
Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036342

Vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALAN PEREIRA BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036342

Vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALAN PEREIRA BARBOSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ALAN PEREIRA BARBOSA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **00000544404-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS [DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES] ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 003042320404088.144-62	CPF da vítima: 704.088.144-62	Nome completo da vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ALAN PEREIRA BARBOSA	CPF: 704.088.144-62	
Profissão: RECUSO	Endereço: SIT. PEDRA D'ÁGUA	Número: 3/N Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: CATURITE/PB	Estado: PB CEP: 58455000
E-mail:		Tel. (DDD): (33) 8805.6654

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0041** (Informar o dígito se existir) CONTA: **544404** (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa 22 / 01 / 2020**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alan Pereira Barbosa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA
POUPANÇA



5067 2250 3539 4230

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

ALAN PEREIRA BARBOSA

0041 013 00544404-2

elo



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 27/2020, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 9 de janeiro de 2020, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, às 08:30 horas, compareceu o Sr. Alan Pereira Barbosa, portador da cédula de identidade nº 4 137.652 Seds/PB, CPF nº 704.088.144-62, brasileira, natural de Boqueirão/PB, solteiro, com 21 anos de idade, filho de José Sérgio Pereira e de Joelma Barbosa Pereira, Cobrador, residente à (no) Sítio Pedra D'água, Área Rural de Caturite - PB, o qual notificou que, No término da tarde do dia 27 de julho do ano de 2019, por volta das 17:30 horas, se conduzia na motocicleta marca Honda/ CG 150 FAN ESI, cor vermelha, placa NQE 1047/PB e chassi nº 9C2KC1670BR544680, cadastrada em nome de José Flávio da Silva, saindo do trabalho, sentido a sua residência supracitada e, ao chegar próximo ao Mercadinho da Srta. Cícera ali existente, ao tentar livrar um veículo que encontrava-se parado no meio da pista, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde foi submetido aos procedimentos cirúrgicos, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 9 de janeiro de 2020.

Everaldo
Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Alan Pereira

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 003042320704.088.144-62 CPF da vítima: 704.088.144-62 Nome completo da vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA

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

Nome completo: ALAN PEREIRA BARBOSA CPF: 704.088.144-62

Profissão: RECUSO Endereço: SIT. PEDRA D'ÁGUA Número: S/N Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CATURITE/PB Estado: PB CEP: 58455000

E-mail: Tel. (DDD): (83) 8805.6654

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 544404 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 22/01/2020

Nome: _____

CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 03/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALAN PEREIRA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000544404-2

Nr. da Autenticação 74A08234A106AE44

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via do boleto

Fórmula para sempre pagar menos na nota fiscal conta de energia elétrica Nº 036.648.382



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-8

DADOS DO CLIENTE

JOELMA BARBOSA PEREIRA
SIT PEDRA D'AGUA S/N
CATURITE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/89581-3

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

04/01/2020

CONSUMO

84

VENCIMENTO

10/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 33,52

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 10439.608174 6 81300000003352				
Pagador: JOELMA BARBOSA PEREIRA CNPJ/CPF: 055.219.294-52				
SIT PEDRA D'AGUA S/N - AREA RURAL - CATURITE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010439608	000089581202001	10/01/2020	R\$ 33,52	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





Número do Prontuário: 151850

DATA DA CIRURGIA: 06/08/2019

Número do Atendimento: 1953576 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 10 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA

Data da Internação: 27/07/2019

Atendimento: 1953576

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE ESCAFOÍDE ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: *O mesmo*

Cirurgia: FIXACAO PERCUTANEA

Data da Cirurgia: 06/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLÁVIO

Anestesista: ANTONIO RAFAEL SODRE CAMPOS DE ALMEIDA

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
4. PASSAGEM DE FIO GUIA SOB ESCOPIA;
5. OSTEOSÍNTESE PERCUTÂNEA COM PARAFUSO DE HERBET SOB ESCOPIA;
6. CURATIVO + TALA LUVA.

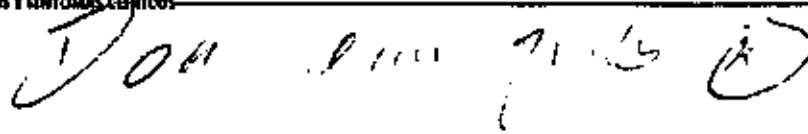
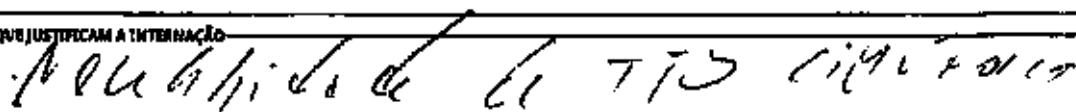
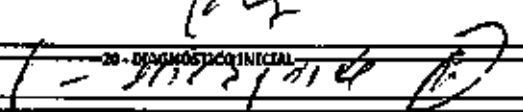
Data 06/08/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz
Dr. Euler Fabricio A. Cruz
CRM: 10.1.1.148
Data: 06/08/2019

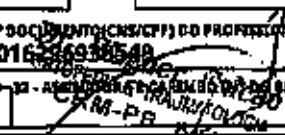
Data da Internação: 27/07/2019 Hora: 19:16:32

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCIANTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE ALAN PEREIRA BARBOSA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1953576	
7 - CARTÃO DO SUS 704807023194142		8 - DATA DE NASCIMENTO 10/04/1998	
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOELMA BARBOSA PEREIRA		11 - TELEFONE DE CONTATO 83 991290587	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO PEDRA D'ÁGUA, Q, ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Caburité		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250435	15 - UF PB
		16 - CEP 58455000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO 			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) 			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		26 - CLÍNICA 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF 980016336938548	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016336938548
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/07/2019	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO ROLISTE 38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - CBO	42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNES () CPF 46 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 / 1		

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Alan Pereira Barbosa						Nº: 30/04/98		GOVERNO DA PARAIBA	
QI		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO	
				SUS		21a		1953527	
CIRURGIA: Fratura de escápula seg.						CIRURGIÃO: Dr. Cismarcos + Dr. Euler			
ANESTESIA: Bgq. de Risco anestesiado						ANESTESIA: Dr. Rafael			
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM			
Flávia		06/08/19		13:35		14:40			
Qtd.		MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma		Qtd.		FIOS	
		Adrenalina amp.			Catet. p/ Órg.			Catgut cromado Serlix	
		Atropina amp.			Catet. De Urinar Sist. Fech.			Catgut cromado Serlix	
		Diazepam amp.		05	Compressa Grande			Catgut cromado Serlix	
		Dimore amp.			Compressa Pequena			Catgut Simples	
		Dofantina amp.			Colonoide			Catgut Simples Sertix	
		Elrane ml			Dreno			Catgut Simples Sertix	
		Fenegan amp.			Dreno Kerr nº			Catgut Simples Sertix	
		Fenlanil ml			Dreno Penrose nº			Cera p/ osso	
		Inova ml			Dreno Pezzer nº			Ethibond	
		Ketalar ml		02	Equipo de Macroglas			Ethibond	
		Mercapta			Equipo de Macroglas			Ethibond	
		Nubahin amp.			Equipo de Sangue			Fio de Algodão Sertix	
		Pavulon amp.			Equipo de PVC			Fio de Algodão Sertix	
		Procligine amp.		ats	Esparradrapo Largo cm			Fio de Algodão Sutupak	
		Prototido lfm		ats	Furacim ml			Fio de Algodão Sutupak	
		Quefclin ml			Gase Pacote c/ 10 unidades			Fila cardiaca	
		Rapifen amp.			H.O. ml	02		Mononylon	
		Thionembatal ml			Intracath Adulto			Mononylon	
		Tracrium amp.			Intracath Infantil			Prolene Sertix	
Qtd.		MEDICAÇÕES			Lâmina de Bisturi nº 23			Prolene Sertix	
		Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 11			Prolene Sertix	
		Decedron amp.		0A	Lâmina de Bisturi nº 15			Prolene Sertix	
		Dipirona amp.			Luvas 7.0			Vicryl Sertix	
		Flaxidol amp.			Luvas 7.5			Vicryl Sertix	
		Flebocortid amp.			Luvas 8.0			Vicryl Sertix	
		Geramicina amp.			Luvas 8.5				
		Glicose amp.		flu	Oxigênio lfm				
		Glucon de Cálcio amp.			Polidix				
		Haemacet ml			PVPI Degemante ml				
		Heparema ml			PVPI Tópico ml	Qtd.		SOROS	
		Kanaklon amp.		ats	Sabão Antisséptico			SG Normotérmico fr 500 ml	
		Lasix amp.		04	Saco coletor			SG Gelado fr 500 ml	
		Medrolinazol.			Seringa desc. 10 ml			SG Hipertermico fr 500 ml	
		Plasil amp.			Seringa desc. 20 ml			SG Ringr fr 500 ml	
		Prolamina			Seringa desc. 05 ml			SG fr 500 ml	
		Revivan amp.			Sonda				
		Stuptanon amp.			Sonda Foley	Qtd.		ORTESE E PRÓTESE	
		Celalofina tg			Sonda Nasogátrica				
					Sonda Uretral nº	01		Parafuso de Herbert n: 20	
					Sterydrem ml			Bio-Implantes	
Qtd.		MATERIAIS / SOLUÇÕES			Tomeirinha				
		Agulha desc. 25 x 7			Vaselina ml				
		Agulha desc. 28 x 28			Gelcon 18				
		Agulha desc. 3 x 4,5			Lalese				
		Agulha p/ raque nº		05	Eletrólito				
		Alcool de Enfermagem							
		Alcool Iodado ml							
		Aladuras da Crepon locum							
		Aladuras da Gessada							
		Azul metileno amp.							
		Benzina ml							



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

0044

Hospital: Hospital de ... Código: _____Procedimento: ... Cód. Procedimento: _____Paciente: ...Data da Cirurgia: 26/08/14 Nº prontuário: 595352+ Convênio: _____Cirurgião: ... Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso Cortical 4.0 mm	...		

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

DR. EULIO FABRÍCIO A. CRUZ
CRM-PE 20017
R. ORTIGUEIRA, 174 - JARDIM OLÍMPIA



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO

DR. DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISICIONAMENTO DE EXAME

NOME:

Alan Pereira Barbosa

PRONTUÁRIO: 632

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO: Rx Braço e Antebraço (E) AP / P.

Rx mão (E) AP / obliquo

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

27/07/95

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

10/07/95
OCTAVIO
B. S. S.

04/08/19 - 08hs - PA: 130x80

Pte em EGR, consciente e orientado, com velco
salinizado, sem queixas de dor no momento.
Segue aos cuidados de enfermagem.

Kelly Fernanda N. Mota
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PA 599.638

04/08/19 20h PA: 120x80 mmHg

Pte estável, sem queixas até o
momento - MCP. 01

Valéria

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/08/2019

Horas: 11:09:40

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

) MÉDICA

DADOS DO PACIENTE

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DIH - 8

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 04/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

ATA: 04/08/2019 HORA: 11:09:34

ORTOPEDIA FT DE ESCAFOIDE E Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

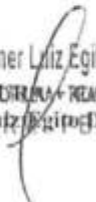
DOR: 2/4+

COM TALA GESSADA

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ASSINATURA: 
Wagner Luiz Egito De Araujo



HISTÓRIO- ALAS

AVC ☐	JEJU ☒ 06/08
NA ☐	NÃO SE APLICA
ADORNOS ☐	PERTENCES
MOGRAFIA ☐	RESSONÂNCIA
☐	NÃO SE APLICA
APLICA	
COREN:	

Renata Thais de O. Guimarães
COREN-PB 150463-ENF
Jury

4700 – Malvinas
58.432-809
spitalregionalcg@hotmail.com
01-60

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/08/2019

Horas: 15:44:58

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

OK **PRESCRIÇÃO MÉDICA****DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DIH - 10

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 06/08/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h SE DOR	24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD. S/N	24
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 06/08/2019 HORA: 15:44:16

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RX DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz
Dr. Euler Fabricio A. Cruz
CRM-PA 8007

D - 05 - 08 - 19

H - 08:00

P.A - 120x80

Paciente consciente
orientado em pessoas
de sua guarda,
cirurgia e segue
com unidade da
emergência

Juciene dos Santos Silva
COREN-PR 85530-TE

D - 05 - 08 - 19

H - 20:00

P.A - 120x80

Juciene dos Santos Silva
COREN-PR 85530-TE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alan Pereira Barbosa Registro: 10 Leito: 2 Setor Atual: UTIP1

VALORES GERAIS

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()
 Drogas vasoativas: () Quais?
 Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção 06/08/19
 Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
 Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 06/08/19
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
 Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
 RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
 Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;
 Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
 Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
 Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 06/08/19
 Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 06/08/19
 Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 06/08/19
CUIDADO CORPORAL
 Cuidado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:
 Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória.
 Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
 (X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Med
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 06/08/19 HORA: 10:00
 Renata Thaís de O. Guimarães
 COREN-PB 150.463- ENF



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: ALAN PEREIRA Barbosa									
IDADE: 31 anos	SEXO: M ☒ F ☐	DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 às : h							
SETOR: AMARELA					LEITO: 10				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
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:	DISPÊNICO ☐	TAQUIPÊNICO ☐	EUPNÉICO ☐				BRADIPNÉICO ☐		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☐	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐				SVD ☐		
	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐						
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☐	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐				S/ DEFICITE MOTOR ☐		
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐				RESTRITO NO PEITO ☐		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (IETA)	VO ☐	SNG ☐	SNE ☐						
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☐	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐				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:				
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA									
FR: FATOR RELACIONADO									
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.									
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.									
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.									
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).									
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.									
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE									
☐ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nam Azeite Registró: Leito: 1012 Setor Atual: atmb. 1

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		1
TOTAL DE PONTOS:		8

Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Alan Pereira Barbosa	Idade:	24
Convênio:		Data:	06/08/19
Procedimento:	Tto cirurgico e fixação de E		
Cirurgião:	M. Camargo	Auxiliar:	M. Euler
		Anestesista:	M. Rafael
Início:	13:30	Término:	14:40
		Anestesia:	Algodão

[illegible][illegible]

Observações:	
Assinatura Anestesiologista	Circulante

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/08/2019

Horas: 11:36:15

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DIH - 9

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 05/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	24h
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h SE DOR	24h 05
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, S/N	24h
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	24h

EVOLUÇÃO

DATA: 05/08/2019 HORA: 11:36:07

ORTOPEDIA FT DE ESCAFOIDE E Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

COM TALA GESSADA

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ASSINATURA + CARIMBO
MR. ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Wagner Luiz Egito De Araujo
CRM 7PB 8926

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/08/2019

Horas: 12:40:12

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DHI - 11

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 07/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h SE DOR	
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, S/N	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 07/08/2019 HORA: 12:39:27

ORTOPEDIA FT DE ESCAFOIDE E Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD: ALTA HOSPITALAR: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H, DIPIRONA 1G VO 8/8H CASO DOR

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR ORTOPEDIA - 1241 24101054
CRM - RB 8926

07/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0001-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA

Data da Internação: 27/07/2019

Data da Alta: 07/08/2019

Registro: 1953576

Tempo de Permanência: -18105

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

FR ESQUERDA

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 03/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM MÃO ESQUERDA, COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H, DAPIRONA 1G VO 8/8H CASO DOR

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

Condições de Alta: Melhorado

Data: 07/08/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito De Araujo

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Don Pereira Barbosa
 IDADE: 21 SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: / / às : h
 SETOR: Amarela LEITO: 10
 DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fx. Escapula
 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: DISPÊNICO ☐ TAQUIPÊNICO ☐ EUPNÉICO ☐ BRADIPNÉICO ☐
 SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): NORMAL ☐ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐
 DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐
 MOBILIDADE: DEÂMBULA ☐ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐
 TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐
 ST. GAS. ROINTEATINAL (IETA): VO ☐ SNG ☐ SNE ☐
 ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO ☐ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ 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: procedimentos invasivos
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL CD/FR: _____
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL CD/FR: _____
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA CD/FR: _____
☐ RISCO DE SANGRAMENTO CD/FR: _____
☐ NÁUSEA CD/FR: _____
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA CD/FR: _____
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ CD/FR: _____
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA CD/FR: _____
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO CD/FR: _____
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA CD/FR: _____
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA CD/FR: _____
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO CD/FR: _____
☐ CD/FR: _____
☐ CD/FR: _____
☐ CD/FR: _____
 CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
 FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Barbara Albuquerque V. Araújo
COREN-PB 538.571-ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	10 20	 Barbara Albuquerque V. Araújo COREN-PB 538.571-ENF
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		 Barbara Albuquerque V. Araújo COREN-PB 538.571-ENF
☐ 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.	M T N	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	sempre	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	contínuo	
☒ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/07/2019

Horas: 11:23:45

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

30

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DI - 4

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

OK

DIA 31/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	OK
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	18 18 2106
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 2A
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 31/07/2019 HORA: 11:23:23

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CENTRO DA COLUNA
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

01.09.19 08hA PA: 120x80.

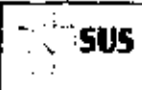
*Requinta 120x80, com o mesmo tamanho
medido c.p.m. 120x80.*

Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811-TE

01.09.19 20hA PA: 120x80

Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811-TE

Data da Internação: 27/07/2019 Hora: 19:16:32

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
ALAN PEREIRA BARBOSA		1953576	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
704807023194142	10/04/1998	Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
JOELMA BARBOSA PEREIRA		83 991290587	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
SÍTIO PEDRA DAGUA, 0, ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	15 - UF
Caturité	250435	PB	16 - CEP
58455000			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Doa em prado (A)			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Neurológica e TIO cirúrgico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
My			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
(2) 2022 (A) (A)			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATÉR DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	02	(X) CNS () CPF	980016296938549
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
WAGNER DE MELO FALCAO		27/07/2019	(Assinatura e Carimbo)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNP DA SEGURADORA		35 - Nº DO BOLHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			36 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	37 - CNP DA EMPRESA		38 - CHAE DA EMPRESA
		39 - CHOR	
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
43 - DOCUMENTO		44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/08/2019

Horas: 12:01:25

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 03/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 03/08/2019 HORA: 12:01:13

ORTOPEDIA FT DE ESCAFOIDE E Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

COM TALA GESSADA

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
Médico Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 8926

03/08/19

Sat 94%

Fe = 82

PA = 150 x 90

T = 36,5

Paciente realizado SSM
novo AVP fiteo 22
medicado em segu-
aquardando cirurgia
ortopedica as cuidados
de enfermagem

Maria Menina Gonçalves
Coron-PA 208.150 - TC

03/08/19

PA = 140 x 90

Fe = 72

T = 36

Paciente medicado
as cuidados de
enfermagem

Maria Menina Gonçalves
Coron-PA 208.150 - TC

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()
 Drogas vasoativas: () Quais?
 Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção 03/08/19
 Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese. Data: / /
 Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: : :
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
 Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
 RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
 Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;
 Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: ☒ Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
 Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
 Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /
 Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /
 Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL
 Cuidado corporal: ☒ Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
 Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
 Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
 () Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:
NECESSIDADES DE NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
pacientes com fratura MSD fratura de tala
aguardando cirurgia

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

 ENFERMEIRO

DATA: 03/08/19

HORA: 9:00

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: *RAFAEL* Registro: *40-2* Leito: *40-2* Setor Atual:

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

REGULACÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outr
GLASGOW(3-15):
Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mídricas () Midrícticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:
Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.
Obs:

OXIGENACÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
() Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto:
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:
SPO2 EB Data: / / Hora:

PERCEPCÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:
SEGURANÇA FÍSICA
() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:
REGULACÃO CARDIOVASCULAR
Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (☒) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida

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

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculata cardíaca: (☒) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: msl Data da punção 03/08/19

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (☒) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: (☒) Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: (☒) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: (☒) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: (☒) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente (☒) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (☒) Outro:

SONO E REPOUSO

(☒) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:

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

6. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 03/08/19 HORA:

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

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

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausulta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo.

Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: M S D Data da punção 30/07/19

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: ☒ Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ☒ Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado ☒ Cadeira de rodas ☒ Outro:

SONO E REPOUSO

☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 02/08/19 HORA:

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DI - 0

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 27/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	00 0/6
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	00
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 19:18:09

DOR EM PUNHO E APÓS ACIDENTE DE MOTO.

CD: INTERNAÇÃO
SOL. PRÉ-OPDr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643
ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DI - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 28/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	18 00 02
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	14 02
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/07/2019 HORA: 10:31:12

ORTOPEDIA

2 DIH

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM - PB 0572

95-7-19

PA: 111/70

P: 58 — Pacd. young conscious
Quintado, Med. CPM
Ag - Cirugia — 5 Pacd.

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/07/2019

Horas: 10:28:12

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

10

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DI - 2

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 29/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

0607

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	12/18 21/06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	58 06
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

TA: 29/07/2019 HORA: 10:27:54

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/07/2019

Horas: 10:59:41

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953576 Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: JOELMA BARBOSA PEREIRA Data de Nascimento: 10/04/1998 Admissão: 27/07/2019 DI - 3

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FX DE ESCAFOIDE E

DIA 30/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA. 6h/6h	12 18 24 30
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT.

CONCLUSÃO

DATA: 30/07/2019 HORA: 10:59:35

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - ORTOFODONCIA
Cirurgião da Coluna
CRM/PB 5523

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DE, ARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-00
P-900



Alon P. S. Lima

ASSINATURA DO TITULAR

Bon Bora

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LABORATÓRIO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.137.652

DATA DE
EXPEDIÇÃO

18/12/2012

NOME

ALAN PEREIRA BARBOSA

FILIAÇÃO

JOSÉ SÉRGIO PEREIRA

JOELMA BARBOSA PEREIRA

NATURALIDADE

BOQUEIRÃO-PB

DATA DE NASCIMENTO

10/04/1998

DOC ORIGEM

NASC.N.3946 FLS.141VS LIV.A 5

CARTORIO CATURITI-PB

CPF

704.088.144-62

João Pessoa - PB

ASS

Assessor de Silva P. M.
Chefe do Departamento de Registro Civil

LEI

DE 29/08/83

Alvan Pereira

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

1ª 3310514028 0070000000 2012

JOSE FLAVIO DA SILVA

01183814402

N0E21047PE

N0000000000

9C2KC1670B504080

PAS/MOTOCICLETA NAOPALIC

ALCOOLASOL

HONDA/CG 150-FAN-EST

2011 2012

2011/1497/CI

PARTIC

VERMELHA-FRANTE

IPVA PAGO-EM

24/04/2012

1º VENC. COTAS

I
P
V
A

PARCELAMENTO COTAS

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO

PREMIO TOTAL (R\$)

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMINIO COES

BOQUEIRAO-PB

02/05/2012

35351

36170

PB Nº 9670302116

BILHETE DE SEGURO DPVAT

01183814402

N0E21047PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9670302116

01183814402

N0E21047PE

01183814402

N0E21047PE

3310514028 ALCOOL HONDA/CG 150-FAN-EST

2011

2012

9C2KC1670B504080

PRÊMIO TARIFARIO

AAAAA (R\$)

AA DETRAN (R\$)

AAAAA SEGURO (R\$)

AAAAA BILHETE (R\$)

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

24/04/2012

COTA ÚNICA

PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

36170 CNPJ: 09.243.609/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036342 **Cidade:** Caturité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 27/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFÓIDE ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1/3/16_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030723/20

Vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA

CPF: 704.088.144-62

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALAN PEREIRA BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALAN PEREIRA BARBOSA : 704.088.144-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: ALAN PEREIRA BARBOSA
CPF: 704.088.144-62

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ALAN PEREIRA BARBOSA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA