

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000013654-1

Nr. da Autenticação 849332947A766EAC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533556 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA C1 COLUNA CERVICAL. PG30,40

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO SEGMENTO C1 COLUNA CERVICAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO C1 COLUNA CERVICAL.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533556

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533556

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533556

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical

da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **DANIELA DOS SANTOS PEREIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000004916**

Conta: **0000013654-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190533556 3 - CPF da vítima: 107.387.594-65 4 - Nome completo da vítima: Daniela dos Santos Pereira

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

5 - Nome completo: Daniela dos Santos Pereira 6 - CPF: 107.387.594-65
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Higino Macedo 9 - Número: 104 10 - Complemento:
11 - Bairro: JK 12 - Cidade: Picuí 13 - Estado: Pernambuco 14 - CEP: 58187-000
15 - E-mail: daniela.santos.aas@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 83-996342198

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4916 CONTA: 13654 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização

do Seguro DPVAT; ou

prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação para verificação da existência e quantificação das lesões, esta autorização não significa prévia concordância com a futura

PARA COBERTURA DE MORTE

☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
- Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
n 32 - Se tinha irmãos, informar 33 - Vítima deixou ☐ Sim
o Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 -
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Picuí - PB 01-11-2019
Daniela dos Santos Pereira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ II.

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4916

013

CONTA:

1273

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 nascer (ou não)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Daniela dos Santos Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.





SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª Superintendência Regional de Polícia
13ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PICUI



GOVERNO
DA PARAÍBA



C E R T I D ã O

Nº. Cont.: 023/2019

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 023/2019, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E DOIS** dias do mês de **JULHO** do ano de **2019**, nesta cidade de **Picuí**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, presente a Autoridade Policial a **Dr. Rodrigo Monteiro de Oliveira**, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivão de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, aí, por volta das **15:55** hs. compareceu **DANIELA DOS SANTOS PEREIRA**, brasileira, solteira, do lar, natural de Picuí/PB, nascida aos 14/10/1993, filha de Antonio da Silva Pereira e de Josefa Pereira dos Santos, RG 3.866.951-SSP/PB, CPF/MF 107.387.594-65, residente na Rua Higino Macedo, 104 - JK - Picuí/PB, fone (83) 99634-2493. **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE** no dia **04.03.2019**, por volta das 02:30 horas, transitava na rodovia PB-137, como passageira, no veículo CHEVROLET/CELTA 1.0L LS, ano/modelo 2012, de cor VERMELHA, placas NQG-6103-RN, NIV 9BGRG08F0CG347101, código RENAVAM 00461068567, licenciado em nome de DANIEL BARBOSA DE OLIVEIRA quando, nas imediações do Sítio Pedreira, um semovente bovino surgiu repentinamente na pista de rolamento, fazendo com que a colisão fosse inevitável. Que foi socorrida pelo SAMU e encaminhada ao Hospital de Traumas de Campina Grande, devido às lesões sofridas, local onde recebeu tratamento médico hospitalar e se submeteu a cirurgia para correção de fratura na coluna cervical, conforme documentação apresentada. *Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.*

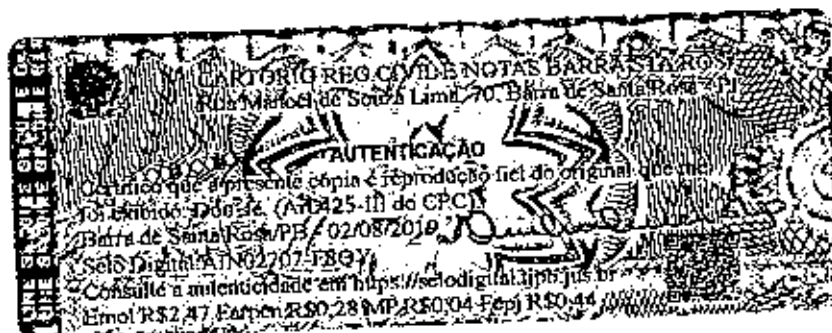
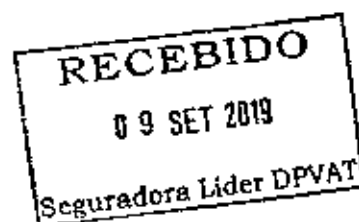
Picuí/PB, 22 de julho de 2019.

Daniela dos Santos Pereira
COMUNICANTE:

Danielo Barbosa de Oliveira
DANILO BARBOSA DE OLIVEIRA - RG 3.599.342-SSP/PB

TESTEMUNHA 1, residente na Rua Prefeito João Inácio, s/n - Barra de Santa Rosa/PB

Sérgio Azevedo dos Santos
SÉRGIO AZEVEDO DOS SANTOS - RG 3.755.854-SSDS-PB
TESTEMUNHA 2, residente no Sítio Pedreiras - zona rural - Picuí/PB



Antônio Medeiros Dias
ERC - matr. 165.109-4

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de inexistência de IML



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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANIELA DOS SANTOS PEREIRARG nº 3.866.951, data de expedição 16/06/2013, Órgão SSP/PB

CPF nº 107.387.594-65, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: HIGINO DE MACEDO</u>
Número	<u>104</u>
Apto / Complemento	<u>POA TRÁS DO WANDIMATO MOURA</u>
Bairro	<u>JK</u>
Cidade	<u>PILUI</u>
Estado	<u>PARNÍBA</u>
CEP	<u>58187-000</u>
Telefone de Contato	<u>83. 99634.2493</u>
E-mail	<u>daniela.santos9909@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PILUI - PB 03 DE SETEMBRO DE 2019Assinatura do Declarante: Daniela dos Santos Pereira

JOSE GERLANO DANTAS MEDEIROS
RUA HENRIQUE NACEDO, 104 - JK
RIO DE JANEIRO, RJ 22251-000



ENERGISA PARANÁ - CONTROLADORA DE ENERGIA S/A
RUA ZAR, 150 - Centro - Curitiba - PR - CEP 80071-400
CNPJ 00.095.122/0001-20 - Insc. Est. 19.019.622-0

Ligação MONOFÁSICO
Cálculo: RES ATC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Ratário: 8 - 86 - 520 - 2140 Referência: Ago / 2019
Medidor: 92009154041 Emissão: 15/09/2019

Ativ. Fiscal: Cód. de Energia: 00000000000000000000
Cód. para DTE: 00000000000000000000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Ago / 2019	15/08/2019	16/09/2019	019.209.894-20

UC (Unidade Consumidora): 5/501506-0

Canal de contato

Antes de se MOVIMENTO VACAR, EFA, Sabe mais em
www.energisa.com.br

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/07/18	5273	15/08/19	5271	1	42	36

Demonstrativo						
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. E	Valor Base
0001	Consumo energia	42,00	0,000000	38,02	25	38,02
0001	Adc. E Energia	0,52	0,000000	0,13	25	0,13
0001	Adc. E Verificação	1,39	0,000000	0,25	25	0,25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIBUIÇÃO LAMPUGA	4,72	0,000000	0,00	0,00	0,00
0008	JUROS DE MORA 07/2019	0,13	0,000000	0,00	0,00	0,00
0009	MATA 07/2019	1,28	0,000000	0,00	0,00	0,00
0009	BÔNUS ITA PULS 10/03/2002 07/2019	-0,45	0,000000	0,00	0,00	0,00

CCI CAMBIO DIFERENÇA DO RAN	TOTAL	47,38	47,38	10,42	47,38	0,45	2,08
TOTAL TÍTULOS	0,000000						

VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
22/08/2019	R\$ 47,38

HISTÓRICO DE CONSUMO (KWH)											
54	73	78	72	65	84	81	68	77	26	63	75
Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19

RESERVADO AO FISCO
Odac.2af2.8f9b.497a.7a7e.d610.e080.6d00.

Indicadores de Qualidade e S.A.				Composição do Consumo		
Unidade da ANEEL	Aprovado	Limite Efetivos (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	8,15	0,00		Serviços de Dist. da Energisa S/A	0,54	1,14
DI TRIMESTRAL	12,20		NORMAL	Consumo de Energia	15,49	32,51
DI ANUAL	24,40			Serviços de Transmissão	1,49	3,14
FI MENSAL	2,20	0,00	CONTRATADA	Serviços de Distribuição	2,25	4,73
FI TRIMESTRAL	6,60		LEITE SUPERIOR	Serviços de Operação e Manutenção	18,25	38,54
FI ANUAL	19,80			Outros Serviços	0,00	0,00
DI M	2,20	0,00				
DI T	12,20					
DI A						
DI C						
DI R						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						
DI U						
DI J						
DI F						
DI D						
DI E						
DI A						
DI S						
DI O						
DI N						
DI I						
DI L						



PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ

C.N.P.J 08.741.399/0001-73

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

C.N.P.J 08.619.650/0001-21

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
BASE DESCENTRALIZADA PICUÍ

Picuí- PB, 29 de março de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, no dia 04 de março de 2019, foi acionado para realizar atendimento pré-hospitalar em UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, à Sr. Daniela dos Santos Pereira, CPF 107.387.594-95, RG3.866.951 SSP/PB, vítima de acidente automobilístico, ao chegarmos no local, a vítima encontrava-se dentro do veículo, consciente, orientada, foi feito protocolo de retirada de veículo com KED, controle de cervical e imobilização com prancha rígida, foi avaliada e removida para Hospital Regional de Picuí. Após exames radiográficos foi constatado fratura de vértebras e removido para Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande.

Documento expedido pela direção do serviço por tratar-se de uma base descentralizada e não dispomos de recursos humanos (RH).

DATO E ASSINO

Gésska de Oliveira Macedo Costa
Coordenadora Municipal do SAMU- Picuí

Rua: Galdino Pinheiro, Centro- Picuí/PB. Telefone: (83) 3371-2350/ (83) 3371-2374
 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU





Ficha de Acolhimento

Nome:	Daniela dos Santos Pereira		
End:	R = Edson de Macedo 48	Bairro:	Pium
Data de Nascimento:	22 anos	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Cardio	Data do Atend.:	04.03.19
		Hora:	7:18
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

emergência

MOD. 110

- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Solange T. D. F. P. M. M.

ENFERMEIRA

COREN-PB 570404-ENF

Assinatura e carimbo do profissional

[Assinatura]

04.03.2015

15:14

PA: 180x70mm

T: 37°

P: 82x84

R: 22.

Fez a consulta orientada com a menor dos biológicos presente opor a este dia. Fugindo logo de uma leitura. Ab o momento tem informações. M.E.S. M.S. que os dados de Infomagon.

7.2

04.03.2015

20:14

PA: 180x70mm

Fez a consulta no mesmo quadro, a seguir os dados do Inf.

Júli Ferreira Lima
Técnico de Enfermagem
COREN 820035

GOVERNO
DA PARAÍBA

Admitida, em 15.11.19

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/03/2019

Horas: 14:04:14

Médico (a) Diarista: Jose Ramalho Da Silva Neto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 04/03/2019

Clínica: NEUROBUÇO Enfermaria: 1 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 04/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ramalho Da Silva Neto /

Item	Prescrição	Aproximadamente
1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. JFRASCO. 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
2	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	6h
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	18h - 6h
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO	
6	CLONIDINA 0,150 MG V.O. 1COMP. PAS > 180 OU PAD > 120	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA. 1AMP + AD.EV. 8/8H	18h - 6h
8	DIETA ZERO BRANDA	
9	DECUBITO ELEVADO MANter IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 04/03/2019 HORA: 14:01:51

NEUROCIRURGIA

TRM CERVICAL
FRATURA DE C1.
FRANKEL E# VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, COLISÃO AUTOMÓVEL E ANIMAL.
EVOLUINDO COM CERVICALGIA DE FORTE INTENSIDADE.
NEGA CEFALÉIA OU OUTROS COMEMORATIVOS.# CONSCIENTE, ORIENTADA, COLABORATIVA.
GLASGOW 15, ISOCÓRICA, RFM +
MOBILIZANDO MEMBROS, POSTURA ANTÁLGICA LIMITANDO A MOBILIZAÇÃO CERVICAL

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO EVIDENCIANDO FRATURA DE ARCOS POSTERIOR E ANTERIOR DE C1, À ESQUERDA.

CONDUTA:

AIH
ANALGESIA DE HORÁRIO
À ENFERMARIAASSINATURA + CARIMBO
Jose Ramalho Da Silva NetoDR. JOSE RAMALHO DA SILVA NETO
NEUROCIRURGIA
CREMEPE 22098

- IMOBILIZADO CERVICAL -

PACIENTE:	DANIELA DOS SANTOS PEREIRA
DATA DO EXAME:	04/03/2019 (08:00)

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

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

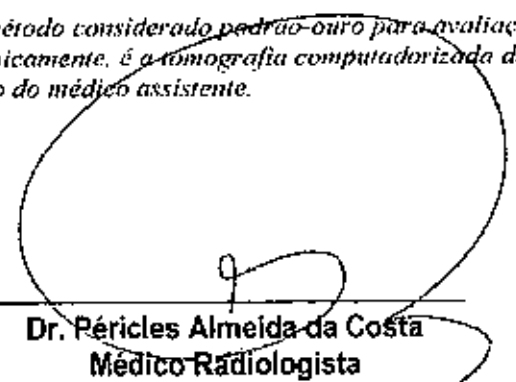
ANÁLISE:

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

Pâncreas, retroperitônio e grandes vasos retroperitoneais de avaliação prejudicada em decorrência da intensa interposição gasosa.

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

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


Dr. Péricles Almeida da Costa
Médico-Radiologista
CRM-PB: 8620

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1845555 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 04/03/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Daniela Dos Santos Lima

PACIENTE: DANIELA DOS SANTOS

CEP:

Nascimento: 31/12/1969

PEREIRA/22 ANOS/ PICUI

Sexo:

Telefone:

Endereço:

Idade: 02019

Bairro:

Cidade: PICUI

RG:

Nº: 0

Nome da Mãe:

CPF:

Profissão:

Responsável:

Estado Civil:

Data de

CNS:

Atend: 04/03/2019

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Hora: 07:22:04

Médico: -

CRM:

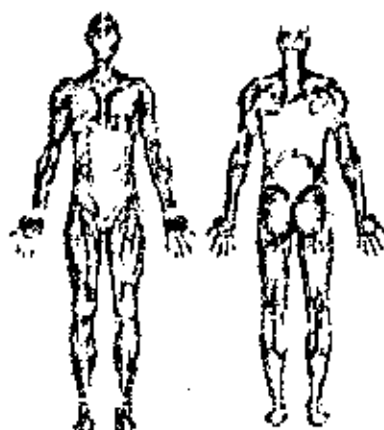
CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente carro: animal há 4h, vem apresentando cervicalgia e dor no pescoço, nega perda de consciência, porém apresentou 1 episódio de vômito. Tomar e obter a Lausação.

ALERGIA:

ALERGIA A DAPIRONA

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

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

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

A: Via aérea permeável, sem alteração de nível, mobilizável

B: MV@ em MHC, 1/ro expiratória

C: BCF em 25, BUE, 1/ro expiratória, pulso: cheio e simétrico

FEC: 21

D: Glasgow 15, consciência e orientada

E: apresentando apenas cervicalgia

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

NCR

às

Dia 04/03/19

Especialista:

Ortopedia

às

Dia 04/03/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Tilatil 40mg + 40, CV, agom	
2	Adrocont 100mg + 120, CV, agom	
3	ADAMAR	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM:

12/03/19



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1846166 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

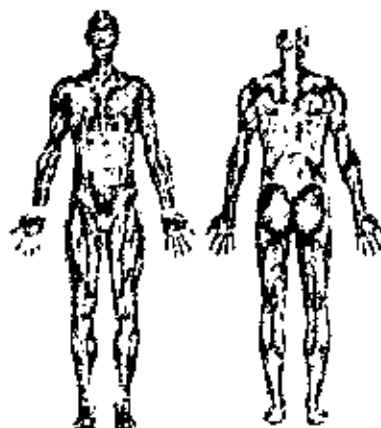
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/03/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA CEP: 58187000 Nascimento: 14/10/1993
Sexo: F Telefone: 99458362
Endereço: RUA JOAQUIM PACIFICO DANTAS Idade: 025 Bairro: JUSCELINO KUBITSCHKE
Cidade: Picuí RG: 3866951 Nº: 0
Nome da Mãe: JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS CPF: Profissão: AGRICULTORA
Responsável: SEBASTIANA PRIMA Data de Atend: 05/03/2019 CNS: 700008013243707
Estado Civil: Solteiro(a) Hora: 08:41:25 CONVÊNIO: SUS
Motivo: ACIDENTE DE CARRO Especialidade:
Médico: CRM:

OBS FICHA: Pac deu entrada na madrugada dia 04/03/ sem doc.

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Der | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Erisipela subcutânea | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otomágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Peristese |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às Dia / /

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

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

{ Internação (setor) _____

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

☐ Alta hospitalar / ☐ A revelia
☐ Decisão Médica

1. **Jobita**

X Isabeliana Corrêa de Silva Lima
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

C80

IDADE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

COHEN-BB 210709-000
EMERGENCY
20190811 10:00 AM

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

05/03/19

+ Cir. Geral

Paciente interno do Centro de Imagens, querendo de
do um exame cirúrgico.

FAST sem líquido livre, Rx tórax e campos pleuropul-
monares livres, sem patologia evidenciada.

+ Cd. Prescrição: Tramal 100 mg + SF O.P. 100-1 - JV 8/10 Feito.
Aguarda avaliação de NCR



Ana Lúcia D. Bastos
MÉDICA
CRM-PB 2508

00000000000000000000

Admissão para realização dos exames
EXAT, RX TÓRAX E CAMPOS
PLEUROPULMONARES E LÍQUIDO

- YATISSA C. I. YRANAH C.

- HUGO B. H.

CRM-PB 22088
NEUROCIRURGIA
Dr. Hugo B. H.

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

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () JA revela

() Decisão Médica

() Óbito

Yatissa da Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sr(a): DANIELA DOS SANTOS PEREIRA
Dr(a): MARCOS WAGNER DE SOUSA PORTO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000454287

Data: 05-03-2019 15:34

Idade: 25 anos

RG:

NÃO INFORMADO

Origem:

CLINICA NEURO-BUCC

Destino:

ENF 07-L 07

CREATININA

[DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:34]

Resultado: 0,7 mg/dL

Homens:
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00
mg/dL
5 dias a 3 anos: 0,20 a 0,40
mg/dL
4 a 11 anos: 0,30 a 0,70
mg/dL
12 a 17 anos: 0,50 a 1,00
mg/dL
18 a 60 anos: 0,90 a 1,30
mg/dL
61 a 90 anos: 0,80 a 1,30
mg/dL
Acima de 90 anos: 1,00 a 1,70
mg/dL

Mulheres:
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00
mg/dL
5 dias a 3 anos: 0,20 a 0,40
mg/dL
4 a 11 anos: 0,30 a 0,70
mg/dL
12 a 17 anos: 0,50 a 1,00
mg/dL
18 a 60 anos: 0,40 a 1,10
mg/dL
61 a 90 anos: 0,60 a 1,20
mg/dL
Acima de 90 anos: 0,60 a 1,30
mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Enfermeiro
CRM - 5010

Emissão: 05/03/2019 16:57 - página 2 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: ASD4-5911-4AE0-3842-0500-CFE1-DE11-6068

Data: 05/03/2019

Horas: 12:17:22

Médico (a) Diarista : Marcos Wagner De Sousa Porto

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845717

Paciente: SEM DOCUMENTOS

Idade: 02019

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 31/12/1969

Sexo:

Clínica: NEUROLÓGICO

Enfermaria: 7

Leito: 2

Diagnóstico:

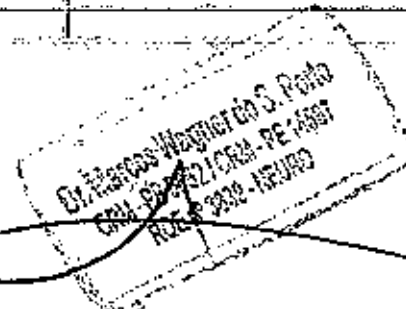
DIA 05/03/2019

MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETETICO PRANDA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12 18 24 30
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	18 24
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06 12
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + ADE.V. 8/8H	04 08 12 16 20 24 28 32
8	CLONIDINA 0,150 MG V.O. 1COMP, PAS > 180 OU PAD > 120	
9	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Caso de A

Prognóstico





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): DANIELA DOS SANTOS PEREIRA Protocolo: 0000454287 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): MARCOS WAGNER DE SOUSA PORTO Data: 05-03-2019 15:34 Origem: CLINICA NEURO-IRCO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 25 anos Destino: ENF 07 - I. 02

GLICEMIA

[DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:33]

Resultado..... 73 mg/dL

70 a 99 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: PLASMA OU SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

URÉIA

[DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:33]

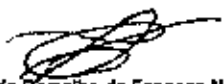
Resultado..... 30 mg/dL

VALOR DE REFERENCIA
17 a 63 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO WIENER, METROLAB 2300


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biotécnico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A5D4-S911-4AE0-3842-0500-CFE1-DE11-6068





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): DANIELA DOS SANTOS PEREIRA Protocolo: 0000454287 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): MARCOS WAGNER DE SOUSA PORTO Data: 05-03-2019 15:34 Origem: CLÍNICA NEURO-BUCCO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 25 anos Destino: ENF 07 - L 02

TEMPO DE COAGULACAO..... 6'00''

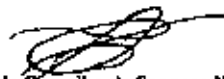
[DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:34]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'20''

[DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:34]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 423D-4133-AC80-6B92-3A4D-7E2F-2E17-3B8E



Sr(a): DANIELA DOS SANTOS PEREIRA Protocolo: 0000454287 RT: NÃO INFORMADO
Dr(a): MARCOS WAGNER DE SOUSA PORTO Data: 05-03-2019 15:34 Origem: CLINICA NERIO-BUÇU
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 25 anos Destino: ENF 07 - L. 02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 05/03/2019 15:32]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.8 milhões/mm ³	3.9 a 5.5 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,4 g/dL	12.0 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	38,4 %	35,5 a 46,6 %
V.C.M.....	101 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	33 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	32 g/dL	32,5 a 36,0 g/dL

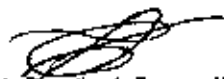
SÉRIE BRANCA

Linfócitos.....	9.000 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	1,0	90
Segmentados.....	80,0	7.200
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	16,0	1.440
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	270
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	261.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Materiais: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

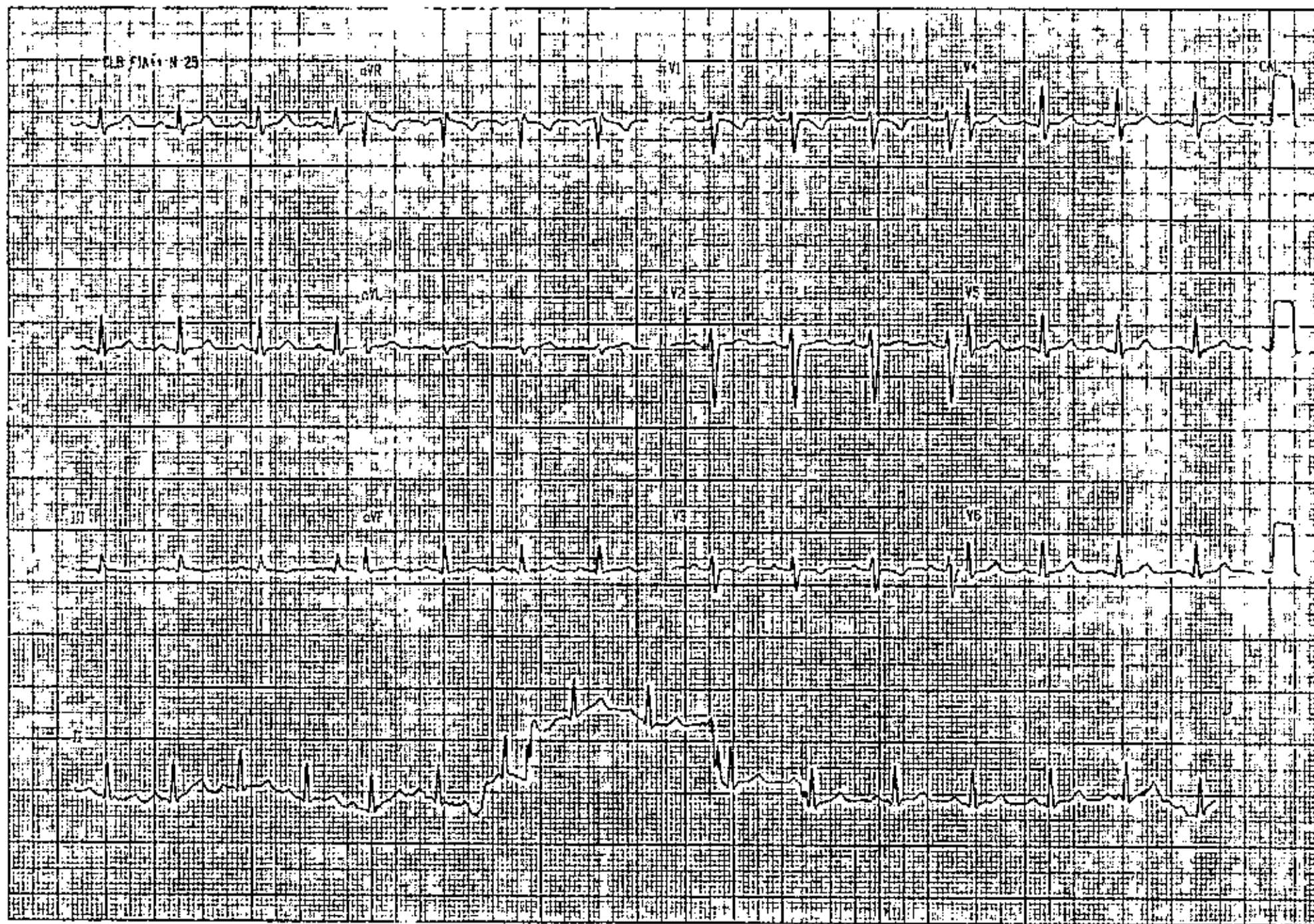

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B1B7-0443-719F-89B5-1DC0-5BD9-ABD1-1C7E



Damián P. Santos
06/03/2014

72





GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 06/03/2019

Horas: 14:11:50

Médico (a) Diarista: Marcos Wagner De Sousa Porto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Janiela

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 06/03/2019

MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	18 24 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18 24 06 <i>Stenopoli</i>
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. IFRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	18 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SV <i>Stenopoli</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML IAMPOLA, IAMP + AD.EV. 8/8h	24 22 06
8	CLONIDINA 0,150 MG V.O. 1COMP. PAS > 180 OU PAD > 120	SV
9	DECÚBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	} A teneção!
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Data 06/11/18 Hora P.A. 08:45. 110/70

Paciente consciente orientado, com olhos cerrados, não apresenta queixas no momento. Foi realizado ECG, sem alterações no Eixo, traço de eixo normal. Afebril, ausculta cardíaca sem alterações. Presença de ruídos cardíacos de origem fisiológica.

Data 06/11/18 Hora P.A. 12:30 120/80

Paciente consciente orientado, sem alterações no momento, foi realizado ECG e ausculta cardíaca, sem alterações. Presença de ruídos cardíacos de origem fisiológica. Sem alterações nos exames laboratoriais.



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLOGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Daniela dos Santos Lima IDADE: 25 SEXO: F
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 06/03/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática ☐ Sintomática ☐ Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

☐ Hipertensão Arterial Sistêmica ☐ Hipertensão Pulmonar ☐ DPOC ☐ Outros
☐ Diabetes Mellitus ☐ Insuf. Cardíaca Congestiva ☐ Insuficiência Coronariana
☐ Arritmias ☐ Insuf. Renal ☐ Aguda ☐ Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

☒ Alergia a Medicamentos: Dipirona ☐ Tabagismo
☐ Etilismo ☐ Sedentarismo
☐ Dislipidemia ☐ Cirúrgico _____ ☐ Outros

Medicamentos em uso ☒ Não ☐ Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

☒ Estado Geral ☒ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Precário ☐ Altura ☐ Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR m. 2.º BCNF 5/13.

FC: 85 b.p.m P.A.: 110x70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MUC IMAT SRA.

Abdômen - Comentários: inobto

Membros inferiores - Comentários: sem edemas

5 - E.C.G.: Ritmo sinusal regular sem alterações.

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: Paciente sem indícios de risco cirúrgico

sem comorbidades < 30 anos,
sem sintomatologia CVC

Frederico Lindero Bezerra
CARDIOLOGIA
CRM-PB 2540

Ass. do Médico



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

Nome: Daniel dos Santos
Setor: Novo Lacerda Leito: (7-2)

[illegible]

07/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 07/03/2019

Horas: 08:59:21

Médico (a) Diarista : Amauri Pereira Da Silva Filho



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845717 (Paciente: SEM-DOCUMENTOS Idade: 02019 *Paula*

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clinica:NEUROBUCCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 07/03/2019

MÉDICO(A): Amauri Pereira Da Silva Filho /

Assinatura

Prescrição

Assinatura

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: SEM-DOCUMENTOS Idade: 02019 *Demielz*

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clínica: NEUROBUJO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 07/03/2019

MÉDICO(A): Amauri Pereira Da Silva Filho /

Item	Prescrição	Apazamento			
1	DIETA ZERO <i>n pontos 24h</i>				
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO. 6h/6h	<i>12</i>	<i>18</i>	<i>24</i>	<i>30</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	<i>12</i>	<i>18</i>	<i>24</i>	<i>30</i>
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF		<i>18</i>		<i>30</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO				<i>30</i>
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA/FAZER SE NECESSÁRIO	<i>12</i>			
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + AD.EV. 8/8H	<i>12</i>	<i>24</i>		<i>30</i>
8	CLONIDINA 0,150 MG V.O. 1COMP. PAS > 180 OU PAD > 120				
9	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	<i>etc</i>			
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>etc</i>			

Amuri 08.03.19

Dr. Amauri P. S. Filho
Neurologia/Neurocirurgia
CRM-PB 5273

08/03/19 Pac. segue no expando p cirurgia, sem
apenas 140 kg

08.03.2019

20:15

PA: 110x80mmHg

Paciente evolui no regime alimentar
e higieniza as feridas de enf.

Sacramento
Técnico de Enfermagem
COREN 320038035

Data: 08/03/2019

Horas: 09:04:27

Médico (a) Diarista : Marcos Wagner De Sousa Porto

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845180 Paciente: DANIELA PEREIRA Idade: 066

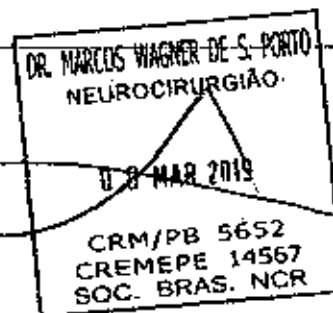
Nome da Mãe: JULIA ROSA DE LIMA Data de Nascimento: 12/10/1952 Sexo: F

Clínica: NEUROBUCO Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: ""

DIA 08/03/2019

MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE ORAL	
2	DIETA LIVRE	
3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 12h/12h	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	18/06
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	18/06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE VÔMITOS	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h	14/22/06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE DOR REFRATÁRIA	
9		
10	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1 COMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE PA > 180X110MMHG	
11	FISIOTERAPIA MOTORA	
12	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
14	VIGILÂNCIA TRANSFERIR PARA ENFERMARIA	
15	DECUBITO MUDANÇA	



Prescritor
marcos e port

NOME: <u>Daniela</u>		GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE: <u>25 anos</u>	ENFERMARIA: <u>07</u>	LEITO: <u>02</u>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes		
H. D.: <u>TRM</u>	ADMISSÃO:	HORA:	FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS		

PROCEDÊNCIA:		DRENOS: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito	
		Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente	
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRPA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM		☐ Edema. Regiões: ☐ Calcios	
☐ Hemorragia ☐ Outros:		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia		CD: ☐ THS ☒ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2	
HDA: <u>Recente vítima de colapso com animal apresenta diagnósticos de TRM com fraturas C2.</u>		☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☒ Cinesioterapia ☐ MRP	
		☐ Treino de Marcha ☒ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação	
		☐ Ortopostismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial	
		☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação	
		Outros:	
		Observações:	
SV: FC bpm FR bpm PA: SpO2 % T °C		<u>Paciente relata que foi orientada pela equipe médica a estimular a sedestação da paciente na presente ocasião (antes do procedimento cirúrgico).</u> <u>Conduta: cinesioterapia ativa dos MMSS e MMII e orientações.</u>	
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow			
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal		Trefismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal	
Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☒ Normal		Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
Bloqueios Articulares (Regiões)			
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR			
☒ Eupneico ☐ Sem alterações			
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TOT ☐ Sem TOT ☐ VNI ☐ VMI			
O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi %			
☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min			
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais			
☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ____ /4+			
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Não ☐ Sim		DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: <u>Redução da funcionalidade.</u>	
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☒ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial			
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica			
Ausculta Pulmonar: <u>MVGAHTEX S/RAS</u> Raio X Tórax:			
TOSSÊ: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☒ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectoradora ☐ Ineficaz			
SECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim. QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.			
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta			
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha			

Campina Grande.

08/03/2019

160
 CREFITO 228927

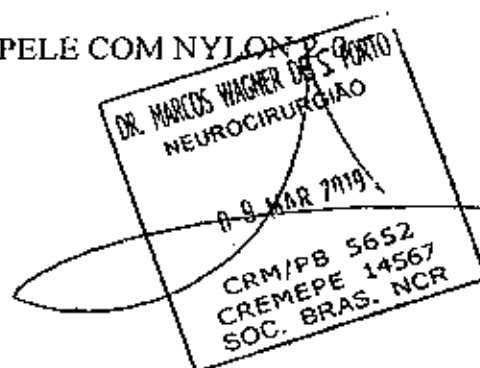
Fisioterapia/CREFITO

Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasotivas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissociação. Localização: MSD Data da punção 06/03/19
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas (x) Escoriações () Outro:
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
AVANÇADO DAS NECESSIDADES FÍSICAS DEBILIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Paciente teve úlcera aliada para amanhã, segue bem, sem intercorrências.
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Anna G. C. Lourenço DATA: 08/03/19 HORA: / /

PACIENTE : DANIELA DOS SANTOS PEREIRA - RG 1845717
CIRURGIÃO : DR. MARCOS WAGNER
INSTRUMENTADORA : RENATA
ANESTESIA : WANDERLEY

00- PACIENTE EM DECUBITO VENTRAL
HORIZONTAL. SOB ANESTESIA GERAL SOB SUPORTE DE MAYFIELD 03
PINOS .

- 01- DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSE
- 02- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- 03- INCISÃO OCCIPTO CERVICAL E HEMOSTASIA
- 04- DESCOLAMENTO DA MUSCULATURA
SUBOCCIPITAL
- 05- IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ENTRADA E
INSERÇÃO DE 06 PARAFUSOS DE MASSA LATERAL
- 06- CONEXÃO COM 05 PORCAS
- 07- 02 HASTES OCCIPTO CERVICAL E MOLDADA
- 08- COLOCAÇÃO DE 05 PARAFUSOS OCCIPITAIS
- 09 - 01 SELANTE DURAL DEVIDO A FÍSTULA DE LCR
- 10- REVISADO HEMOSTASIA - COLOCAÇÃO DE SURGICEL
- 11 - 05 GRAMAS DE ENXERTO INORGÂNICO
- 12- SUTURA POR PLANOS
- 13- ATO SEM INTERCORRÊNCIAS
- 14- SINTESE DA PELE COM NYLON 2-0
- 15- LIMPEZA E CURATIVO

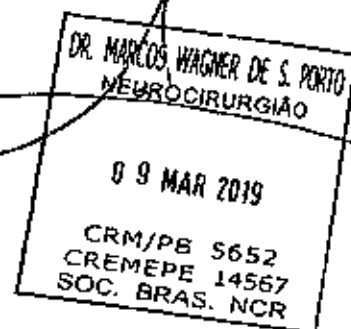



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
DADOS DO PACIENTE :
Nº do prontuário: 1845717 **Paciente:** SEM DOCUMENTOS **Idade:** 02019

Nome da Mãe: **Data de Nascimento:** 31/12/1969 **Sexo:**
Clinica: NEUROBUCCO **Enfermaria:** 7 **Leito:** 2 **Diagnóstico:**
DIA 09/03/2019
MÉDICO(A): Daniel Pereira Dean Ramos / **MÉDICO(A):** Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Apazamento
1	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h 8D/6D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
2	DIETA ZERO	
3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
5	CETOPROFENO 100 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + AD.EV, 8/8H	
9	CLONIDINA 0,150 MG V.O, 1COMP, PAS > 180 OU PAD > 120	
10	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

*Operado
Pneumonia
Oupito - curado
isto se movimenta
ferimentos*



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		SUS	29 anos	1845555	
CIRURGIA PTO. Cirurgião Clifoxares			CIRURGIÃO		
Antrodese de coluna cervical			Dr. Marcos Wagner		
ANESTESIA			ANESTESIA		
Aeral balanceada			Dr. Wanderley		
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM	
Renata		09.03.19	14h.30'	18h.50'	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Aerenalina amp.	01	Calel. p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.	01	Calel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
05	Eloxi mi Gualumano		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose	01	Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer n		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Maqr		Ethibond
	Mercaine % ml		Equipo de Maqr		Ethibond
	Nubain amp.		Equipo de Sang		Fio de Algodrão Sertix
01	Pavulon amp. Ciro		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
	Proglime amp.	05	Esparadrapo Lai		Fio de Algodrão Sulupal
	Retroxide Un Propapal		Furacim ml		Fio de Algodrão Sulupal
	Quelicin ml	05	Gase Pacote cl		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	06	Mononylon 3-0"
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	06	Mononylon 2-0"
	Tracrilm amp.		Intracath Infantil	01	Prolene Sertix 4-0
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi		
03	Agua Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi		Prolene Sertix
	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi		Prolene Sertix
	Dipirona amp.	03	Luvas 7.0	04	Vicryl Sertix 0'''
	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.	05	Luvas 8.5 Proq.	01	Fio de Knöchelmann N° 20
	Glicose amp.	3.0	Oxigênio l/m	01	Surgical
	Glucón de Cálcio amp.		Poliflix		
01	Haemacer ml. Xyloraina	05	PVP Degemante ml Elexar		
	Heparema ml.		PVP Tópico ml.		
	Kanakion amp.	05	Sabão Antiséptico	04	SG Normotérmico fr 500 ml
01	Lesir amp. Benzilidiana	04	Saco colete Lixa lamp		SG Gelado fr 500 ml
	Medrofinazol.	04	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
01	Pessil amp. Ondansetrom	04	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	03	Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml P/Kern
	Revivan amp.		Sonda		
	Sulptanon amp.		Sonda folley 19		
	Cefalosina 1g		Sonda Nasogástrica	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	Tilatril 30mg		Sonda Uretral nº	01	TOT N° 7.5 anamada
02	Ceftriaxona 1g		Sterydrent ml	01	Filtro p/ respirador
			Torneirinha	06	Parafusos Poluxed N° 10
			Vaselina ml	01	Enxerto
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			<th> </th>	
02	Agulha desc. 25 x 7	01	Gelcon 18	01	Adesivos Belanto
	Agulha desc. 24 x 28	03	Latese	03	Parafusos occipital N° 10 + 01 + 01
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	Eletródos	06	Equipamentos
	Agulha p/ raque nº	05	Gel condutor	03	Pinos p/ suporte de cabeça
05	Alcool de Enfermagem			(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Alcool Iodado ml	02	Hortes occipital	() Serra	(X) Eletrocautério
			3 e 4 Juros	() Desfibrilador	(X) Oxiciptógrafo
			Prómed	(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
				() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

SUPORTE DE CRÂNIO MAXILOFACIAL COMPLETO

NOME TÉCNICO: NÚMEROS DE EXATidão

DESCRIÇÃO: PINO ADULTO EM AÇO INOX P/ SUPORTE DE CRÂNIO MAXILOFACIAL

Modelo: 7471 Fr do Ide: 13376818 Contido: 3 unid.

Registro ANVISA nº 10243079003

Registração 21/2/2019 - Plano de Validade Indefinitamente

LA Fabricação 10 ANOS contados a partir da fabricação sendo não aplicável o prazo mínimo de validade estabelecido pela legislação vigente para produtos de saúde

Unidade de uso: "VER INSTRUÇÃO DE USO"

SEMPRE USAR O EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) COMO: MÁSCARA, LUVA, ÓCULO DE PROTEÇÃO, CAPOTE E BATA. NÃO TOCAR NA FACE DO PACIENTE E NEM NA FACE DO EQUIPAMENTO. NÃO REUTILIZAR O EQUIPAMENTO PARA OUTROS PROCEDIMENTOS. NÃO LIMPAR O EQUIPAMENTO COM ALCOOL OU OUTROS PRODUTOS QUÍMICOS. NÃO COLOCAR O EQUIPAMENTO EM ÁGUA OU OUTROS LÍQUIDOS. NÃO COLOCAR O EQUIPAMENTO EM FOGO OU OUTRA FONTE DE CALOR. NÃO COLOCAR O EQUIPAMENTO EM LOCAL ÚMIDO OU SUJO. NÃO COLOCAR O EQUIPAMENTO EM LOCAL DE TRAFEGO DE VEÍCULOS. NÃO COLOCAR O EQUIPAMENTO EM LOCAL DE TRAFEGO DE PESSOAS. NÃO COLOCAR O

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Merle Gust G. Standine
Tel. Enormagen
COREN-RE 250741

MOB 050

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Damiela dos Santos Pereira D.N. 9			
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		Sus	29 anos	1845555	
CIRURGIA	Pro. Cirurgião Cl. Divas				CIRURGIÃO
					Antodere de Coluna Cervical Dr. Marcos Wagner
ANESTESIA	Geral balanceada				ANESTESIA
					Dr. Wanderley
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
Renata	09.03.19	14h.30'	18h.50'		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Aclonalina amp.	Catet. p/ O ₂		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Calgut cromado Serti	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolanina amp.	Cotonóide		Calgut Simples Sertix	
05	Efene ml Gvoflurano	Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Calgut Simples Sertix	
	Fentani ml	Dreno Penrose	01	Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzar n		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macr		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macr		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sang		Fio de Algodão Sertix	
01	Pavulon amp. Civo	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo La		Fio de Algodão Sutupal	
	Rotundo l/m Propofol	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupal	
	Quelich ml	Gase Pacote cl		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml	06	Mononylon 3-0"	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto	06	Mononylon 2-0"	
	Ticrium amp.	Intracath Infantil	01	Prolene Sertix 4-0	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi		Prolene Sertix	
03	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvax 7.0	04	Vicryl Sertix 0"11	
	Flexidol amp.	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Geranicina amp.	Luvax 8-5 Proc.	03	Fio de Kirschner N° 2 e	
	Glicose amp.	Oxigênio l/m P/min	01	Surgical	
	Glucon de Cálcio amp.	Polflix			
01	Maerac ml xylocaine	PVPI Degemante ml elonox			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.			
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	Qtd.	SOROS	
01	Leex amp. Ram/Gedima	Saco coletor Lixo/roupa	04	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
01	Pesi amp. Ondansetron	Seringa desc. 20 ml	04	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolantina	Seringa desc. 05 ml	04	SG Ringi fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda	04	SG fr 500 ml F/Kerr	
	Siuplanon amp.	Sonda fo'ey 12			
	Celatolina 1g	Sonda Nasogálica	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
01	Filatal 30mg	Sonda Uretral n°	01	T.O.T N° 7-5 amovível	
02	Ceftriaxona 1g	Sterydrem ml	03	Filtro p/ respirador	
		Torneirinha	06	Parafusos Toraxial N° 2 e	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	01	Enxerto	
02	Aguilha desc. 25 x 7	Gelfon 184	01	Adhervus Belanto N°	
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese	03	Parafusos occipital N° 3 + 0 + 0 ad	
	Aguilha desc. 3 x 4.5	Elektrodes	06	Equipamentos	
	Aguilha p/ raque n°	Gel conduction	03	Pinos p/ suporte de cabeça	
05	Alcool de Enfermagem		(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxilia:	
	Alcool Iodado ml	02 Hastes occipitais	() Serra	(X) Eletrocautêrio	
		3 e 4 Luvax	(X) Desfibrilador	(X) Oxiciopógrafo	
		Pharmed	(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor	
			() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico	

[illegible]

Maria José B. E. E. E.
 T. E. E. E. E. E.
 COREN-RB 250741

MOB 06C

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>02</i>	Idade: <i>70</i>
Convênio: <i>0</i>	Data: <i>10/05/2017</i>
Procedimento: <i>1 - Laparoscopia de Colecistectomia</i>	
Cirurgião: <i>110</i>	Auxiliar: <i>110</i>
Anestesista: <i>110</i>	
Início: <i>10:00</i>	Término: <i>10:30</i>
Anestesia: <i>110</i>	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
<i>10:00</i>	<i>127x84</i>	<i>76bpm</i>	<i>100%</i>	<i>Ruan + Francisco</i>	<i>+</i>	<i>11</i>
<i>10:20</i>	<i>114x77</i>	<i>83bpm</i>	<i>100%</i>	<i>Ruan + Francisco</i>	<i>+</i>	<i>11</i>

Medicamentos/Materiais	Quantidade
<i>1 - 100ml de Soro Fisiológico</i>	

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante



PROMED Materiais Cirúrgicos LTDA - EPP
R. Carlos Gomes, 240 - João Pessoa/PB - CEP: 58040-080
CNPJ: 11.276.315/0001-11 - IE: 16163712-4

Produto: 7471
Lote: 135763/19
Reg. ANVISA: 10243079003

PINO ADUTO AÇO INOX MAYFIELD

Data de Validade: Indeterminada



10 10319 1646005.0000/00001 (L1=0000204337)

SELIANTE DURAL
Adherus
DEF NUS-001
L015 07182399
HyperBranch

SUPORTE DE CRANIO MAYFIELD COMPLETO

NOME TÉCNICO: SUPORTES DE FIXAÇÃO

DESCRIÇÃO: PINO ADULTO EM AÇO INOX P/
SUPORTE DE CRÂNIO MACOM

Modelo: 7471 - N.º de Lote: 135763/ 19 - Contém 3 unid.
Registro ANVISA nº: 10243079003

Dt. Fabricação: 21/2/2019 Prazo de Validade indeterminado
Garantia: 10 ANOS contra defeitos de fabricação salvo uso
indevido. Produto não Estéril, Esterilizar antes de sua
utilização

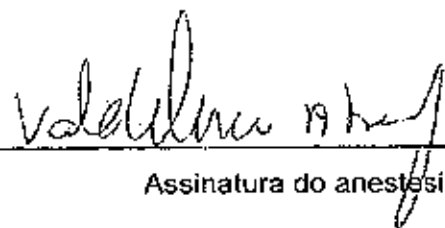
"VER INSTRUÇÃO DE USO"

Fabricado por: HyperBranch Medical Technology, Inc
800-12 Capital Drive - Durham, NC 27713 - Estados Unidos
Ref.: NUS001 Lote: 07182399 Validade: 31/03/2020
Imp. Por: CANADA CENTRAL DE NEGOCIOS DO BRASIL LTDA - 01.811.022/0001-76
RUA CONDE DE PORTO ALEGRE, 640/203-FLORESTA-PORTO ALEGRE RS
Registro ANVISA: 8000389077
RT: CARLA STURM TRINDADE - CRF/RB 4708

OrthoCer HA TCP Cód. B19.100.5
Exerto de Hidroxiapatita
Exerto de Cerâmica Fosfo-cálcica Biológica - HA TCP
Biphasic Phosphocalc Ceramic Bone Graft - HA TCP
Injerto Fosfo-cálcico Cerâmica Biológica - HA TCP
Grânulos/Grânulos: 1,0-2,0mm
Old
Pacote de 10 unidades nº. 10245500076
Doc. Fiscal
2020-01
2018-01
2017-01
2016-01
2015-01
2014-01
2013-01
2012-01
2011-01
2010-01
2009-01
2008-01
2007-01
2006-01
2005-01
2004-01
2003-01
2002-01
2001-01
2000-01
1999-01
1998-01
1997-01
1996-01
1995-01
1994-01
1993-01
1992-01
1991-01
1990-01
1989-01
1988-01
1987-01
1986-01
1985-01
1984-01
1983-01
1982-01
1981-01
1980-01
1979-01
1978-01
1977-01
1976-01
1975-01
1974-01
1973-01
1972-01
1971-01
1970-01
1969-01
1968-01
1967-01
1966-01
1965-01
1964-01
1963-01
1962-01
1961-01
1960-01
1959-01
1958-01
1957-01
1956-01
1955-01
1954-01
1953-01
1952-01
1951-01
1950-01
1949-01
1948-01
1947-01
1946-01
1945-01
1944-01
1943-01
1942-01
1941-01
1940-01
1939-01
1938-01
1937-01
1936-01
1935-01
1934-01
1933-01
1932-01
1931-01
1930-01
1929-01
1928-01
1927-01
1926-01
1925-01
1924-01
1923-01
1922-01
1921-01
1920-01
1919-01
1918-01
1917-01
1916-01
1915-01
1914-01
1913-01
1912-01
1911-01
1910-01
1909-01
1908-01
1907-01
1906-01
1905-01
1904-01
1903-01
1902-01
1901-01
1900-01
1899-01
1898-01
1897-01
1896-01
1895-01
1894-01
1893-01
1892-01
1891-01
1890-01
1889-01
1888-01
1887-01
1886-01
1885-01
1884-01
1883-01
1882-01
1881-01
1880-01
1879-01
1878-01
1877-01
1876-01
1875-01
1874-01
1873-01
1872-01
1871-01
1870-01
1869-01
1868-01
1867-01
1866-01
1865-01
1864-01
1863-01
1862-01
1861-01
1860-01
1859-01
1858-01
1857-01
1856-01
1855-01
1854-01
1853-01
1852-01
1851-01
1850-01
1849-01
1848-01
1847-01
1846-01
1845-01
1844-01
1843-01
1842-01
1841-01
1840-01
1839-01
1838-01
1837-01
1836-01
1835-01
1834-01
1833-01
1832-01
1831-01
1830-01
1829-01
1828-01
1827-01
1826-01
1825-01
1824-01
1823-01
1822-01
1821-01
1820-01
1819-01
1818-01
1817-01
1816-01
1815-01
1814-01
1813-01
1812-01
1811-01
1810-01
1809-01
1808-01
1807-01
1806-01
1805-01
1804-01
1803-01
1802-01
1801-01
1800-01
1799-01
1798-01
1797-01
1796-01
1795-01
1794-01
1793-01
1792-01
1791-01
1790-01
1789-01
1788-01
1787-01
1786-01
1785-01
1784-01
1783-01
1782-01
1781-01
1780-01
1779-01
1778-01
1777-01
1776-01
1775-01
1774-01
1773-01
1772-01
1771-01
1770-01
1769-01
1768-01
1767-01
1766-01
1765-01
1764-01
1763-01
1762-01
1761-01
1760-01
1759-01
1758-01
1757-01
1756-01
1755-01
1754-01
1753-01
1752-01
1751-01
1750-01
1749-01
1748-01
1747-01
1746-01
1745-01
1744-01
1743-01
1742-01
1741-01
1740-01
1739-01
1738-01
1737-01
1736-01
1735-01
1734-01
1733-01
1732-01
1731-01
1730-01
1729-01
1728-01
1727-01
1726-01
1725-01
1724-01
1723-01
1722-01
1721-01
1720-01
1719-01
1718-01
1717-01
1716-01
1715-01
1714-01
1713-01
1712-01
1711-01
1710-01
1709-01
1708-01
1707-01
1706-01
1705-01
1704-01
1703-01
1702-01
1701-01
1700-01
1699-01
1698-01
1697-01
1696-01
1695-01
1694-01
1693-01
1692-01
1691-01
1690-01
1689-01
1688-01
1687-01
1686-01
1685-01
1684-01
1683-01
1682-01
1681-01
1680-01
1679-01
1678-01
1677-01
1676-01
1675-01
1674-01
1673-01
1672-01
1671-01
1670-01
1669-01
1668-01
1667-01
1666-01
1665-01
1664-01
1663-01
1662-01
1661-01
1660-01
1659-01
1658-01
1657-01
1656-01
1655-01
1654-01
1653-01
1652-01
1651-01
1650-01
1649-01
1648-01
1647-01
1646-01
1645-01
1644-01
1643-01
1642-01
1641-01
1640-01
1639-01
1638-01
1637-01
1636-01
1635-01
1634-01
1633-01
1632-01
1631-01
1630-01
1629-01
1628-01
1627-01
1626-01
1625-01
1624-01
1623-01
1622-01
1621-01
1620-01
1619-01
1618-01
1617-01
1616-01
1615-01
1614-01
1613-01
1612-01
1611-01
1610-01
1609-01
1608-01
1607-01
1606-01
1605-01
1604-01
1603-01
1602-01
1601-01
1600-01
1599-01
1598-01
1597-01
1596-01
1595-01
1594-01
1593-01
1592-01
1591-01
1590-01
1589-01
1588-01
1587-01
1586-01
1585-01
1584-01
1583-01
1582-01
1581-01
1580-01
1579-01
1578-01
1577-01
1576-01
1575-01
1574-01
1573-01
1572-01
1571-01
1570-01
1569-01
1568-01
1567-01
1566-01
1565-01
1564-01
1563-01
1562-01
1561-01
1560-01
1559-01
1558-01
1557-01
1556-01
1555-01
1554-01
1553-01
1552-01
1551-01
1550-01
1549-01
1548-01
1547-01
1546-01
1545-01
1544-01
1543-01
1542-01
1541-01
1540-01
1539-01
1538-01
1537-01
1536-01
1535-01
1534-01
1533-01
1532-01
1531-01
1530-01
1529-01
1528-01
1527-01
1526-01
1525-01
1524-01
1523-01
1522-01
1521-01
1520-01
1519-01
1518-01
1517-01
1516-01
1515-01
1514-01
1513-01
1512-01
1511-01
1510-01
1509-01
1508-01
1507-01
1506-01
1505-01
1504-01
1503-01
1502-01
1501-01
1500-01
1499-01
1498-01
1497-01
1496-01
1495-01
1494-01
1493-01
1492-01
1491-01
1490-01
1489-01
1488-01
1487-01
1486-01
1485-01
1484-01
1483-01
1482-01
1481-01
1480-01
1479-01
1478-01
1477-01
1476-01
1475-01
1474-01
1473-01
1472-01
1471-01
1470-01
1469-01
1468-01
1467-01
1466-01
1465-01
1464-01
1463-01
1462-01
1461-01
1460-01
1459-01
1458-01
1457-01
1456-01
1455-01
1454-01
1453-01
1452-01
1451-01
1450-01
1449-01
1448-01
1447-01
1446-01
1445-01
1444-01
1443-01
1442-01
1441-01
1440-01
1439-01
1438-01
1437-01
1436-01
1435-01
1434-01
1433-01
1432-01
1431-01
1430-01
1429-01
1428-01
1427-01
1426-01
1425-01
1424-01
1423-01
1422-01
1421-01
1420-01
1419-01
1418-01
1417-01
1416-01
1415-01
1414-01
1413-01
1412-01
1411-01
1410-01
1409-01
1408-01
1407-01
1406-01
1405-01
1404-01
1403-01
1402-01
1401-01
1400-01
1399-01
1398-01
1397-01
1396-01
1395-01
1394-01
1393-01
1392-01
1391-01
1390-01
1389-01
1388-01
1387-01
1386-01
1385-01
1384-01
1383-01
1382-01
1381-01
1380-01
1379-01
1378-01
1377-01
1376-01
1375-01
1374-01
1373-01
1372-01
1371-01
1370-01
1369-01
1368-01
1367-01
1366-01
1365-01
1364-01
1363-01
1362-01
1361-01
1360-01
1359-01
1358-01
1357-01
1356-01
1355-01
1354-01
1353-01
1352-01
1351-01
1350-01
1349-01
1348-01
1347-01
1346-01
1345-01
1344-01
1343-01
1342-01
1341-01
1340-01
1339-01
1338-01
1337-01
1336-01
1335-01
1334-01
1333-01
1332-01
1331-01
1330-01
1329-01
1328-01
1327-01
1326-01
1325-01
1324-01
1323-01
1322-01
1321-01
1320-01
1319-01
1318-01
1317-01
1316-01
1315-01
1314-01
1313-01
1312-01
1311-01
1310-01
1309-01
1308-01
1307-01
1306-01
1305-01
1304-01
1303-01
1302-01
1301-01
1300-01
1299-01
1298-01
1297-01
1296-01
1295-01
1294-01
1293-01
1292-01
1291-01
1290-01
1289-01
1288-01
1287-01
1286-01
1285-01
1284-01
1283-01
1282-01
1281-01
1280-01
1279-01
1278-01
1277-01
1276-01
1275-01
1274-01
1273-01
1272-01
1271-01
1270-01
1269-01
1268-01
1267-01
1266-01
1265-01
1264-01
1263-01
1262-01
1261-01
1260-01
1259-01
1258-01
1257-01
1256-01
1255-01
1254-01
1253-01
1252-01
1251-01
1250-01
1249-01
1248-01
1247-01
1246-01
1245-01
1244-01
1243-01
1242-01
1241-01
1240-01
1239-01
1238-01
1237-01
1236-01
1235-01
1234-01
1233-01
1232-01
1231-01
1230-01
1229-01
1228-01
1227-01
1226-01
1225-01
1224-01
1223-01
1222-01
1221-01
1220-01
1219-01
1218-01
1217-01
1216-01
1215-01
1214-01
1213-01
1212-01
1211-01
1210-01
1209-01
1208-01
1207-01
1206-01
1205-01
1204-01
1203-01
1202-01
1201-01
1200-01
1199-01
1198-01
1197-01
1196-01
1195-01
1194-01
1193-01
1192-01
1191-01
1190-01
1189-01
1188-01
1187-01
1186-01
1185-01
1184-01
1183-01
1182-01
1181-01
1180-01
1179-01
1178-01
1177-01
1176-01
1175-01
1174-01
1173-01
1172-01
1171-01
1170-01
1169-01
1168-01
1167-01
1166-01
1165-01
1164-01
1163-01
1162-01
1161-01
1160-01
1159-01
1158-01
1157-01
1156-01
1155-01
1154-01
1153-01
1152-01
1151-01
1150-01
1149-01
1148-01
1147-01
1146-01
1145-01
1144-01
1143-01
1142-01
1141-01
1140-01
1139-01
1138-01
1137-01
1136-01
1135-01
1134-01
1133-01
1132-01
1131-01
1130-01
1129-01
1128-01
1127-01
1126-01
1125-01
1124-01
1123-01
1122-01
1121-01
1120-01
1119-01
1118-01
1117-01
1116-01
1115-01
1114-01
1113-01
1112-01
1111-01
1110-01
1109-01
1108-01
1107-01
1106-01
1105-01
1104-01
1103-01
1102-01
1101-01
1100-01
1099-01
1098-01
1097-01
1096-01
1095-01
1094-01
1093-01
1092-01
1091-01
1090-01
1089-01
1088-01
1087-01
1086-01
1085-01
1084-01
1083-01
1082-01
1081-01
1080-01
1079-01
1078-01
1077-01
1076-01
1075-01
1074-01
1073-01
1072-01
1071-01
1070-01
1069-01
1068-01
1067-01
1066-01
1065-01
1064-01
1063-01
1062-01
1061-01
1060-01
1059-01
1058-01
1057-01
1056-01
1055-01
1054-01
1053-01
1052-01
1051-01
1050-01
1049-01
1048-01
1047-01
1046-01
1045-01
1044-01
1043-01
1042-01
1041-01
1040-01
1039-01
1038-01
1037-01
1036-01
1035-01
1034-01
1033-01
1032-01
1031-01
1030-01
1029-01
1028-01
1027-01
1026-01
1025-01
1024-01
1023-01
1022-01
1021-01
1020-01
1019-01
1018-01
1017-01
1016-01
1015-01
1014-01
1013-01
1012-01
1011-01
1010-01
1009-01
1008-01
1007-01
1006-01
1005-01
1004-01
1003-01
1002-01
1001-01
1000-01
999-01
998-01
997-01
996-01
995-01
994-01
993-01
992-01
991-01
990-01
989-01
988-01
987-01
986-01
985-01
984-01
983-01
982-01
981-01
980-01
979-01
978-01
977-01
976-01
975-01
974-01
973-01
972-01
971-01
970-01
969-01
968-01
967-01
966-01
965-01
964-01
963-01
962-01
961-01
960-01
959-01
958-01
957-01
956-01
955-01
954-01
953-01
952-01
951-01
950-01
949-01
948-01
947-01
946-01
945-01
944-01
943-01
942-01
941-01
940-01
939-01
938-01
937-01
936-01
935-01
934-01
933-01
932-01
931-01
930-01
929-01
928-01
927-01
926-01
925-01
924-01
923-01
922-01
921-01
920-01
919-01
918-01
917-01
916-01
915-01
914-01
913-01
912-01
911-01
910-01
909-01
908-01
907-01
906-01
905-01
904-01
903-01
902-01
901-01
900-01
899-01
898-01
897-01
896-01
895-01
894-01
893-01
892-01
891-01
890-01
889-01
888-01
887-01
886-01
885-01
884-01
883-01
882-01
881-01
880-01
879-01
878-01
877-01
876-01
875-01
874-01
873-01
872-01
871-01
870-01
869-01
868-01
867-01
866-01
865-01
864-01
863-01
862-01
861-01
860-01
859-01
858-01
857-01
856-01
855-01
854-01
853-01
852-01
851-01
850-01
849-01
848-01
847-01
846-01
845-01
844-01
843-01
842-01
841-01
840-01
839-01
838-01
837-01
836-01
835-01
834-01
833-01
832-01
831-01
830-01
829-01
828-01
827-01
826-01
825-01
824-01
823-01
822-01
821-01
820-01
819-01
818-01
817-01
816-01
815-01
814-01
813-01
812-01
811-01
810-01
809-01
808-01
807-01
806-01
805-01
804-01
803-01
802-01
801-01
800-01
799-01
798-01
797-01
796-01
795-01
794-01
793-01
792-01
791-01
790-01
789-01
788-01
787-01
786-01
785-01
784-01
783-01
782-01
781-01
780-01
779-01
778-01
777-01
776-01
775-01
774-01
773-01
772-01
771-01
770-01
769-01
768-01
767-01
766-01
765-01
764-01
763-01
762-01
761-01
7

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

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



Assinatura do anestesista



Termino Noite * SÁBADO



Product: 7471
Lot: 135753/19
Reg. ANVISA: 10243079009

PING ADULTO ACC INOX MAYFIELD
Data de Validade: Indeterminada



**SUPORTE DE CRANIO MAYFIELD
COMPLETO**

NOME TÉCNICO: SUPORTES DE FIXAÇÃO

DESCRIÇÃO: PINO ADULTO EM AÇO INOX P/ SUPORTE DE CRÂNIO MACOM

-Modelo: 7471 -N° de Lot.: 125763/ 12 -Contém: 3 unid.

Registro ANVISA nº: 10243070003

Ot Fabricação: 21/2/2019 Prazo de Validade: Indeterminado

Garantia: 10 Anos contra defeitos de fabricação, salvo uso
improvisado. Produto não Estéril. Esterilizar antes de sua
utilização.

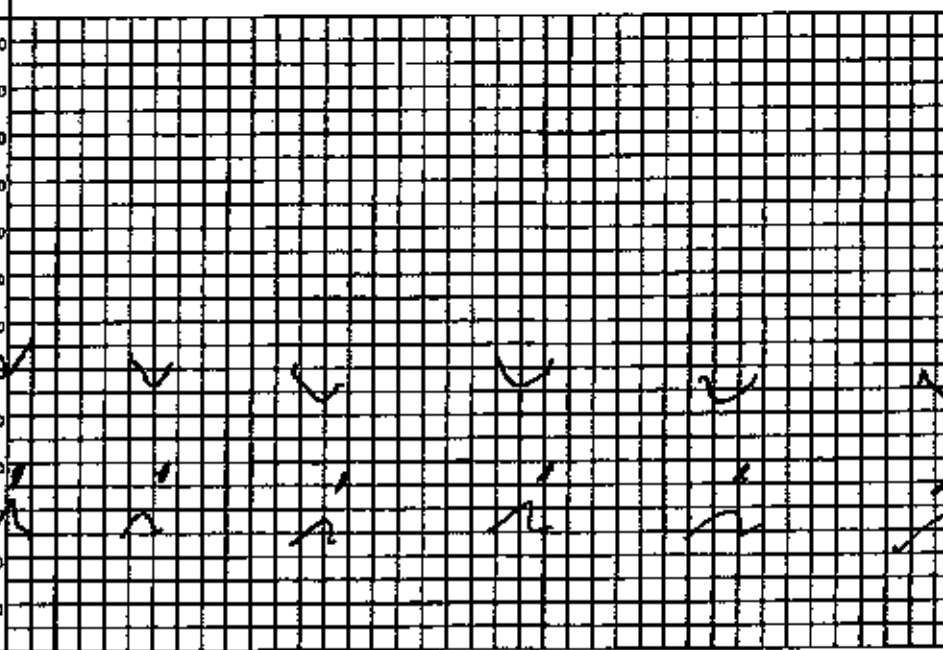
"VER INSTRUÇÃO DE USO"

SEIANTO DUBAI
Adherus
REF NUS-001
Lot# 07182399
HyperBranch

[illegible][illegible]

Genius

SÉCRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Daniela Pereira</i>				IDADE	SEXO <i>F</i>	COR	
DATA <i>07-03-19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
					URINA				
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>Sev.</i> 					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosses: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
LÍQUIDOS						MANUTENÇÃO			
CÓDIGOS						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Para o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____			
POSICÃO									
AGENTES	<i>Propofol + Fentanyl + Sufentanil + Bupivacaína + Rocuronio + Cisplatina + Etoposídeo</i>					CÂNULAS			
TÉCNICA	<i>Sev.</i>								
OPERAÇÃO	<i>Prost. Cir. Ext. Endo.</i>								
CIRURGIÕES	<i>M. Wagner</i>								
ANESTESISTAS	<i>Wanderley - JON</i>								
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA			

[illegible]

1033219

[illegible]

Insc. Est.: 16.163.712-4

Av. Carlos Gomes, n.º 228 - 2.º Pavimento - Torre - CEP: 58040-080 - João Pessoa/PB

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAS

Paciente: _____

Médico: Dr. Paulo Roberto de Souza Convênio: 035

Hospital: St. Vincent's Hospital

Bloco: 7 Sala: 3 Data: 14/11/11

[illegible]

Intercorrências Cirúrgicas

☐ NÃO ☐ SIM. Quais?

OBS:

Ass. Inst.

Assinatura Enfermeira (a)

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/03/2019

Horas: 12:33:55

Médico (a) Diarista : Daniel Pereira Dean Ramos

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 04/03/2019

Clinica: NEUROBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 09/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Daniel Pereira Dean Ramos /

Item	Prescrição	E.C. Aprazamento
1	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO. 6h/6h	18h / 24h - 6h / 12h C.C.
2	OMÉPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	6h F.R. C.C.
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	18h / 24h - 6h / 12h
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	C.C. 18h - 6h
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO	
6	CLONIDINA 0,150 MG V.O, 1COMP, PAS > 180 OU PAD > 120	C.C.
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + AD.EV. 8/8H	10 22 06
8	DIETA ZERO	
9	DECUBITO ELEVADO MANter IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	C+
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C+

EVOLUÇÃO

DATA: 09/03/2019 HORA: 12:25:27

NEUROCIRURGIA

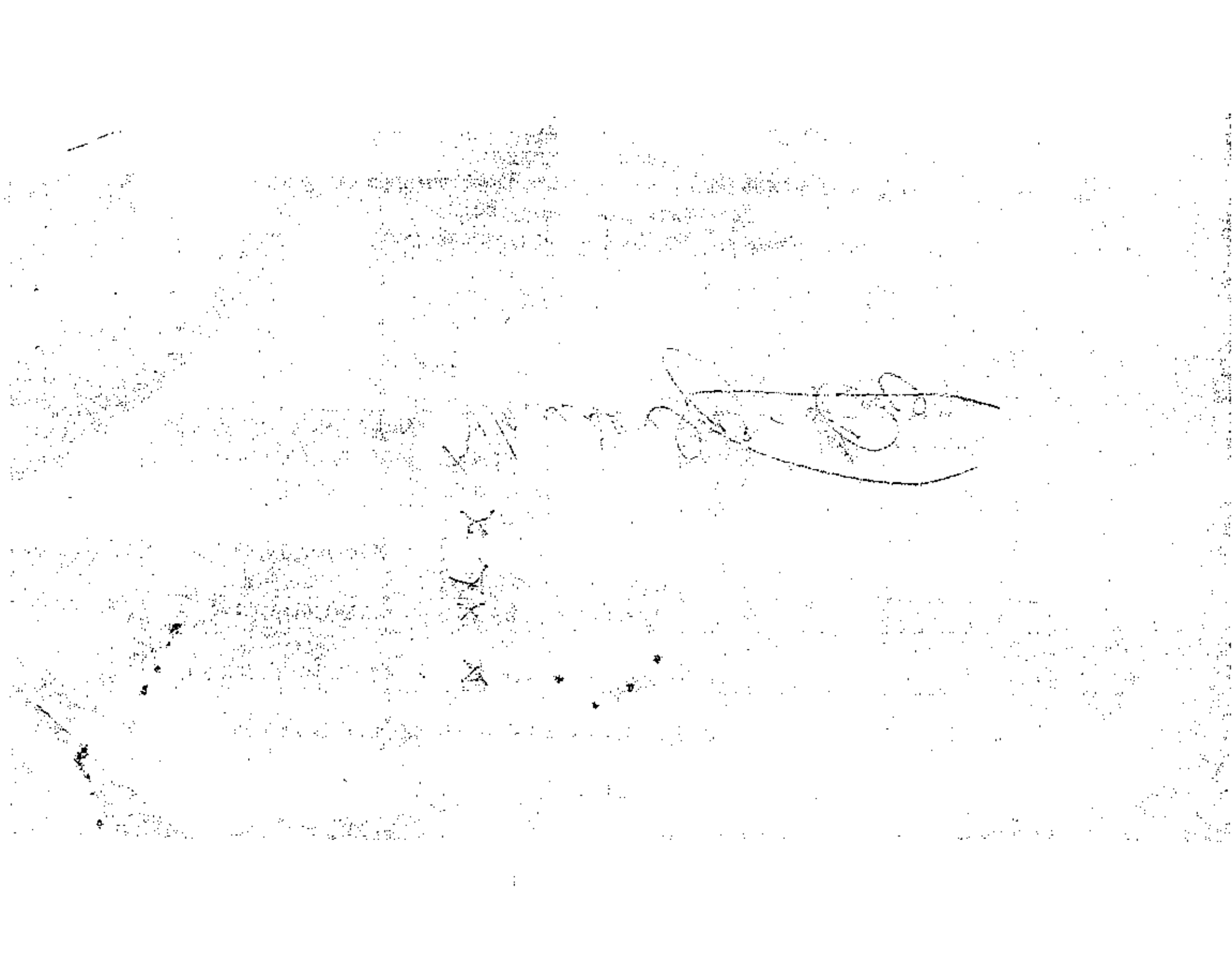
TRM CERVICAL
FRATURA DE C1,
FRANKEL E

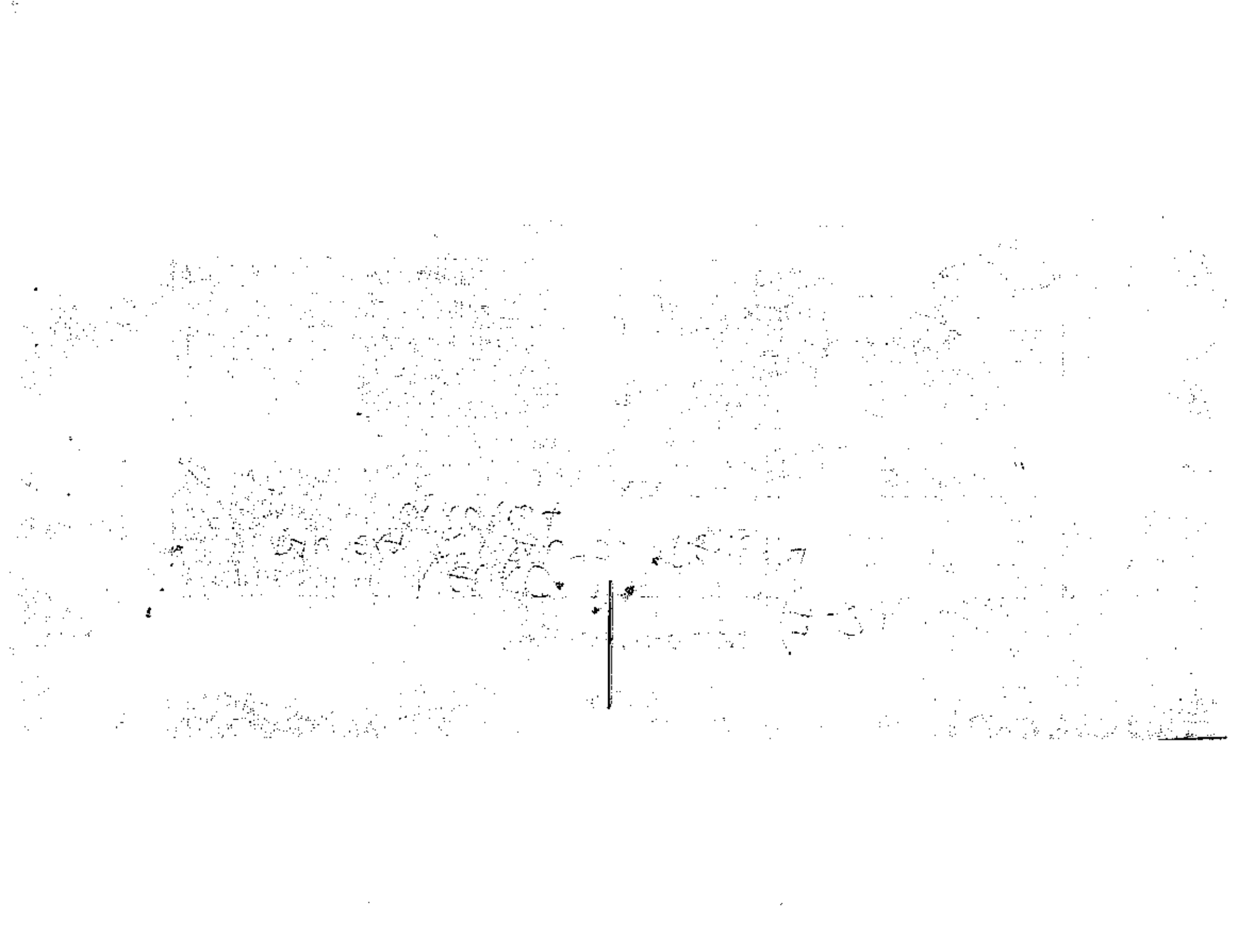
TOMOGRAFIA DE CRÂNIO EVIDENCIANDO FRATURA DE ARCOS POSTERIOR E ANTERIOR DE C1, À ESQUERDA.

CONDUTA:

AGUARDA CIRURGIA COM DR MARCUS WAGNER

ASSINATURA + CARIMBO
Daniel Pereira Dean Ramos







GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

CHECKLIST DE
SEGURANÇA ANESTÉSICA

CARRO DE ANESTESIA TESTADO	☒ SIM	☐ NÃO
LARINGOSCÓPIO	☒ SIM	☐ NÃO
MONITOR MULTIPARÂMÉTRICO	☒ SIM	☐ NÃO
CAPNÓGRAFO	☒ SIM	☐ NÃO
FALTA DE EQUIPAMENTO/MEDICAÇÃO	☐ SIM QUAL?	☒ NÃO
ANESTESISTA RESPONSÁVEL		

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60

[Faint handwritten notes, possibly bleed-through from the reverse side.]

210

7/10

6. 2

2000

1990

49

11

1

(A)

5

✓

3. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b* contents were determined by spectrophotometry using the following equations:

4

1990

PIN 8AM 2 H
E002 801140
ROM 1 897140
ROM 2 898 302



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

CHECKLIST

PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

(7-2)



SETOR DE ORIGEM: <u>NEURO</u>	
NOME: <u>DANIELA DOS SANTOS PEREIRA</u>	
PROCEDIMENTO: <u>EMERGÊNCIA</u>	
☒ AVP: LOCAL: <u>MSD</u>	JELCO Nº: <u>210</u>
☐ AVC	☒ JEJUM
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA ☐ SABONETE PRÓPRIO	
RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ ADORNOS ☒ PERTENCES
ENCAMINHADO: ☒ HEMOG	☐ USG ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO	☐ NÃO SE APLICA
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO	☐ NÃO SE APLICA
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:

CELESTIA P. PEREIRA
COREN-PB 124985

10.03.2015

15:14

RA: 12077000045

T: 372

P: 821214

R: 22

Paciente consciente orientada.
acomode trazendo um doador casual.
afirmar com sim na reação psicológica
Presente. a mãe no apêndice 20.000
apresentando Tumor Tumor. apresentando
um episódio de vômito. w.e.p. 04
e segue as unidades do Equipe.
Foi realizado dentro no visto
e curativo.

José Ferreira Lima

Técnico de Enfermagem

GOBEN

10.03.2015

20:15

PA: 12077000045

Paciente evolui no mesmo quadro
e segue as unidades do Eq.

José Ferreira Lima

Técnico de Enfermagem

GOBEN 12077000045

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/03/2019

Horas: 13:09:54

Médico (a) Diarista : Daniel Pereira Dean Ramos

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845717

Paciente: **DANIELA** **SEM DOCUMENTOS**

Idade: 02019

Sexo:

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 31/12/1969

Admissão: 04/03/2019

Clínica: NEUROBUCA

Enfermaria: 7

Leito: 2

Diagnóstico: TRM C1

DIA 10/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Marcos Wagner De Sousa Porto / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Daniel Pereira Dean Ramos /

Item	Prescrição	Apazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 1D/6D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
3	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	6h f
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	18h - 6h
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA; FAZER SE NECESSÁRIO	
7	CLONIDINA 0,150 MG V.O., 1COMP, PAS > 180 OU PAD > 120	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + AD.EV. 8/8H	54 22 06
9	DIETA ZERO livre.	
10	DECUBITO ELEVADO MANter IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 10/03/2019

HORA: 13:08:33

PO DE ARTRODESE OCCIPITO CERVICAL

FRATURA DE C1

ASIA E

ESTAVEL

SEM INTERCORRÊNCIAS

 ASSINATURA + CARIMBO
 Daniel Pereira Dean Ramos



GOVERNO
DA PARAIBA

Data: 11/03/2019
Hora: 08:37:34
Médico (a) Diarista: Marcos Wagner De Sousa Porto

7-2
newed.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: *Donato* SEM DOCUMENTOS Idade: 02019

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clinica: NEUROBUJO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: TRM C1

DIA 11/03/2019

MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	<i>3/3</i>
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 2D/6D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>3/3</i>
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>3/3</i>
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	<i>3/3</i>
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>3/3</i>
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	<i>3/3</i>
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA. 1AMP + AD.EV. 8/8H	<i>3/3</i>
9	CLONIDINA 0,150 MG V.O. 1COMP. PAS > 180 OU PAD > 120	<i>3/3</i>
10	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Exatidão 20 dias

Fila motor (responsável)

DR. MARCOS WAGNER DE S. PORTO
NEUROCIRURGIÃO

11 MAR 2019

CRM/PB 5652
CREMEPE 14567
SOC. BRAS. NCR

11-03-19
08:00

DA=110X40

Realizados trabalhos no local e no local de trabalho
cerceado, tendo sido colocado o mesmo de acordo
com o plano.

18:00 trabalhos cessam por fim 11-03-19

Kamila Kelly A. Soares
TÉC. ENFERMAGEM I
COREN-PR 150.661

19:30

11-03-19 para 100.00

Para conveniente orientação segue
mm, sem queixas, fica sob
vigilância da equipe 1 Inabella

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasotivas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: (5)	Data da punção 10/03/19
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: ☒ Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: ☒ Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição:	Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5. NECESSIDADES PSICOGESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente consciente e orientado. SSV preservados. Nenhum per. apenso (10/03) por alterações relacionadas a desmulsificação com uso de sds conserv. nível de glicose elevado e uso de Insulina segue aos cuidados da enfermagem.	
Herika Fabrícia Aires ENFERMEIRA COREN-PB 328.530	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 11/03/19 HORA: h	

NOME		Waniela dos Santos				GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE		ENFERMARIA		LEITO:		Hospital de Emergência e Trauma		Dom Luís Gonzaga Fernandes	
H. D.		ADMISSÃO		HORA		FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS			
PROCEDÊNCIA:						DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito			
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpa ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM						Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente			
☐ Hemorragia ☐ Outros:						☐ Edema. Regiões: ☐ Caxifos			
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia						CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
HDA: Paciente evolui em G.G.R. colaborativa a.a.a. Eupneica em V.E./A.A. Usa collar cervical. Força preservada.						CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2			
						☐ Aspição ☐ TMV ☐ Decanulação ☒ Cinesioterapia ☐ MRP			
						☐ Treino de Marcha ☒ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação			
						☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial			
						☒ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação			
						Outros:			
						Observações:			
SV: FC bpm FR irpm PA: SpO2 % T °C									
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo									
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow									
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal Trófico: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal									
Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☐ Normal Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5									
Bloqueios Articulares (Regiões)									
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR									
☒ Eupneico ☒ Sem alterações									
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI ☐ VMI									
O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi %									
☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo l/min									
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraventriculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais									
☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor /4+									
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim						DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: ↓ da Força em MM.II			
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial									
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica									
Ausculta Pulmonar: MUC@ em A.H. x SRA Raio X Tórax:									
TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz									
SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.									
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta									
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha									

Campina Grande,

11, 03, 19

Valdiana R. Mamede Pinheiro
FISIOTERAPEUTA
RÉGISTRO 125.120-1



GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 12/03/2019

Horas: 08:15:59

Médico (A) Discrita: Marcos Wagner De Sousa Porto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clinica: NEUROBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: TRM CI

DIA 12/03/2019

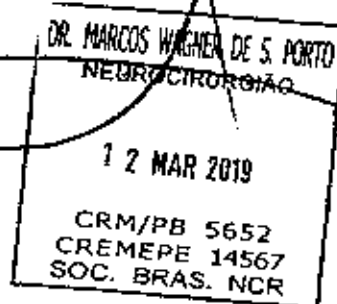
MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto /

Item	Prescrição	Aproçamento
1	DIETA ZERO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 3D/6D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1AMPOLA, 1AMP + AD, EV, 8/8H	
9	CLONIDINA 0,150 MG V.O., 1COMP, PAS > 180 OU PAD > 120	
10	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

f. do Gloriel

with document
del opum jul

M



12/03/12a Doct. novinho bom, conversite, orientado em
pós-graduado em áudio, mantem solidos euicon,
com acervo vasto, segue sem guias, recusas a
medicações (transf.) relatou parhar mal e falou trav
sentiu dor, PA 120/80

12/03/12a 20h30 PA = 70x40 mmHg
clinto evoluí sem febre
momento em melhor das coisas

12/03/12a
12/03/12a
12/03/12a

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Daniela Pereira dos Santos			NEURO	2	7
Data	Hora		Data	Hora	
12/03	8:30	Paciente segue EGB, a.a.a, eup- neica, hipocorada, consciente, coop- erativa, sensibilidade preservada, equilíbrio preservado, pós cirurgia a quatro dias: MV@ S/LA, CD: Sedestações; Exercício de MMSS associados a padrões respiratórios; deambulação.			
12/03		Paciente segue em EGB, consciente, eupneica, a.a.a. FM, sensibilidade, mobilidade global preservada. MV@ em AMT com R.A. CD & Sedestações; treino de sentar e quadril, treino de marcha, orienta- ção espacial.			

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845717 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02/01/19

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clínica: NEUROBUÇO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: TRM C1

DIA 13/03/2019

MÉDICO(A): Marcos Wagner De Sousa Porto / MÉDICO(A): Amauri Pereira Da Silva Filho /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO. 6h/6h	12 18 24 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 4D/6D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA. 6h/6h	12 18 24 06
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	12 24
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA. FAZER SF NECESSÁRIO	SN
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML 1 AMPOLA. 1AMP + AD.EV. 8/8H	12 18 24 06
9	CLONIDINA 0,150 MG VO, 1COMP. PAS > 180 OU PAD > 120	SN
10	DECUBITO ELEVADO MANTER IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	SN
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	SN

P. F. F. F.

F. F. F. F.

Dr. Amauri P. S. Filho
Neurologia/Neurocirurgia
CRM-PB 5273

14.03.19

P. F. F. F.

b. Seca

12h 18h 24h 06h

12h

Dr. Amauri P. S. Filho
Neurologia/Neurocirurgia
CRM-PB 5273

13
03
19

7:40hs - Peta conveniente, orientada, ímpar, suprema, aceita
 ditto 1:00, apresenta f. o. limpa e seca região
 central, em uso de dalas cerimonial, elimina-
 ções presentes, realizando substituição segue aos
 cuidados da enfermagem. Renata

PA - 220x80

14hs - Peta usada a administração da medicação
 Renata. Renata

13
03
19

PA - 220x80 Segue observações da
 enfermagem. J.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Daniela da Silva Registro: Leito: 7-2 Setor Atual: Neuro

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASSGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA Registro: Leito: 7-2 Setor Atual: NEURO

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOFISIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Daniela dos Santos Pereira Registro: Leito: 3-2 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOPATOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Alérgico a dipirona

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Daniela dos Santos P* Registró: Leito: *2-2* Setor Atual: *Admis*

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

Tosse: ☒ Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

NOME				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE				
IDADE		ENFERMARIA	LEITO:		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes			
H. D.		ADMISSÃO	HORA		FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS			

PROCEDÊNCIA:				DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito			
				Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente			
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRPA ☐ Choque ☐ L. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM				☐ Edema. Regiões: _____ ☐ Cefalos			
☐ Hemorragia ☐ Outros: _____				CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia				CD: ☐ THB ☐ TEP (provável) ☐ TEP (provável) ☐ VNI ☐ O2			
RDA:				☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP			
				☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação			
				☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial			
				☐ Posicionamento: _____ ☐ Treino Musc. Pré decanulação			
				Outros: _____			
				Observações:			
SV: FC bpm FR lpm PA: SpO2 % T °C							
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow							
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal Trófico: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal							
Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☐ Normal Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5							
Bloqueios Articulares (Regiões)							
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR							
☐ Eupneico ☐ Sem alterações							
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI _____ ☐ VMI							
O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi %							
☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min							
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tórax supraclaviculares ☐ Tórax intercostais ☐ Tórax subcostais							
☐ Uso da masc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ____ /4+							
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim				DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:			
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial							
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica							
Ausculta Pulmonar: _____ Rato X Tórax: _____							
TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz							
SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim. QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.							
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta							
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha							

Campina Grande,

____/____/____

Fisioterapeuta(CREFITO)

NOME				GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE		ENFERMARIA		LEITO:		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
H. D.		ADMISSÃO		HORA		FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	

PROCEDÊNCIA:				DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito			
				Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente			
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM				☐ Edema. Regiões: _____ ☐ Cacos			
☐ Hemorragia ☐ Outros: _____				CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia				CD: ☐ THB ☐ TEP parcial ☐ TEP total ☐ VNI ☐ O2			
HDA:				☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP			
				☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação			
				☐ Ortostatismos ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial			
				☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação			
				Outros: _____			
				Observações:			
SV: FC bat/m FR irpm PA: _____ SpO2 _____ % T _____ °C							
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow _____							
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal Treflame: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal							
Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☐ Normal Força Muscular (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5							
Bloqueios Articulares (Regiões)							
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR							
☐ Eupneico ☐ Sem alterações							
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI _____ ☐ VMI							
O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi _____ %							
☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo _____ l/min							
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens Intercoastais ☐ Tiragens subcostais							
☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor _____ /4+							
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim _____				DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:			
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial							
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica _____							
Ausculta Pulmonar: _____ Rala X Tórax: _____							
TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectorante ☐ Ineficaz							
SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim. QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.							
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta							
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha							

Campine Grande, _____ / _____ / _____		Fisioterapia/CREFITO	
---------------------------------------	--	----------------------	--

Documentos de Identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
E857.DA6E.733A.12C1

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:05:42 do dia 23/09/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

107.387.594-65

Nome

DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Nascimento

14/10/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.866.951 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/06/2010

NOME DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

FILIAÇÃO ANTONIO DA SILVA PEREIRA
JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

PICUI-PB 14/10/1993

DOC. ORDEM NASC.N.16669 FLS.025V LIV.A-18

CARTORIO PICUI-PB.

CPF

Assinatura: *[assinatura]*
MORA DO SEGRADO CAVALCANTE
ASSISTENTE DE SERVIÇO SOCIAL

LEI Nº 7.116 DE 20/06/88

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura: *Daniela dos Santos Pereira*

Foto: 

Impressão: 

09-09

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0319947/19

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 107.387.594-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/03/2019

Titular do CPF: DANIELA DOS SANTOS
PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DANIELA DOS SANTOS PEREIRA : 107.387.594-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA
CPF: 107.387.594-65

DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 04.03.2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 107.387.594-65

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

CPF do portador:

107.387.594-65

E-mail:

daniela.santos9999@gmail.com

Tel.:

(83) 99634-2493

Data:

03.09.2019

Assinatura

Daniela dos Santos Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

AG - Pizzini - PB

Atendente:

Edim Dantas

Matrícula:

85721458

Data:

03.09.2019

Assinatura

Edim Dantas

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533556 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA C1 COLUNA CERVICAL. PG30,40

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO SEGMENTO C1 COLUNA CERVICAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO C1 COLUNA CERVICAL.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319947/19

Vítima: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 107.387.594-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/03/2019

Titular do CPF: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DANIELA DOS SANTOS PEREIRA : 107.387.594-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: DANIELA DOS SANTOS PEREIRA
CPF: 107.387.594-65

DANIELA DOS SANTOS PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva