.º e 28.º e 29.º e 30.º e 31.º e 32.º e 33.º e 34.º e 35.º e 36.º e 37.º e 38.º e 39.º e 40.º e 41.º e 42.º e 43.º e 44.º e 45.º e 46.º e 47.º e 48.º e 49.º e 50.º e 51.º e 52.º e 53.º e 54.º e 55.º e 56.º e 57.º e 58.º e 59.º e 60.º e 61.º e 62.º e 63.º e 64.º e 65.º e 66.º e 67.º e 68.º e 69.º e 70.º e 71.º e 72.º e 73.º e 74.º e 75.º e 76.º e 77.º e 78.º e 79.º e 80.º e 81.º e 82.º e 83.º e 84.º e 85.º e 86.º e 87.º e 88.º e 89.º e 90.º e 91.º e 92.º e 93.º e 94.º e 95.º e 96.º e 97.º e 98.º e 99.º e 100.º e 101.º e 102.º e 103.º e 104.º e 105.º e 106.º e 107.º e 108.º e 109.º e 110.º e 111.º e 112.º e 113.º e 114.º e 115.º e 116.º e 117.º e 118.º e 119.º e 120.º e 121.º e 122.º e 123.º e 124.º e 125.º e 126.º e 127.º e 128.º e 129.º e 130.º e 131.º e 132.º e 133.º e 134.º e 135.º e 136.º e 137.º e 138.º e 139.º e 140.º e 141.º e 142.º e 143.º e 144.º e 145.º e 146.º e 147.º e 148.º e 149.º e 150.º e 151.º e 152.º e 153.º e 154.º e 155.º e 156.º e 157.º e 158.º e 159.º e 160.º e 161.º e 162.º e 163.º e 164.º e 165.º e 166.º e 167.º e 168.º e 169.º e 170.º e 171.º e 172.º e 173.º e 174.º e 175.º e 176.º e 177.º e 178.º e 179.º e 180.º e 181.º e 182.º e 183.º e 184.º e 185.º e 186.º e 187.º e 188.º e 189.º e 190.º e 191.º e 192.º e 193.º e 194.º e 195.º e 196.º e 197.º e 198.º e 199.º e 200.º e 201.º e 202.º e 203.º e 204.º e 205.º e 206.º e 207.º e 208.º e 209.º e 210.º e 211.º e 212.º e 213.º e 214.º e 215.º e 216.º e 217.º e 218.º e 219.º e 220.º e 221.º e 222.º e 223.º e 224.º e 225.º e 226.º e 227.º e 228.º e 229.º e 230.º e 231.º e 232.º e 233.º e 234.º e 235.º e 236.º e 237.º e 238.º e 239.º e 240.º e 241.º e 242.º e 243.º e 244.º e 245.º e 246.º e 247.º e 248.º e 249.º e 250.º e 251.º e 252.º e 253.º e 254.º e 255.º e 256.º e 257.º e 258.º e 259.º e 260.º e 261.º e 262.º e 263.º e 264.º e 265.º e 266.º e 267.º e 268.º e 269.º e 270.º e 271.º e 272.º e 273.º e 274.º e 275.º e 276.º e 277.º e 278.º e 279.º e 280.º e 281.º e 282.º e 283.º e 284.º e 285.º e 286.º e 287.º e 288.º e 289.º e 290.º e 291.º e 292.º e 293.º e 294.º e 295.º e 296.º e 297.º e 298.º e 299.º e 300.º e 301.º e 302.º e 303.º e 304.º e 305.º e 306.º e 307.º e 308.º e 309.º e 310.º e 311.º e 312.º e 313.º e 314.º e 315.º e 316.º e 317.º e 318.º e 319.º e 320.º e 321.º e 322.º e 323.º e 324.º e 325.º e 326.º e 327.º e 328.º e 329.º e 330.º e 331.º e 332.º e 333.º e 334.º e 335.º e 336.º e 337.º e 338.º e 339.º e 340.º e 341.º e 342.º e 343.º e 344.º e 345.º e 346.º e 347.º e 348.º e 349.º e 350.º e 351.º e 352.º e 353.º e 354.º e 355.º e 356.º e 357.º e 358.º e 359.º e 360.º e 361.º e 362.º e 363.º e 364.º e 365.º e 366.º e 367.º e 368.º e 369.º e 370.º e 371.º e 372.º e 373.º e 374.º e 375.º e 376.º e 377.º e 378.º e 379.º e 380.º e 381.º e 382.º e 383.º e 384.º e 385.º e 386.º e 387.º e 388.º e 389.º e 390.º e 391.º e 392.º e 393.º e 394.º e 395.º e 396.º e 397.º e 398.º e 399.º e 400.º e 401.º e 402.º e 403.º e 404.º e 405.º e 406.º e 407.º e 408.º e 409.º e 410.º e 411.º e 412.º e 413.º e 414.º e 415.º e 416.º e 417.º e 418.º e 419.º e 420.º e 421.º e 422.º e 423.º e 424.º e 425.º e 426.º e 427.º e 428.º e 429.º e 430.º e 431.º e 432.º e 433.º e 434.º e 435.º e 436.º e 437.º e 438.º e 439.º e 440.º e 441.º e 442.º e 443.º e 444.º e 445.º e 446.º e 447.º e 448.º e 449.º e 450.º e 451.º e 452.º e 453.º e 454.º e 455.º e 456.º e 457.º e 458.º e 459.º e 460.º e 461.º e 462.º e 463.º e 464.º e 465.º e 466.º e 467.º e 468.º e 469.º e 470.º e 471.º e 472.º e 473.º e 474.º e 475.º e 476.º e 477.º e 478.º e 479.º e 480.º e 481.º e 482.º e 483.º e 484.º e 485.º e 486.º e 487.º e 488.º e 489.º e 490.º e 491.º e 492.º e 493.º e 494.º e 495.º e 496.º e 497.º e 498.º e 499.º e 500.º e 501.º e 502.º e 503.º e 504.º e 505.º e 506.º e 507.º e 508.º e 509.º e 510.º e 511.º e 512.º e 513.º e 514.º e 515.º e 516.º e 517.º e 518.º e 519.º e 520.º e 521.º e 522.º e 523.º e 524.º e 525.º e 526.º e 527.º e 528.º e 529.º e 530.º e 531.º e 532.º e 533.º e 534.º e 535.º e 536.º e 537.º e 538.º e 539.º e 540.º e 541.º e 542.º e 543.º e 544.º e 545.º e 546.º e 547.º e 548.º e 549.º e 550.º e 551.º e 552.º e 553.º e 554.º e 555.º e 556.º e 557.º e 558.º e 559.º e 560.º e 561.º e 562.º e 563.º e 564.º e 565.º e 566.º e 567.º e 568.º e 569.º e 570.º e 571.º e 572.º e 573.º e 574.º e 575.º e 576.º e 577.º e 578.º e 579.º e 580.º e 581.º e 582.º e 583.º e 584			

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

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

Antonio Rafael S. C. de Almeida
Médico
CRM: 116110
CHM: 116110

Assinatura Anestesista

46





4/7





Paciente: Elias Paulo		Enfermária: 12	Leito: 3	Data: 13/07/15
DIAGNÓSTICOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO		
1 Constipação	Abdome distendido () Anorexia () Dor à evacuação () Dor abdominal () Outro ()	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro ()	Lesão neurológica ()	
2 desequilíbrio: a menos dos que as necessidades	Cavidade bucal ferida () Dor abdominal () Mucosas pálidas () Outro ()	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()	
3 Deficit no auto cuidado para banho	Incapacidade de nectar o banheiro () Incapacidade de lavar o corpo () Outro ()	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro ()	Anestesia ()	
4 Dor aguda	Alterações na pressão sanguínea () Relato verbal de dor () Outro ()	Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro ()	
5 Hipertermia	Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipneia () Outro ()	Aumento da taxa metabólica ()	Exatidão de idade () Circulação prejudicada ()	
6 Integridade da pele prejudicada	Destruição de camada da pele () Rompimento da superfície da pele () Invasão de estruturas do corpo () Outro ()	Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Anestesia () Desconforto () Rigidez articular ()	
7 Mobilidade física prejudicada	Dificuldade para virar-se () Movimentos descontrolados () Outro ()	Prejuízo muscular esquelético () Anestesia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Desuso () Outro ()	
8 Padrão respiratório ineficaz	Alterações na profundidade respiratória () Batimento de asa de nariz () Cianose () Outro ()	Prejuízo muscular esquelético () Anestesia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Desuso () Outro ()	
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico		Asido () Drenos () Outros ()	Vômito () Diarréia ()	
10 Risco de infecção		Aumento de exposição ambiental a patógenos () Inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	Defesas primárias	
11 Risco de queda		Mobilidade física prejudicada () Exatidão de idade () Agitação/Desorientação () Outro ()	Medicações ()	
12 Padrão do sono prejudicado	Mudança do padrão normal do sono () Reflexos de dificuldade para dormir () Outro ()	Falta de privacidade/controlar o sono () Reido () Imobilização física () Outro ()	Outro ()	
13 Outro				

98



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO GERAL							
Enfermaria:	2	Leito:	3	Nome: <u>Eliax Paulino Oliveira</u>			
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 ()	Midríaticas ()
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:	Roucos ()		Sibilos ()	Creptos ()	Estertores ()		Outro
Tosse ()	Produtiva ()		Improdutiva ()	Expectoração ()		Quantidade e Aspecto:	
Vias aéreas	Pérveas ()		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:	Ritmica ()		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				
Abdômem:	Flácido ()		Distendido ()	Tenso ()	Ascítico ()	Outros:	
RHA:	Normoativos ☒		Hipoativos ()	Hiperativos ()			

49



NECESSIDADE DE ELIMINAÇÕES	
Eliminação intestinal: Normal (☒) Líquida () Constipado () há _____ Dias, Outros _____	
Eliminação urinária: Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria ()	
SVO () 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 () 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 14 hs - 140x90 37,8 Paciente em deambulação, em pós-operatório imediato, realizando curativo na WVE, não estando livre da sucção para o maldito não foi prescrita, indicando conforme prescrição médica. 14/08/15 25.30h PA: 130x90 T: 37,8°C 14/08/15 Paciente estando oral regular, sem náuseas. Segue com a dieta oral sem engasgos.	
Data: 14/08/15 Hora: _____	
Carimbo e assinatura do Enfermeiro: _____	

SONTE-SOHO NUNO, R.C. Centro de Saúde da Família, Unidade Básica, Porto Alegre, 2012
OBS: O de Enfermeiros, define de acordo com a RDC/2012
CORE

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)		
☐ Alterar eficiência capilar, anular e mediar CPM		Melhora da aceitação alimentar
☐ Monitorar as queixas de náusea e vômito, anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos		
☐ Orientar e auxiliar sobre a eliminação intestinal e urinária (especie, frequência e quantidade)		Manutenção da glicemia estável
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares		
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro		Auxílio diário às necessidades de higiene
☐ Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo		
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor		Controle da dor (melhorada/ausente)
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável		
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor		
☒ Avaliar alterações dos sinais vitais	<i>Leituras</i>	
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar a dor após administração da medicação		
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados		Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos
☐ Incentivar a ingestão de líquidos		
☐ Observar reações de desorientação/confusão		
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa 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 a perfusão 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 fisiológicos		
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais fisiológicos e anotar	<i>5/7/2</i>	Diminuir o risco de infecção
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações		
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos		
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência)		Diminuir o risco de queda
☐ Manter as grades do leito elevadas		
☐ Contar o paciente quando necessário		
☒ Manter ambiente calmo e tranquilo	<i>Leituras</i>	
☒ Orientar repouso no leito		Melhora do padrão do sono
☒ Administrar medicação CPM		
☐ Outros		
☐ Outros		Outros

Carimbo e assinatura da Enfermeira:

Carimbo
Karel B. L. Porto
Enfermeiro
C.R.F. 10.123.456

FONTE: NIC 2010, CHAVES, L. D.; SOLAY, C. A.; SAE, 3 ed 2013.

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. Dificença 7 mL EV. 6/6 h
4. Cefazolin - 0,5% EV de 8/8h
5. Morfin 20 mg EV. 12/12 h S/M. 150 mg
6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV. 6/6 h S/M
7. Cefazolin 100 mg EV. 6/6 h S/M

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

Dr. Jefferson Libório L. R. Costa
Otorrinolaringologista
CRM-RN 60571

Dr. Jefferson Libório L. R. Costa
Otorrinolaringologista
CRM-RN 60571

53



FOIHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP:

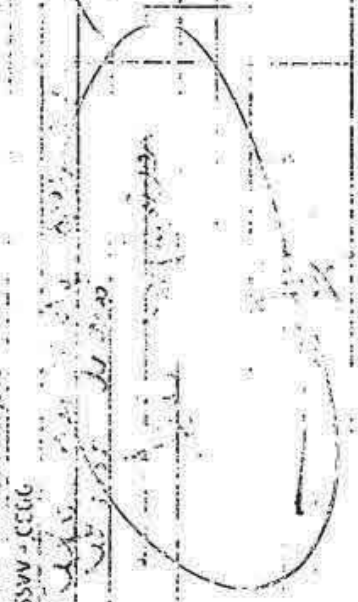
Alcance

Leto

Alcance

Alcance

Alcance

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Clínica
10/08/2021	1. Eletrocardiograma (ECG) - 12 leads, 24h 2. ECG - 12 leads, 24h 3. Radiografia de tórax - 12h, 24h 4. Colar de O ₂ - 12h, 24h 5. Hidralazina 20mg - 12h, 24h 6. Furosemida 40mg - 12h, 24h 7. Cloxacilina 1g - 12h, 24h 8. Omeprazol 40mg - 12h, 24h 9. Naproxeno 500mg - 12h, 24h 10. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 11. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 12. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 13. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 14. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 15. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 16. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 17. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 18. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 19. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 20. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 21. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 22. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 23. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 24. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 25. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 26. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 27. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 28. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 29. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 30. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 31. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 32. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 33. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 34. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 35. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 36. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 37. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 38. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 39. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 40. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 41. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 42. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 43. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 44. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 45. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 46. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 47. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 48. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 49. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 50. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 51. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 52. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 53. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 54. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 55. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 56. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 57. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 58. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 59. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 60. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 61. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 62. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 63. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 64. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 65. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 66. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 67. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 68. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 69. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 70. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 71. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 72. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 73. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 74. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 75. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 76. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 77. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 78. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 79. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 80. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 81. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 82. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 83. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 84. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 85. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 86. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 87. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 88. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 89. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 90. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 91. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 92. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 93. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 94. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 95. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 96. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 97. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 98. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 99. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h 100. Sulfato de Cloxacilina 1g - 12h, 24h		

54



DOCUMENTO 6 T6%



ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
 <i>Elias Paulino de Oliveira Junior</i>	CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº. 33.000.000
	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL NOME: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR FILIAÇÃO: ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA ANA MARIA DOS SANTOS OLIVEIRA NATURALIDADE: PARAIBA DATA DE NASCIMENTO: 21/11/1990 DOC. ORIGINAL: PB NASC. N.º: 16104 FLS. 184 LIV. A-17 CPF: CARTÓRIO PICUI-PB Assinatura do Diretor: <i>[Assinatura]</i>	

PROTÓCOLO RECEBIDO
19 NOV 2015
LEI REGULADORA

VITIMA


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Recicla Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
Número de Inscrição
104.363.924-10
Nome: **ELIAS PAULINO DE OLIVEIRA JUNIOR**
CPF: **161041890**

LEI REGULADORA
Data de emissão: 19/11/2015
Data de validade: 19/11/2015
Data de validade: 19/11/2015
CORREIOS

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	Carroceria	
2005-HONDA/BIZ 125 KS (Nacional)	2005/2006	0	2-Gasolina	2-AZUL	999-NAO APLICAVEL	
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			
448,82	1.434,57	67,10 (+ Dívida Ativa. Procure PGE.)	0,00			
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				

Não Possui valor como NADA CONSTA !

Volta





JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, ELIAS PAOLINO DE OLIVEIRA JUNIOR, brasileiro(a),
portador do Rg nº 3.422.813 e CPF 404.363.924-10
residente e domiciliado (a) R SEVERINO MARSSAL
Bairro Monte Santo Município Pirui, 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

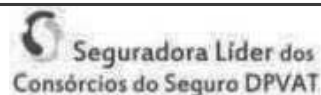
Elias Paulino de O. Jr.



57



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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

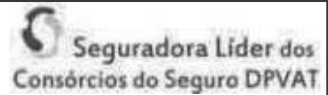
CRM do médico: 52.90638-7

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:

Dores Mendes





PROCURAÇÃO

Outorgante: Elías Paulino de Oliveira Junior
 brasileiro(a), Solteiro Pintor
 portador(a) do RG nº. 3.722.813 expedido por SSP/PB em
28/11/2008 e do CPF nº. 104.363.924-10 residente na (o)
Rua Severino Marizol
 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, 11 de Novembro de 2015.

Elías Paulino de Oliveira Junior
outorgante



65

