

# 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:<br><b>045 5323129</b>   | CPF da vítima:<br><b>020.732.439.44</b>      | Nome completo da vítima:<br><b>Marco Antonio Barbosa de Lima</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |  |  |
| Nome completo:<br><b>Marco Antonio Barbosa de Lima</b>   | CPF:<br><b>020.732.439.44</b>                |  |
| Profissão:<br><b>Recreio</b>   | Endereço:<br><b>Rua Afonso H. Cavalcante</b> | Número:<br><b>333</b> SIN Complemento:<br><b>518</b>             |
| Bairro:<br><b>Jd. Bonfim</b>   | Cidade:<br><b>Campina Grande</b>             | Estado:<br><b>PB</b> CEP:<br><b>58457818</b>                     |
| E-mail:  | Tel.(DDD):                                   |  |

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **1634** CONTA: **25519**  
 (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1634** CONTA: **25519**  
 (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, 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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider 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.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado  
Local e Data: **16/12/2019**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

**Marco Antonio Barbosa de Lima**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, 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.



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
8<sup>a</sup> 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 1302 /2019, na mesma continha o seguinte teor: quarta-feira, 11 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8<sup>a</sup> Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 11:00 horas, compareceu o Sr. Marcos Antonio Barbosa de Lima, portador da cédula de identidade nº 1 362 347 Sds/PB, CPF nº 020.732.434 – 44, brasileira, natural de Campina Grande/PB, divorciado, com 52 anos de idade, filho de André Pereira Lima e de Terezinha Cecília Barbosa Lima, Moto-Taxista, residente à rua Afonso H. Cavalcante nº 183, bairro Jardim Borborema – Campina Grande-PB, o qual notificou que, Na manhã do dia 04 de agosto do ano fluente, por volta das 10:40 horas aproximadamente, se conduzia na motocicleta Honda CG 125 FAN KS, ano e modelo 2010, de placa NQB 2561/PB, chassi nº 9C2JC4110ER109212, cadastrada em seu nome, na avenida Presidente Médici, transportando um cliente até o bar do Cuscuz, e próximo a estação velha, quando foi surpreendido com uma outra motocicleta sem qualquer sinalização saindo e adentrando para direita da avenida e, como tentou desviá-lo, foi de encontro a um muro ali existente, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas em Capina Grande, Dom Luiz Gonzaga Fernandes , conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digiei.

João Pessoa, 11 de dezembro de 2019.

*Everaldo Martins da Costa*  
Everaldo Martins da Costa  
Escrivão de Polícia Civil

*Marco Antonio Barbosa de Lima*

# 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:<br><b>045 5323129</b>   | CPF da vítima:<br><b>020.732.439.44</b>      | Nome completo da vítima:<br><b>Marco Antonio Barbosa de Lima</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |  |  |
| Nome completo:<br><b>Marco Antonio Barbosa de Lima</b>   | CPF:<br><b>020.732.439.44</b>                |  |
| Profissão:<br><b>Recreio</b>   | Endereço:<br><b>Rua Afonso H. Cavalcante</b> | Número:<br><b>333</b> SIN Complemento:<br><b>58457818</b>        |
| Bairro:<br><b>Jd. Bonfim</b>   | Cidade:<br><b>Campina Grande</b>             | Estado:<br><b>PB</b> CEP:<br><b>58457818</b>                     |
| E-mail:  | Tel.(DDD):                                   |  |

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

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

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **1634** CONTA: **25519**

(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, 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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider 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.

|  |   |
|--|---|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data:<br><b>Tar Pura, 1/12/2019</b> |
| Nome:<br><b>Marco Antonio Barbosa de Lima</b>                | TESTEMUNHAS                                 |
| CPF:<br><b>020.732.439.44</b>                                | 1º   Nome: _____<br>CPF: _____              |

|                                |
|--------------------------------|
| Assinatura                     |
| 2º   Nome: _____<br>CPF: _____ |
| Assinatura                     |

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Marco Antonio Barbosa de Lima**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

120011180

REFERÊNCIA

JUL/2019

## CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DO SOCORRO DANTAS  
RUA AFONSO H CAVALCANTE, 183 - JD BORBOREMA  
CAMPINA GRANDE PB 58417- 818

| Inscrição   | SMI                | Quantidade de Economias      |               |                 |         | Responsável |
|---|--------------------|------------------------------|---------------|-----------------|---------|-------------|
|   |                    | Residencial                  | Comercial     | Industrial      | Público |             |
| 018.050.230.0310.000  | 000                | 1                            | 0             | 0               | 0       |             |
| Hidrômetro  | Data de Instalação | Localização                  | Situação Água | Situação Esgoto |         |             |
| A03X094649  | 27/10/2003         | EXT LACR LIGADO              | LIGADO        |                 |         |             |
| ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (MB)   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA   |                    |                              |               |                 |         |             |
| 922   924   2   30   30/07/2019                                   |                    |                              |               |                 |         |             |
| TEST. CONS./ANOR. LETT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS. |                    |                              |               |                 |         |             |
| JUN/2019   2  |                    | TURBIDEZ                     | 0             | 0               | 0       |             |
| MAI/2019   3  |                    | CLORO                        | 0             | 0               | 0       |             |
| ABR/2019   2  |                    | COL. TERMOT                  | 0             | 0               | 0       |             |
| MAR/2019   2  |                    | COR                          | 0             | 0               | 0       |             |
| FEV/2019   2  |                    | COL. TOTAIS                  | 0             | 0               | 0       |             |
| JAN/2019   1  |                    | DADOS REFERENTES A: MAI/2019 |               |                 |         |             |
| MÉDIA(M)  | 2                  |                              |               |                 |         |             |

DATA DA IMPRESSÃO: 12/16/19

Dr. José Remón Gómez

HORARIO REALIZADO

## PRESCRIGOES E CONDUITAS

①  $\int_{\Omega} \nabla u \cdot \nabla v \, dx = \int_{\Omega} u \, \Delta v \, dx$

QUOTIDIANA  
SUPERFICIE CORPOREALE  
DIAGNOSTICO / CIR

-580

|                   |                          |                                |
|-------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Abarcação      | 19. Fazenda/área fechada | numero correspondente ao lado) |
| 2. Aventilhado    | 20. Fazenda/área aberta  |                                |
| 3. Canteiros      | 21. Hectare/ha           |                                |
| 4. Canteiros      | 22. Hectare/ha           |                                |
| 5. Canteiros      | 23. Hectare/ha           |                                |
| 6. Círculo        | 24. Letra/índice         |                                |
| 7. Círculo        | 25. Letra/índice         |                                |
| 8. Empalmeamento  | 26. Letra/índice         |                                |
| 9. Entrelaçamento | 27. Letra/índice         |                                |
| 10. Equivalente   | 28. Letra/índice         |                                |
| 11. Equivalente   | 29. Letra/índice         |                                |
| 12. Equivalente   | 30. Letra/índice         |                                |
| 13. Equivalente   | 31. Letra/índice         |                                |
| 14. Equivalente   | 32. Letra/índice         |                                |
| 15. Equivalente   | 33. Quilometro           |                                |
| 16. Equivalente   | 34. Hectare/ha           |                                |
| 17. Equivalente   | 35. Hectare/ha           |                                |
| 18. Equivalente   | 36. Hectare/ha           |                                |
| 19. Equivalente   | 37. Hectare/ha           |                                |
| 20. Equivalente   | 38. Hectare/ha           |                                |
| 21. Equivalente   | 39. Hectare/ha           |                                |
| 22. Equivalente   | 40. Hectare/ha           |                                |
| 23. Equivalente   | 41. Hectare/ha           |                                |
| 24. Equivalente   | 42. Hectare/ha           |                                |
| 25. Equivalente   | 43. Hectare/ha           |                                |
| 26. Equivalente   | 44. Hectare/ha           |                                |
| 27. Equivalente   | 45. Hectare/ha           |                                |
| 28. Equivalente   | 46. Hectare/ha           |                                |
| 29. Equivalente   | 47. Hectare/ha           |                                |
| 30. Equivalente   | 48. Hectare/ha           |                                |
| 31. Equivalente   | 49. Hectare/ha           |                                |
| 32. Equivalente   | 50. Hectare/ha           |                                |
| 33. Equivalente   | 51. Hectare/ha           |                                |
| 34. Equivalente   | 52. Hectare/ha           |                                |
| 35. Equivalente   | 53. Hectare/ha           |                                |
| 36. Equivalente   | 54. Hectare/ha           |                                |
| 37. Equivalente   | 55. Hectare/ha           |                                |
| 38. Equivalente   | 56. Hectare/ha           |                                |
| 39. Equivalente   | 57. Hectare/ha           |                                |
| 40. Equivalente   | 58. Hectare/ha           |                                |
| 41. Equivalente   | 59. Hectare/ha           |                                |
| 42. Equivalente   | 60. Hectare/ha           |                                |
| 43. Equivalente   | 61. Hectare/ha           |                                |
| 44. Equivalente   | 62. Hectare/ha           |                                |
| 45. Equivalente   | 63. Hectare/ha           |                                |
| 46. Equivalente   | 64. Hectare/ha           |                                |
| 47. Equivalente   | 65. Hectare/ha           |                                |
| 48. Equivalente   | 66. Hectare/ha           |                                |
| 49. Equivalente   | 67. Hectare/ha           |                                |
| 50. Equivalente   | 68. Hectare/ha           |                                |
| 51. Equivalente   | 69. Hectare/ha           |                                |
| 52. Equivalente   | 70. Hectare/ha           |                                |
| 53. Equivalente   | 71. Hectare/ha           |                                |
| 54. Equivalente   | 72. Hectare/ha           |                                |
| 55. Equivalente   | 73. Hectare/ha           |                                |
| 56. Equivalente   | 74. Hectare/ha           |                                |
| 57. Equivalente   | 75. Hectare/ha           |                                |
| 58. Equivalente   | 76. Hectare/ha           |                                |
| 59. Equivalente   | 77. Hectare/ha           |                                |
| 60. Equivalente   | 78. Hectare/ha           |                                |
| 61. Equivalente   | 79. Hectare/ha           |                                |
| 62. Equivalente   | 80. Hectare/ha           |                                |
| 63. Equivalente   | 81. Hectare/ha           |                                |
| 64. Equivalente   | 82. Hectare/ha           |                                |
| 65. Equivalente   | 83. Hectare/ha           |                                |
| 66. Equivalente   | 84. Hectare/ha           |                                |
| 67. Equivalente   | 85. Hectare/ha           |                                |
| 68. Equivalente   | 86. Hectare/ha           |                                |
| 69. Equivalente   | 87. Hectare/ha           |                                |
| 70. Equivalente   | 88. Hectare/ha           |                                |
| 71. Equivalente   | 89. Hectare/ha           |                                |
| 72. Equivalente   | 90. Hectare/ha           |                                |
| 73. Equivalente   | 91. Hectare/ha           |                                |
| 74. Equivalente   | 92. Hectare/ha           |                                |
| 75. Equivalente   | 93. Hectare/ha           |                                |
| 76. Equivalente   | 94. Hectare/ha           |                                |
| 77. Equivalente   | 95. Hectare/ha           |                                |
| 78. Equivalente   | 96. Hectare/ha           |                                |
| 79. Equivalente   | 97. Hectare/ha           |                                |
| 80. Equivalente   | 98. Hectare/ha           |                                |
| 81. Equivalente   | 99. Hectare/ha           |                                |
| 82. Equivalente   | 100. Hectare/ha          |                                |

HTCG-Painel Administrativo EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS  
Cefaléia / Fazendo a avaliação de aceleração de humor com humor x

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

04/08/2019

04/08/2015

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

FOLHA DE ANESTESIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

|  |                |                               |             |             |                        |                 |                |
|--|----------------|-------------------------------|-------------|-------------|------------------------|-----------------|----------------|
|  |                | ENFERMAGEM                    |             |             | LEITO                  | Nº PRONTUÁRIO   |                |
|  |                |                               |             |             | IDADE                  | SEXO            | COR            |
| DATA<br>2008/9   |                | PRESSÃO ARTERIAL              | PULSO       | RESPIRAÇÃO  | TEMPERATURA            | PESO            | ALTURA         |
| TIPO SANGUÍNEO   |                | HEMÁCIA                       | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA               | UREIA           | OUTROS         |
|  |                | URINA                         |             |             |                        |                 |                |
| AP. RESPIRATÓRIO   |                |                               |             |             | ASMA                   | BRONQUITE       |                |
| AP. CIRCULATÓRIO   |                |                               |             |             | ELETROCARDIOGRAMA      |                 |                |
| AP. DIGESTIVO  |                |                               | DENTES      | PESCOÇO     | AP. URINÁRIO           |                 |                |
| ESTADO MENTAL  |                |                               | ATARAXICOS  | CORTICOIDES | ALERGIA                | HIPOTENSORES    |                |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO<br>Fugtar de e la vira / o D            |                |                               |             |             | ESTADO FÍSICO          | RISCO           |                |
| ANESTESIAS ANTERIORES  |                |                               |             |             |                        |                 |                |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA   |                |                               |             |             | APLICADA               | AS              | EFEITO         |
| AGENTES ANESTÉSICOS  | O <sup>2</sup> | INDUÇÃO                       |             |             | Satisf.: _____         | Excit.: _____   | Tosse: _____   |
|  |                |                               |             |             | Laringo espasmo: _____ | Lenta: _____    |                |
| LÍQUIDOS   |                | Náuseas: _____ Vômitos: _____ |             |             | Outros: _____          | MANUTENÇÃO      |                |
|  |                |                               |             |             |                        |                 |                |
| CÓDIGOS VP. ARTERIAL O - RESPIRAÇÃO<br>AX - ANESTÉSIA O - OPERAÇÃO | 2003           | T 6140 1200                   |             |             | 66.1.04                | IP 110000       |                |
|  | 2003           | T 6140 1240                   |             |             | 71,40/1400             | 1 Dose 0,5      |                |
| 1 ANESTÉSICO SIM NÃO   |                |                               |             |             | Não, por quê?          |                 |                |
| 1 DESPERTAR 0,5  |                |                               |             |             |                        | Reflexos na SO: |                |
| 1 DESPERTAR 0,5  |                |                               |             |             |                        | Obstr.: _____   | Fac.: _____    |
| 1 DESPERTAR 0,5  |                |                               |             |             |                        | Náuseas: _____  | Vômitos: _____ |
| 1 DESPERTAR 0,5  |                |                               |             |             |                        | Outros: _____   |                |
| Com cânula:  |                |                               |             |             |                        |                 |                |
| Para o Leito Sim _____ Não _____                                   |                |                               |             |             | CONDIÇÕES:             |                 |                |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES   |                |                               |             |             |                        |                 |                |
| POSIÇÃO  |                | 160grm 02 FZ                  |             |             |                        |                 |                |
| AGENTES  |                | B 100ml de pldp 1500          |             |             |                        |                 |                |
| TÉCNICA  |                | Redutora (migra + reflu)      |             |             |                        |                 |                |
| OPERAÇÃO   |                | D2/11/04                      |             |             |                        |                 |                |
| CIRURGIÕES   |                | GP/7000                       |             |             |                        |                 |                |
| ANESTESISTAS   |                |                               |             |             |                        |                 |                |
| OBSERVAÇÕES  |                |                               |             |             |                        |                 |                |
| ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS |                |                               |             |             | PERDA SANGUÍNEA        |                 |                |

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Manoel Antônio Barbosa de Lima - N. 22-02-1962  
QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO  
52 anos 1959213

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA TTO. Cirúrgico, c/ fixação  
Fratura Torção lateral de clavicula Dr. Wili - Dr. Euler

ANESTESIA D' ANESTESIA

Blag. de Plexo

INSTRUMENTADORA DATA INÍCIO FIM  
Ranem 20.08.19 11h.45' 13:00

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

|                                 |     |                              |      |                        |        |
|---------------------------------|-----|------------------------------|------|------------------------|--------|
| Adrenalina amp.                 | 01  | Bolsa Colostoma              | Qtd. | FIOS                   | CÓDIGO |
| Atropina amp.                   |     | Calet. p/ Óxg.               |      | Caçula cromado Sertix  |        |
| Diazepam amp.                   | 90  | Calet. De Urinar Sist. Fech. |      | Caçula cromado Sertix  |        |
| Dimore amp.                     |     | Compressa Grande             |      | Caçula cromado Sertix  |        |
| Dolantina amp.                  |     | Compressa Pequena            |      | Caçula Simples         |        |
| 01 Etomidato ml Midazolam       |     | Cotonete                     |      | Caçula Simples Sertix  |        |
| Fenegam amp.                    |     | Dreno                        |      | Caçula Simples Sertix  |        |
| 01 Fenitil ml                   |     | Dreno Kerr nº                |      | Caçula Simples Sertix  |        |
| 02 Isoveta ml Xylocaina 1%      |     | Dreno Penrose nº             |      | Cera p/ osso           |        |
| 1ml Ketalar ml                  |     | Dreno Pezzer nº              |      | Ethibond               |        |
| 0 Mercina % ml                  |     | Equipo de Macrogolas         |      | Ethibond               |        |
| Nubatin amp.                    |     | Equipo de Macrogolas         |      | Ethibond               |        |
| Pavulon amp.                    |     | Equipo de Sangue             |      | Fio de Algodão Sertix  |        |
| Prilagine amp.                  | 0.5 | Equipo de PVC                |      | Fio de Algodão Sertix  |        |
| 0.5 Protektol 1ml N. P. Peritol |     | Espadrapo Largo cm           |      | Fio de Algodão Sulupak |        |
| Quelicin ml                     | 0.5 | Furacim ml                   |      | Fio de Algodão Sutupak |        |
| Rapifen amp.                    |     | Gase Pacote c/ 10 unidades   |      | Fita cardíaca          |        |
| Thionembutal ml                 |     | H2O ml                       | 103  | Mononylon 2-0          |        |
| Tracrium amp.                   |     | Intracath Adulto             |      | Mononylon              |        |

Qtd. MEDICAÇÕES

|                                    |     |                         |      |                         |  |
|------------------------------------|-----|-------------------------|------|-------------------------|--|
| 0.6 Água Destilada amp.            | 01  | Lâmina de Bisturi nº 23 | Qtd. |                         |  |
| 01 Decadron amp.                   |     | Lâmina de Bisturi nº 11 |      | Prolene Sertix          |  |
| 09 Dipirona amp.                   | 0.9 | Lâmina de Bisturi nº 15 |      | Prolene Sertix          |  |
| Flaxidol amp.                      | 0.6 | Luvas 7.0               | 01   | Vicryl Sertix           |  |
| Fliebocortid amp.                  | 0.4 | Luvas 7.5               |      | Vicryl Sertix           |  |
| 01 Glicemicina amp. Novoseudan 0.5 | 0.5 | Luvas 8.0               |      | Vicryl Sertix           |  |
| Glicose amp.                       | 3.0 | Prat.                   | 01   | Fios de Knobchirmer 2.5 |  |
| Glúcon de Cálcio amp.              |     | Oxigênio l/m P/ anam.   | 0.9  | 2.0                     |  |

01 Haemacel ml

0.5 Heparina ml

0.5 Kanation amp.

0.4 Lactoemp. Gredamina

0.3 Medrolinazol.

0.6 Propofol

0.2 Prolamina

Revivan amp.

Slupitanon amp.

0.9 Cefalotina 1g

0.9 Teangoxicam 20mg

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Aguilha desc. 25 x 7

02 Aguilha desc. 28 x 38 40x12

Aguilha desc. 3 x 4.5

Aguilha p/ raque nº

0.5 Álcool de Enfarragem

Álcool Iodado ml

02 Ataduras de Crepon 30cm

Ataduras de Gessada

Azul metílico amp.

Benzina ml

## EQUIPAMENTOS

- ( ) Oxímetro de Pulso
- ( ) Foco Atovilhar
- ( ) Serra
- ( ) Eletrocautélio
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Oxicapiógrafo
- ( ) Foco Frestal
- ( ) Cardiomonitor
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Perfurador Elétrico

## CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Manoel - Maria José C. Claudino  
Téc. Enfermeira  
COREN-PB 359741



## **Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica**

Paciente: Marcos Antônio Borges de Lima Idade: 51  
Convênio: Data: 20/08/99  
Procedimento: To cirurgia e proced. fix clavícula.



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 85727

DATA DA CIRURGIA: 20/08/2019

Número do Atendimento: 1959251 Clin: ORTOPEDIA I / Ent: 6 / Lei: 2

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA

Data da Internação: 04/08/2019

Atendimento: 1959251

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA CLAVICULA DIREITA

Diagnóstico Pós-Operatório:

**Cirurgia: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA CLAVICULA DIREITA** Data da  
Cirurgia: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDREY LEAL WANDERLEY

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: RAMON

Anestesista: JURANDY ABRANTES DE OLIVEIRA

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Atº: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

**Descrição da Operação:** 1 - PACIENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM FACE ANTERIOR (SUPRA-CLAVICULAR) + DIVULSAO POR PLANOS

4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM FIO K

5 - SUTURA

6 - CURATIVO

7 - Á URPA.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia e Traumatologia  
GARRETO 7825

Data 20/08/2019

Assinatura/Carimbo  
Ana Maria Da Silva Anselmo

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p style="text-align: center;">LNUO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO</p> <p style="text-align: center;">DE INTERNACAO HOSPITALAR</p> <p style="text-align: center;">SUS Sistema Municípolo</p>  |  | <p style="text-align: center;">SUS Sistema Municípolo</p> <p style="text-align: center;">Saudade Saudade</p> |  |
| <p>Identificação do Estabelecimento de Saúde</p> <p>1- NOME DO ESTABELECIMENTO SUCURSAL</p> <p>HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p> <p>2- CNES 2362856</p> <p>3- NOME DO ESTABELECIMENTO SUCURSAL</p> <p>HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p> <p>2- CNES 2362856</p> <p>4- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE</p> <p>HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p> <p>2- CNES 2362856</p> <p>5- NOME DO ESTABELECIMENTO SUCURSAL</p> <p>HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p> <p>2- CNES 2362856</p> <p>6- NOME DO ESTABELECIMENTO SUCURSAL</p> <p>HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p> <p>2- CNES 2362856</p> <p>7- CARTEIRA DO SUS</p> <p>8- DATA DE NASCIMENTO</p> <p>9- N. DO PONTO DE VISTA</p> <p>10- NOME DA MÉDICO RESPONSÁVEL</p> <p>TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA</p> <p>11- TÍTULO DE CONHECIMENTO</p> <p>12- ENDEREÇO (RUA, N.º, Bairro)</p> <p>RUA CORONEL AFONSO HENRIQUE CA, 183, JARDIM BORDOREMA</p> <p>13- NÚMERO DE ENDEREÇO</p> <p>Camplina Grande</p> <p>14- PONTO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA</p> <p>JUSTIFICAÇÃO DA INTERNACAO</p> <p>15- CONDIÇOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO</p> <p>16- PERTINÊNCIAS RELATIVAS DE PROVIMENTOS DIRETOS/INDIRETOS/ASSISTENCIAIS DE SAUDE RELACIONADAS</p> <p>17- NOME DE PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</p> <p>JOSE RENNA GOMES DA SILVA</p> <p>02</p> <p>04/08/2019</p> <p>04/08/2019</p> <p>18- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</p> <p>980016296973832</p> <p>19- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>20- CLÍNICA</p> <p>21- CARTEIRA DE PROFISSIONAL</p> <p>22- CÓDIGO DE SEGUINCIAS</p> <p>23- CÓDIGO DE SEGUINCIAS</p> <p>24- (ACIDENTE DE TRABALHO TRABALHO)</p> <p>25- (ACIDENTE DE TRABALHO TRABALHO)</p> <p>26- (ACIDENTE DE TRABALHO TRABALHO)</p> <p>27- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>28- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>29- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>30- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>31- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>32- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>33- (ACIDENTE DE TRABALHO TRABALHO)</p> <p>34- (ACIDENTE DE TRABALHO TRABALHO)</p> <p>35- (ACIDENTE DE TRABALHO TRABALHO)</p> <p>36- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>37- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>38- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>39- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>40- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>41- CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO</p> <p>42- (ACIDENTE DE TRABALHO TRABALHO)</p> <p>43- (ACIDENTE DE TRABALHO TRABALHO)</p> <p>44- (ACIDENTE DE TRABALHO TRABALHO)</p> <p>45- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p> <p>AUTORIZACAO</p> <p>46- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE DIRETIVA DE SAUDE</p> <p>47- DATA DA AUTORIZAÇÃO</p> <p>48- N.º DO DOCUMENTO</p> <p>49- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE DIRETIVA DE SAUDE</p> <p>50- COD. ORGÃO EMISSOR</p> |  |  |  |

## EXAME SECUNDÁRIO / PARÉCER MÉDICO

II Circuito

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando lesões musculo-squeléticas. Requisito para exames de rotina.

EF: Bem, cirúrgico / Hemodinâmico: regular -  
AFO: NDN.

Rx: Sistólicos e tócos tópicos.

Avs: no Cirurgia Geral

02 (outra ou outras) - setor:

Setor: 0602 - ASSOCIAÇÃO MDT

David Pessoa Moreira  
COLOPROCTOLOGISTA  
CRM-PB 5980

Dr. David Pessoa Moreira  
CRM 4739  
Cirurgia Geral

#Cirurgia Geral 13:48

Paciente sofreu acidente de moto. Realizado pelo cirúrgico geral. Abdomen flácido e indolor. Fost sem alterações.

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs.

Centro cirúrgico \_\_\_\_\_

Alta hospitalar /  A revelia

Internação (setor) \_\_\_\_\_

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:

| CÓDIGO/PROCEDIMENTO | CBO   | IDADE |
|---------------------|-------|-------|
| _____               | _____ | _____ |
| _____               | _____ | _____ |
| _____               | _____ | _____ |
| _____               | _____ | _____ |



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

| <i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>   | <i>Hora entrada</i> | <i>Hora saída</i> |
|---|---------------------|-------------------|
| <i>Nenhum Movimento = 0</i><br><i>Movimenta 2 membros = 1</i><br><i>Movimenta 4 membros = 2</i>   |                     | 1                 |
| <i>Apnéia = 0</i><br><i>Respiração Limitada, Dispnéia = 1</i><br><i>Respiração profunda e tosse = 2</i>   |                     | 2                 |
| <i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i><br><i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i><br><i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i> |                     | 2                 |
| <i>Sat 02 &lt; 90 com oxigênio = 0</i><br><i>Sat 02 &gt; 90 com oxigênio = 1</i><br><i>Sat 02 &gt; 92% sem oxigênio = 2</i>                                   |                     | 2                 |
| <i>Não responde ao chamado = 0</i><br><i>Despertado ao chamado = 1</i><br><i>Completamente acordado = 2</i>   |                     | 2                 |
| <b>TOTAL DE PONTOS:</b>   |                     | 9                 |

Assinatura do anestesista





|                |                                |
|----------------|--------------------------------|
| PACIENTE:      | MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA |
| DATA DO EXAME: | 04/08/2019                     |

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

#### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

#### ANÁLISE:

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

Figado parcialmente visualizado, de dimensões e contornos normais, sem lesões focais evidentes. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

Retropéritoório de avaliação limitada devido interposição gasosa.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bexiga urinária hipodistendida por conteúdo anecóico e de paredes regulares.

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ausência de alterações ecográficas.

  
**DR. RAMON DE MIRANDA**  
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR  
CRM-PB 8220/CRM-PE 18301

## AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Marcos Antônio Bambusa de Lima IDADE: 52 SEXO: M  
IMC: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: 05/08/19

## 1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática  Sintomática  Oligosintomática

## SINTOMAS:

|   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia   | <input type="checkbox"/> Tontura                                   | <input type="checkbox"/> Sincopse     |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço                                      | <input type="checkbox"/> Grande                                    | <input type="checkbox"/> Pequena      |
| <input type="checkbox"/> Palpitações  | <input type="checkbox"/> Média                                     | <input type="checkbox"/> Oropnêia     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dor Precordial                                | <input type="checkbox"/> Tosse Seca                                | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| <input type="checkbox"/> Acionada ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Esforço | <input type="checkbox"/> Tipica                                    | <input type="checkbox"/> Atípica      |
|   | <input type="checkbox"/> Emoções ( <input type="checkbox"/> ) Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: \_\_\_\_\_

## 2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar       | <input type="checkbox"/> DPOC ( <input type="checkbox"/> ) Outros   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus              | <input type="checkbox"/> Insut. Cardiaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana                  |
| <input type="checkbox"/> Arritmias                      | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal               | <input type="checkbox"/> Aguda ( <input type="checkbox"/> ) Crônica |

## 3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <u>Desconhece</u> | <input type="checkbox"/> Tabagismo    |
| <input type="checkbox"/> Etilismo                                  | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia                              | <input type="checkbox"/> Outros       |

Medicamentos em uso  Não  Sim \_\_\_\_\_

## 4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral  Bom  Regular  Comprometido  Precário  Altura  Peso

Ap. Cardiológica - Comentários: RCR em ORT RST V/SFC: 78 b.p.m P.A.: 140/80 mmHgAp. Respiratória - Comentários: MV (+) HRAbdômen - Comentários: S/VCVMembros Inferiores - Comentários: S/edema5 - E.C.G.: ES dentro da normalidade

Ex. Laboratorial:

## 6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: \_\_\_\_\_

Dr. Cláudio Vercelino Alves  
CRM 6369

Ass. do Médico



HORA

DATA: 09/08/15

### **Câmbio, Assinatura do Enfermeiro:**

**Evolução de Enfermagem**
**Nome:** *Marcos* | **Registrô:** | **Leito:** *6-2* | **Setor Atual:**
**Sinais vitais:** Tax: *36°C*; P: *80 bpm*; FR: *16 rpm*; PA: *120/80 mmHg*; FC: *72 bpm*; SPO2: *98%*  
**HGT:** *175 cm*; **Peso:** *75 kg*; **Altura:** *1,75 m* | **Dor:** ( ) **Local:** *Abdomen* | **Obs.:**
**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**
**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**
**Nível de consciência:** (✓) Consciente (✓) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outr

**GLASGOW(3-15):** **Drogas (Sedação/Analgesia):**
**Pupilas:** ( ) Isocôricas ( ) Anisocôricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotoreagentes ( ) 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 cmH<sub>2</sub>O

(✓) 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:**
**Gesometria arterial:** PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora: \_\_\_

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**
**Alteração:** ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**
**Pulso:** (✓) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

*Flávia*  
Flávia Rondoni

medicado com suspensão oral,  
sintomas negados, exames normais,  
prescrição feita com indicação de uso da  
medicação.

### INTERCORRENCIA DE ENFERMAGEM / DIFERENÇA / NOTA RNN

| DATA                 | HORA | PA | T | FC | FR | HGT | DIRESE | AVALIAÇÃO | ASSINATURA / CARIMBO |
|----------------------|------|----|---|----|----|-----|--------|-----------|----------------------|
| REGISTROS            |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
| RESULTADOS ESPERADOS |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |
|                      |      |    |   |    |    |     |        |           |                      |



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

| BOLETIM DE ENFERMAGEM  |  |   |  |  |       |  |
|--|--|---|--|--|-------|--|
| NOME: <i>Manoel Antônio Barbosa de Lima</i>  |  | IDADE: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  | DATA DE NASCIMENTO: / /                    |       |  |
| SETOR: <i>Ortopedia I</i>  |  | LEITO: <i>6-2</i>   |  | às : h                                     |       |  |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>fx clavícula (P)</i>  |  |   |  |  |       |  |
| ALERGIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAIS:  |  |   |  |  |       |  |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAIS:                                      |  |   |  |  |       |  |
| DOENÇA CRÔNICA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAIS:  |  |   |  |  |       |  |
| PRESENÇA DE ESCARA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL:                                      |  |   |  |  |       |  |
| PRESSÃO ARTERIAL   | HIPOTENSO <input type="checkbox"/>             | NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>                        | HIPERTENSO <input type="checkbox"/>          |  |       |  |
| SISTEMA NEUROLOGICO:   | CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> | INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>                                   | ORIENTADO <input type="checkbox"/>           |  |       |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO:  | DISPÉNICO <input type="checkbox"/>             | TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>                                    | EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> | BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>       |       |  |
| SIST. GENITOURINÁRIO<br>(DIURESE)  | NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>     | POLÚRIA <input type="checkbox"/>  | OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>            | SVD <input type="checkbox"/>               |       |  |
|  | DUSÚRIA <input type="checkbox"/>               | CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>                                    | ANÚRIA <input type="checkbox"/>              |  |       |  |
| MOBILIDADE:  | DEAMBULA <input checked="" type="checkbox"/>   | DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>                               | ACAMADO <input type="checkbox"/>             | S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/> |       |  |
| SIST. GAS. RONENTATINAL:<br>(DIETA)  | VO <input checked="" type="checkbox"/>         | SNG <input type="checkbox"/>  | SNE <input type="checkbox"/>                 |  |       |  |
| ESTADO NUTRICIONAL:  | NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>    | DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>                                     | OBESO <input type="checkbox"/>               | CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>         |       |  |
| DADOS VITAIS:  | PA:  | T:  | FR:  | FC:  | PESO: |  |
| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM  |  |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA  | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO  | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO  | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL   | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL  | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA  | <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA     | CD/FR:  |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO  | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA  | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA  | <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA           | CD/FR:  |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ  | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA   | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO   | <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE          | <input type="checkbox"/> PARA BANHO                                     | CD/FR:                                       |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA   | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA  | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO   | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/>   | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/>   | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/>   | CD/FR:   |   |  |  |       |  |
| CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA  |  |   |  |  |       |  |
| FR: FATOR RELACIONADO  |  |   |  |  |       |  |
| ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL   |  |   |  |  |       |  |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM   |  |   | APRAZAMENTO                                  | ASSINATURA                                 |       |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.  |  |   | <i>J 213215</i>                              |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.  |  |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.   |  |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.   |  |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).             |  |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.   |  |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.   |  |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.   |  |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).                         |  |   |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.   |  |   |  |  |       |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE                                |  |   |  |  |       |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE. |  |   | <i>J 211215</i>                              |  |       |  |

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

Ausculta cardíaca: () Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: () Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: NSC Data da punção: 13/08/19

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 ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /

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

Abdômen: () Nôrmotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: () Normoátivos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

#### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra ( ) 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 Interrrompido. Observações:

#### NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

#### 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

Carimbo & Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 13/08/19

HORA: 09:00

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

|   |  |           |        |       |              |       |
|---|--|-----------|--------|-------|--------------|-------|
| IDENTIFICAÇÃO   |  | Registrô: | Leito: | 06-02 | Setor Atual: | MP-1  |
| Nome: <u>Naury M. M.</u>  |  |           |        |       |              |       |
| Sinais vitais: Tax: <u>60</u> °C: <u>36,5</u> P: <u>80</u> bpm; FR: <u>16</u> lpm; PA: <u>120/80</u> mmHg; FC: <u>70</u> bpm; SPO2: <u>98</u> % |  |           |        |       |              |       |
| HGT: <u>165</u> cm; Peso: <u>65</u> Kg; Altura: <u>1,65</u> cm  |  | Dor: ( )  | Local: |       |              | Obs.: |

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade 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 cmH<sub>2</sub>O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorado: () Quantidade e aspecto:Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

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

Gesometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / / Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

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

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:

Data da punção 1/1/1

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 () Gástronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 1/1/1

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

Abdômen: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

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

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

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

Aspecto: () Outros: Observações:

#### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () Ressacada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Gianótica 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:

#### COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

#### NECESSIDADES FÍSICAS E PSICOSOCIAIS

#### RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

#### INTERCORRÊNCIAS

*Paciente com fratura mista com lesões cutâneas*  
*MI D.*

Carimbo & Assinatura do Enfermeiro:

*Gilcara S. Raposo*  
*ENFERMEIRA*

DATA: 14/05/19

HORA: 8:00

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO  
DA PARÁBA

|                 |                        |             |           |          |              |            |   |
|-----------------|------------------------|-------------|-----------|----------|--------------|------------|---|
| Name:           | Márcio Antônio Barbosa |             | Registro: | Letto:   | Setor Atual: | Unesp      |   |
| Stmatis vitais: | Tax:                   | oC:         | bpm: FR:  | rpm: PA: | mmHg: FC:    | bpm: SpO2: | % |
| HT:             | mg/dl: Peso:           | kg: Altura: | cm        | Dois:    | ( ) Local:   | Obs:       |   |

### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

Nível de consciência: (/) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letargico ( ) Tópico ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15):

Pupilas: ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotomotagens ( ) Milóticas ( ) Midríticas  
Mobilidade Fisiológica: ( ) Preservada ( ) Paroxística ( ) Plegia ( ) Paraplesia Local:

Lingüagem: ( ), Quir ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.  
Obs:

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

( ) VMI ( ) VMI TOT n° ( ) Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

( ) Espuma: ( ) Tepulnária ( ) Bradipneia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmuro vesicular presente: ( ) Diminuidos ( ) D ( ) E

Tosse: ( ) Produtiva ( ) Expectorante ( ) Quantidade e especie:

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

Aspiração: Quantidade e especie:

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

Geometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> BE SpO<sub>2</sub> Data: / / / / Hora:

PERCUPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Séguirança física:

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

REGULACAO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impulsivo ( ) Fibriforme ( ) Cheio.



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DIH - 0

Clínica: AMARELA Enfermaria: 14 Leito: 7 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

DIA 04/08/2019

MÉDICO(A): Jose Renna Gomes Da Silva /

| Item | Prescrição   | Aprazamento     |
|------|--|-----------------|
| 1    | DIETA LIVRE  | <i>SND</i>      |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                           | <i>18 24 06</i> |
| 3    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 2FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD, | <i>NE 06</i>    |
| 4    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                              | <i>16</i>       |
| 5    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO        |                 |

## OBUÇÃO

DATA: 04/08/2019 HORA: 12:32:46

## ORTOPEDIA

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA

CD: SOLICITO PRE-OP  
INTERNAÇÃO PARA TTO CURURGICOASSINATURA + CARIMBO  
Jose Renna Gomes Da Silva

Dr. Jose Renna Gomes Da Silva  
Orthopedic and Traumatologist  
CRM-PE 21437  
JET 15282



## PREScrição MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DIH - I

Clinica:AMARELA Enfermaria: 14 Leito: 7 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

DIA 05/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

10  
01

| Item | Prescrição   | Aprazamento            |
|------|--|------------------------|
| 1    | DIETA LIVRE  |                        |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                           | <del>12/18/00/00</del> |
| 3    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 2FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD, | <del>13/00</del>       |
| 4    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                              | <del>06/00</del>       |
|      | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO        |                        |

### EVOLUÇÃO

DATA:05/08/2019 HORA:07:08:40

ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

BEG, ESTAVEL

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA

aguardo PRE-OP

INTERNAÇÃO PARA TTO CURURGICO

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

  
 Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 MÉDICO - CRM 3335



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DIH - 2

Clínica: AMARELA Enfermaria: 14 Leito: 7 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

10

DIA 06/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

| Item | Prescrição   | Aprazamento |
|------|--|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE  |             |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                           | SND         |
| 3    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 2FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD, | 12 18 11/26 |
| 4    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                              | 12 24       |
| 5    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO        | 10/26       |

## EVOLUÇÃO

DATA: 06/08/2019 HORA: 06:41:24

ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

BEG, ESTAVEL

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA

PRE-OP ok

INTERNAÇÃO PARA TTO CURURGICO

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva  
MÉDICO - CRM 3335



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DIH - 3

Clínica: AMARELA Enfermaria: 14 Leito: 7 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

DIA 07/08/2019

MÉDICO(A): Eduardo Otavio Braga Morais /

| Item       | Prescrição   | Aprazamento       |
|------------|--|-------------------|
| 1          | DIETA LIVRE  |                   |
| 2          | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                     | <del>12/12h</del> |
| 3          | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 2FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,           | <del>12/12h</del> |
| 4          | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)  | <del>12/12h</del> |
| 5          | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER-SE<br>NECOPSSARIBA 12/12h Fixo | <del>12/12h</del> |
| ...VOLUÇÃO |  |                   |

DATA: 07/08/2019 HORA: 09:00:53

ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

BEG, ESTAVEL, *despuis o*, *des hui hui* ~~12~~

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA

PRE-OP ok

INTERNAÇÃO PARA TTO CURURGICO

↑ Analgesia.

ASSINATURA + CARIMBO  
Eduardo Otavio Braga Morais

Dr. Eduardo Braga Morais  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - PB 6588



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

N° do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DJH - 4

Clínica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

DIA 08/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

| Item | Prescrição   | Aprazamento |
|------|--|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE  | 12 18 24 06 |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h                           | 12 18 24    |
| 3    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 2FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD, | 12 24       |
| 4    | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                              | 06          |
| 5    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO        |             |

**EVOLUÇÃO**

DATA: 08/08/2019 HORA: 07:02:20

ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

BEG, ESTAVEL

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA

PRE-OP OK

AGUARDA TTO CURURGICO

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



## PREScrição MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

N° do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DIH - 5

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

**DIA 09/08/2019**
**MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /**

| Item | Prescrição   | Aprazamento        |
|------|--|--------------------|
| 1    | DIETA LIVRE  | <i>12-18-24-06</i> |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                           | <i>12-18-24-06</i> |
| 3    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 2FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD. | <i>12-24</i>       |
| 4    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                              | <i>06</i>          |
| 5    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO        | <i>S/N</i>         |

**EVOLUÇÃO**

DATA: 09/08/2019 HORA: 11:59:53

ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

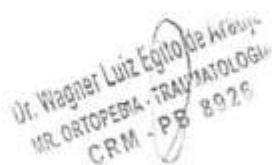
BEG, ESTAVEL.

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA

PRE-OP OK

AGUARDA TTO CURURGICO

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner Luiz Egito De Araujo


  
 DR. Wagner Luiz Egito de Araujo  
 M.R. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
 CRM - PB 8926



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DH - 6

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

DIA 10/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição  | Aprazamento        |
|------|---|--------------------|
| 1    | DIETA LIVRE   | <i>12/18 24/08</i> |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                    | <i>08</i>          |
| 3    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                       |                    |
| 4    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO |                    |
| 5    | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG 8/8h                     | <i>SN</i>          |
| 6    | ESTIMULAR DEAMBULACAO   | <i>14/25/08</i>    |
| 7    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                       |                    |

### EVOLUÇÃO

DATA: 10/08/2019 HORA: 12:22:00

ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

BEG, ESTAVEL.

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA

CD: SOLICITO RX DE TORAX AP

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo / 10/08/2019 12:22:00



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

N° do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

**DIA 11/08/2019**
**MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /**

| Item | Prescrição  | Aprazamento   |
|------|---|---------------|
| 1    | DIETA LIVRE   |               |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                    | 12/18 2h 9/10 |
| 3    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                       |               |
| 4    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO |               |
| 5    | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG                          | S/N           |
| 6    | ESTIMULAR DEAMBULACAO   |               |
| 7    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                       |               |

**Evolução**

DATA: 11/08/2019 HORA: 08:13:58

ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

BEG, ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO, DIURESE E EVACUAÇÕES +

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo  
MR. ORTOPEDIA - 11/08/2019  
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DHU - 8

Clinica:ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

DIA 12/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição  | Aprazamento |
|------|---|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE   |             |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h                    | 12/08/2019  |
| 3    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)                       | 01/09/2019  |
| 4    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO | 01/09/2019  |
| 5    | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG 8134                     | 01/09/2019  |
| 6    | ESTIMULAR DEAMBULACAO   | 01/09/2019  |
| 7    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                       | 01/09/2019  |

## EVOLUÇÃO

DATA:12/08/2019 HORA:11:33:45

ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

BEG, ESTAVEL., CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL., NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO, DIURESE E EVACUAÇÕES +

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo  
ASSINATURA + R. ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA  
Wagner Luiz Egito De Araujo



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DH - 9

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

DIA 13/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição  | Aproveitamento |
|------|---|----------------|
| 1    | DIETA LIVRE   |                |
| 2    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. 24h/24h (ADM AS 8h)                       | 86             |
| 3    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO | SIN            |
| 4    | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG 8/0h SIN                 | SIN            |
| 5    | ESTIMULAR DEAMBULACAO   | SIN            |
| 6    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                       | //             |

**EVOLUÇÃO**

DATA: 13/08/2019 HORA: 12:37:29

**ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA**

BEG, ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO, DIURESE E EVACUAÇÕES +

**TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA**

CD: VPM

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner Luiz Egito De Araujo

 Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
 ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA  
 CRM - PB 8926



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE:**
**Nº do prontuário: 1959251**    **Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA**    **Idade: 052**    **Sexo: M**
**Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA**    **Data de Nascimento: 22/07/1967**    **Admissão: 04/08/2019 DHU - 10**
**Clinicu:ORTOPEDIA I**    **Enfermaria: 6**    **Leito: 2**    **Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA**
**DATA: 14/08/2019**
**MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /**

| Item: | Prescrição   | Aprovação   |
|-------|--|-------------|
| 1     | DIETA LIVRE  |             |
| 2     | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 01)                      | <i>✓</i>    |
| 3     | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA FAZER SE NECESSARIO | <i>✓</i>    |
| 4     | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG                         | <i>SI N</i> |
| 5     | FISIOTERAPIA MOTORA  | <i>✓</i>    |
| 6     | ESTIMULAR DEAMBULACAO  |             |
| 7     | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais                                      |             |

**EVOLUÇÃO**
**DATA: 14/08/2019**    **HORA: 11:31:39**
**ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA**
**BEG, ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO, DIURESE E EVACUAÇÕES +**
**TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA**
**CD: VPM**

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
 ASSESSOR TÉCNICO - ORTOPEDISTA  
 Wagner Luiz Egito De Araujo  
 CRM-PR 0926



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DH - 11

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

DIA: 15/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição   | Aprovação         |
|------|--|-------------------|
| 1    | DIETA LIVRE  | <i>OP</i>         |
| 2    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                      | <i>OP</i>         |
| 3    | TRANADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO | <i>SN</i>         |
| 4    | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 8h/8h              | <i>15/08/2019</i> |
| 5    | FISIOTERAPIA MOTORA  |                   |
| 6    | ESTIMULAR DEAMBULACAO  |                   |
| 7    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                      |                   |

## EVOLUÇÃO

DATA: 15/08/2019 HORA: 11:38:20

ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

REC. ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORABO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO, DIURESE E EVACUAÇÕES +

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
MÉDICO  
CRM - PB 8926



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1959251    Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA    Idade: 052    Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA    Data de Nascimento: 22/07/1967    Admissão: 04/08/2019 DIH - 12

Clinica:ORTOPEDIA I    Enfermaria: 6    Leito: 2    Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

**DIA 16/08/2019**

**MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /**

| Item | Prescrição  | Aprazamento |
|------|---|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE   |             |
| 2    | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                       |             |
| 3    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO |             |
| 4    | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 8h/8h               |             |
| 5    | FISIOTERAPIA MOTORA   |             |
| 6    | ESTIMULAR DEAMBULACAO   |             |
| 7    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                       |             |

**EVOLUÇÃO**

DATA:16/08/2019    HORA:11:43:53

**ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA**

BEG, ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO, DIURESE E EVACUAÇÕES +  
 TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA  
 SEM QUEIXAS

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner Luiz Egito De Araujo



# PREScrição MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DIH - 12

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

**DIA 16/08/2019**
**MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /**

| Item | Prescrição  | Aprazamento     |
|------|---|-----------------|
| 1    | DIETA LIVRE   | <i>06</i>       |
| 2    | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                       |                 |
| 3    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO | <i>SN</i>       |
| 4    | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 8h/8h               | <i>14/08/06</i> |
| 5    | FISIOTERAPIA MOTORA   |                 |
| 6    | ESTIMULAR DEAMBULACAO   |                 |
| 7    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                       |                 |

**EVOLUÇÃO**

DATA: 16/08/2019 HORA: 11:43:53

ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

BEG, ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO, DIURESE E EVACUAÇÕES +

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA SEM QUEIXAS

CD: VPM

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner Luiz Egito De Araujo



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

N° do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DII - I3

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

**DIA 17/08/2019**
**MÉDICO(A):** Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição  | Aprazamento |
|------|---|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE   |             |
| 2    | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                       | 06          |
| 3    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO |             |
| 4    | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 8h/8h               | 17/08/06    |
| 5    | FISIOTERAPIA MOTORA   |             |
| 6    | ESTIMULAR DEAMBULACAO   | M TN        |
| 7    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais                                       | M N         |

**EVOLUÇÃO**

DATA: 17/08/2019 HORA: 11:47:09

ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

BEG, ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO DIURESE E EVACUAÇÕES +

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA SEM QUEIXAS

CD: VPM

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner Luiz Egito De Araujo



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

N° do proprietário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DIH - 14

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

DIA: 18/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição  | Aprazamento |
|------|---|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE   |             |
| 2    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)                       |             |
| 3    | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 8h/8h               |             |
| 4    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO |             |
| 5    | FISIOTERAPIA MOTORA   |             |
| 6    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                       |             |
| 7    | ESTIMULAR DEAMBULACAO   |             |

**EVOLUÇÃO**

DATA: 18/08/2019 HORA: 09:11:25

**ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA**

BEG, ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO, DIURESE E EVACUAÇÕES +

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA SEM QUEIXAS

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
 ASSINATURA + CARIMBO  
 DR. ORTOPEDICO ORTOPATOLOGIA  
 Wagner Luiz Egito De Araujo  
 CRM - PR 8926



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DIH - 15

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

DIA 19/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

05-02

x

| Item | Prescrição  | Aprazamento |
|------|---|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE ( Dieta zero a partir de 00:00 h)                         |             |
| 2    | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS qd)                       |             |
| 3    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO |             |
| 4    | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 8h/8h               |             |
| 5    | FISIOTERAPIA MOTORA   |             |
| 6    | ESTIMULAR DEAMBULACAO   |             |
| 7    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                       |             |

**EVOLUÇÃO**

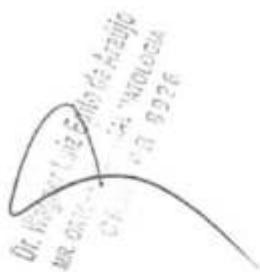
DATA: 19/08/2019 HORA: 06:51:20

**ORTOPEDIA - FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA**

BEG, ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO DIURESE E EVACUAÇÕES +

TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM DOR E HEMATOMA EM REGIÃO LATERAL DA CLAVÍCULA DIREITA SEM QUEIXAS

CD: VPM

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner Luiz Egito De Araujo




## EVOLUÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Sexo: M

Admissão: 04/08/2019 DIH - 17

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA Cirurgia Realizada:

**EVOLUÇÃO**

DATA: 21/08/2019 HORA: 06:47:32

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, EM 1º DPO, SEM QUEIXAS. FO COM BOM ASPECTO.

**# CONDUTA:**

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + NOVALGINA.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA / CARIMBO  
 Ana Maria Da Silva Anselmo  
 Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
 Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
 CRM-PB 7825  
 MR. Ortopedia - Traumatologa



# LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA

Data da Internação: 04/08/2019

Data da Alta: 21/08/2019

Registro: 1959251

Tempo de Permanência: -18113

Diagnóstico Inicial: 0408010150

Diagnóstico Final:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVICULA

Data: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDREY LEAL WANDERLEY

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: JURANDY ABRANTES DE OLIVEIRA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + NOVALGINA. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

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

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825

Data: 21/08/2019

Assinatura/Carimbo  
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! - RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

N° do prontuário: 1959251 Paciente: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA CECILIA BARBOSA LIMA Data de Nascimento: 22/07/1967 Admissão: 04/08/2019 DIH - 16

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: Leito: Diagnóstico: FRATURA TERCO LATERAL DA CLAVICULA DIREITA

DIA 20/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

5-2

| Item | Prescrição  | Aprazamento |
|------|---|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE APÓS RPA  |             |
| 2    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA<br>AMP, 12h/12h 0D/2D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18/08/2019  |
| 3    | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)   | 06/09/2019  |
| 4    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO   | 21/08/2019  |
| 5    | PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 8h/8h   | 18/08/2019  |
| 6    | FISIOTERAPIA MOTORA   | 03/09/2019  |
| 7    | ESTIMULAR DEAMBULACAO   | 16/08/2019  |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais   | 11/09/2019  |

**EVOLUÇÃO**

DATA: 20/08/2019 HORA: 12:23:19

 PACIENTE EM POI, SEM INTERCORRÊNCIAS.  
SEGUE EM BEG.

**# CONDUTA:**

- SOLICITO RAIOS X DE CONTROLE.
- VPM.

 ASSINATURA + CÁRIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo

 Dr. Ana Maria da S. Anselmo  
M.R. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA



DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF

1362347

SSP

PB

CPF

020.732.434-44

DATA NASCIMENTO

22/07/1967

FILIAÇÃO

ANDRE PEREIRA LIMA

TEREZINHA CECILIA  
BARBOSA LIMA

PERMISSÃO



ACC



CAT.HAB.

AD

Nº REGISTRO

00506643081

VALIDADE

21/10/2018

1º HABILITAÇÃO

01/02/1999

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

*Marcos Antonio Barbosa de Lima*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO

25/10/2018



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455123/19

**Vítima:** MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA

**CPF:** 020.732.434-44

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/08/2019

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA : 020.732.434-44**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA  
CPF: 020.732.434-44

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

MARCOS ANTONIO BARBOSA DE LIMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA