



Número: **0817679-85.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **14/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46108325	22/07/2021 12:44	Petição	Petição
46108336	22/07/2021 12:44	2757393_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03	Outros Documentos
46108346	22/07/2021 12:44	2757393_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46109001	22/07/2021 12:44	2757393_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_03	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200071868 Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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

Carta nº 15506093

Pag. 01929/01930 - carta_03 - INVALIDEZ

00050965





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071868

Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

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

Carta nº 15506669





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071868

Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002221**

Conta: **0000026669-7**

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 ASI: 0058337120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSE GAUDÊNCIO 9 - Número: 102 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-090
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 183 98805-6654

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: MÉRCEIA BEATÂNIA DE SOUSA MACEDO
18 - CPF do Representante Legal: 091900504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO 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: 0221 CONTA: 26669 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 10/02/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Mariana Ketlen Sousa Santos*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) *Mércia Beatânia de Sousa Macedo*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019



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 ASI: 0058337120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSE GAUDÊNCIO 9 - Número: 702 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-090
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 183/98805-6654

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: MÉRCEIA BEATÂNIA DE SOUSA MACEDO
18 - CPF do Representante Legal: 091900504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO 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: 0221 CONTA: 26669 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 10/02/2020.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) MÉRCEIA BEATÂNIA DE SOUSA MACEDO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00092.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00092.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 05 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Mércia Betânia de Sousa Macedo**, conhecido(a) por Mercia, CPF nº 091.700.504-06, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Luciene Brito de Sousa e João Batista de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 06/10/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado José Gaudêncio, Nº 161, complemento CASA, bairro Monte Castelo, tendo como ponto de referência Perto do Igreja Católica Sagrado Coração de Jesus, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/19 18:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias), LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.

Objeto(s) Envolvido(s):


(1) Automóvel, UF: PB, características gerais: Veículo de Placa e Condutor Não Identificados Ambos

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

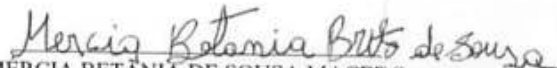
QUANDO ESTAVA NA SUA RESIDÊNCIA RECEBEU UMA LIGAÇÃO LHE INFORMANDO QUE A SUA FILHA MENOR DE NOME "MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO DO TIPO ATROPELAMENTO E TINHA SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS POSTERIORES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Lucena/PB, 05 de fevereiro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-01


MÉRCIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO
Noticiante

Procedimento Policial: 00092.01.2020.1.05.101





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 00092.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00092.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 05 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Mércia Betânia de Sousa Macedo**, conhecido(a) por Mercia, CPF nº 091.700.504-06, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Luciene Brito de Sousa e João Batista de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 06/10/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado José Gaudêncio, Nº 161, complemento CASA, bairro Monte Castelo, tendo como ponto de referência Perto do Igreja Católica Sagrado Coração de Jesus, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/19 18:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Automóvel, UF: PB, características gerais: Veículo de Placa e Condutor Não Identificados Ambos


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA NA SUA RESIDÊNCIA RECEBEU UMA LIGAÇÃO LHE INFORMANDO QUE A SUA FILHA MENOR DE NOME "MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO DO TIPO ATROPELAMENTO E TINHA SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS POSTERIORES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

ADENDO(S):

Que na data 03/03/2020, à(s) 14:38 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: O NOME CORRETO DA FILHA DA DECLARANTE É "MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão, A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00092.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 03 de março de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

MÉRCIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO
Noticiante



Procedimento Policial: 00092.01.2020.1.05.101

2/2





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 ASI: 0058337120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSE GAUDÊNCIO 9 - Número: 101 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-090
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 183 98805-6654

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: MÉRCEIA BEATÂNIA DE SOUSA MACEDO
18 - CPF do Representante Legal: 091900504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO 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: 0221 CONTA: 26669 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 10/02/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Mariana Ketlen Sousa Santos*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) *Mércia Beatânia de Sousa Macedo*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019





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: 005833120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSÉ GAUDÊNCIO 9 - Número: 701 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-090
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98805-6654

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: MÉRCEIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO
18 - CPF do Representante Legal: 091700504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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\$1.000,00 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: 0221 CONTA: 26669 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 10/02/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019



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: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000026669-7

Nr. da Autenticação C41B9E3D963A0DD5



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal emitida de energia elétrica. Nº 004.575.481



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.939-1

DADOS DO CLIENTE

MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA
RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/45678-0

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

06/09/2019

CONSUMO

64

VENCIMENTO

13/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 21,03

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00208.386177 1 80110000002103

Pagador: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA CNPJ/CPF: 091.700.504-06

RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161 - MONTE CASTELO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000208386	000045678201909	13/09/2019	R\$ 21,03	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212444991100000043809517>

Número do documento: 21072212444991100000043809517

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 004.575.481



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.939-1

DADOS DO CLIENTE

MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA
RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/45678-0

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

06/09/2019

CONSUMO

64

VENCIMENTO

13/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 21,03

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00208.386177 1 80110000002103

Pagador: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA CNPJ/CPF: 091.700.504-06

RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161 - MONTE CASTELO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000208386	000045678201909	13/09/2019	R\$ 21,03	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212444991100000043809517>

Número do documento: 21072212444991100000043809517

07/08/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1961904 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: 07/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimentoPACIENTE: MARIANA KETLEN
SOUSA SANTOS, 16 ANOS, SAMU

Endereço: CEP: Nascimento: 31/12/1969

Sexo: F Telefone:

Cidade: Idade: 02/1916 Bairro:

Nome da Mãe: RG: Nº: 0

Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Data de: CNS:

Atend: 07/08/2019 Hora: 19:02:34 CONVENIO: SUS

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisipela subcutânea
10. Esmagamento
11. Exumoso
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura osseas fechada
20. Fratura osseas aberta
21. Hematoma
22. Inguetamento/Vencido
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otite
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sínus de queimadura
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Fratura da tibia e fíbula (Atropelamento)

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADO NICOS

LUTE, epnaga, membros inferiores esguando, co
possível protuberância, mobilizada. Gargal livre. M
trauma craniano e torácico de abcesso da fíbula e
sem lacerações

ALERGIA:

Medicamentos: Neja

PATOLOGIAS: Neja

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas () 07/08/19
Glasgow 15 PA 110 x 80 HGT: - SatO2 -

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias: tórax, crânio e AP e perfil. para E
() Tomografia Computadorizada () Tomografia AP e P

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, atropelado às 19:16 Dia 07/08/19

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Avaliação da neurologia	
2	Avaliação da ortopédia	
3	Toxicologia 30mg + Água destilada EV, água	
4	Dipirona 1g, água (suspensão)	
5	SF 0,9% 500ml EV, água	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

José Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8468

jetohtcg/impreciso.php?contar=1961904&dataatend=2019-08-07&horatend=19:03:54

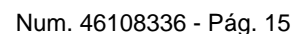
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212444991100000043809517

Número do documento: 21072212444991100000043809517

Num. 46108336 - Pág. 14

10.1.1 <http://projecthitchhiker.org/precis/class.php?contar=1961904&date=2018-08-07&normalend=19-03-54>



Medicine
#Orthopedic #

07/08/19

 $\neq \text{AOR}$

7. Grande vittima di stupro
e violenza con una donna (L)

of saints. my lord
my lord my lord
my lord my lord

Dr: to de 7/1/2010 (K)

17. INTERESTS OF
J. L. L. L.

Daniel Dean
WFOURTH GRADE

Dr. Wagner Falcão
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PP 8643

Paciente sem indicação de cirurgia
pela Cirurgião Geral

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 0643

CD: Alfa Granger Geph
Aus carabos de Ortopedia

SERVICIOS REALIZADOS:

ROGÉRIO PERONICO
CRM 9500

DESTINO DO PACIENTE: / / às / hs

Centro cirúrgico

1. Jalta Hospital / 1. Jalta

A () Decisão Médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL.

1. **Obito**

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº ALH

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TAT. CERV. 12 FRT. DE OSSOS DA PERN. ESQUERDA

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

PRACA DEP. CERV. 4.5 UN. 10F

01

PRACA. CERV. 4.5 x 24

03

" " 4.5 x 28

01

" " 4.5 x 32

01

" " 4.5 x 26

01

" " 4.5 x 36

01

" " 4.5 x 40

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Dr. LUIZ + DR. EVERTON
+ DR. CARLOS LUIZ

Cx 4.5 G. FRT. UNO 116

Cx 12 PRACA 4.5 UNO 314

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PS 8925



17/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-17&contar=1962017&IDC=37900

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/08/2019

Horas: 12:08:51

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F
Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 10
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 17/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR, E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, ICOMP, 6/6H SE DOR	
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
6	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 12:07:59

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO
DIURESE E EVACUAÇÕES +
PACIENTE EM 01 DPO SEM QUEIXAS

CD: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS
RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA,
PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR ORTOPEDIA - 224-MATROLOGIA
CRM - PB 8926

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR ORTOPEDIA - 224-MATROLOGIA
CRM - PB 8926


10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-17&contar=1962017&IDC=37900

1/1




16/08

18:10

Paciente em P.O. Nerv. qui xas de o momento e med:
cada. c. P.M. 
437442

16/08 20:00h P. 4 = 120 x 70.

Paciente evolui consciente e orientada, segue sob
cuidados da enfermagem. 



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Marcos Vinícius Santos</u> <u>24.03.2004</u>						GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		<u>SUS</u>	<u>66 anos</u>	<u>1961011</u>		
CIRURGIA <u>TTC. Cirurgia de emergência</u> ANESTESIA <u>Raquel + Sedativa</u> ANESTESIA <u>Dr. Humberto</u>						
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
<u>Ramon</u>		<u>16.08.17</u>	<u>14h.00'</u>	<u>16h.05'</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<u>01</u>	Bolsa Colostoma		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calet. p/ Oxi.		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<u>05</u>	Calet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
<u>01</u>	Dimore amp. <u>0.2mg</u>		Compressa Grande		Calgut Simples	
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Colonoide		Calgut Simples Sertix	
	Fanegam amp.		Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fenlani ml		Dreno Kerr n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Penrose n°		Ethibond	
	Ketalar ml	<u>01</u>	Dreno Pezzier n°		Ethibond	
<u>01</u>	Mercalina <u>0.5% ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Macrogotas		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	<u>05</u>	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sulupak	
	Protóxido l/m		Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelclon ml	<u>05</u>	Furacim ml		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Mononylon	
	Thionemibutal ml		H.O. ml	<u>04</u>	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
<u>01</u>	Agua Destilada amp.	<u>01</u>	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
<u>01</u>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<u>05</u>	Dipirona amp.	<u>05</u>	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Flaxidol amp.	<u>06</u>	Luvax 7.0		Vicryl Sertix	
	Febocortid amp.	<u>03</u>	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Goramicina amp.		Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Glicose amp.		Luvax 8.5			
	Glucan de Cálcio amp		Oxigênio l/m <u>2 l/min</u>			
	Haemacel ml	<u>05</u>	Poffix			
	Heparema ml	<u>05</u>	PVP Degemante ml <u>0.5mg</u>			
	Karakton amp.	<u>05</u>	PVP Tópico n° <u>1</u>			
<u>01</u>	Leax amp. <u>Tamoxifen</u>	<u>04</u>	Sabão Antisséptico	<u>02</u>	SG Normolermico fr 500 ml	
	Medrolinazol.	<u>03</u>	Saco coletor <u>1x2x2cm</u>		SG Gelado fr 500 ml	
<u>01</u>	Plasi-amp. <u>Naurepiron</u>	<u>03</u>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Prolamina	<u>03</u>	Seringa desc. 20 ml	<u>01</u>	SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp		Seringa desc. 05 ml	<u>04</u>	SG fr 500 ml <u>7/ Luvax</u>	
	Stupanton amp		Sonda			
<u>02</u>	Cefazolina 1g		Sonda killely			
			Sonda Nasogálica			
			Sonda Uretral n°			
			Sierydren ml			
			Torneizinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
<u>02</u>	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
<u>01</u>	Agulha desc. 28 x 28 <u>40x10</u>	<u>01</u>	Latex			
<u>01</u>	Agulha desc. 3 x 4.5	<u>05</u>				
<u>01</u>	Agulha p/ raque n° <u>23</u>	<u>03</u>				
<u>05</u>	Alcool de Enfermagem					
<u>03</u>	Alcool Iodado ml					
	Aladuras de Crepon <u>80cm</u>					
	Aladuras de Gessuda					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
				EQUIPAMENTOS <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxícaplografo <input type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico		
				CIRCULANTE RESPONSÁVEL <u>Marcos Vinícius Santos</u> TUC. Enfermeiro COREN-PA 20011		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212444991100000043809517

Número do documento: 21072212444991100000043809517



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		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Handwritten signature of the anesthesiologist

Assinatura do anestesista






Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Marcus Kedden Sousa Santos	Idade:	16
Convênio:		Data:	16/08/19
Procedimento:	T ^{ra} leir. cl Fixação de Fastum de Tíbia Org		
Cirurgião:	D ^r Courlan	Auxiliar:	D ^r Wigner
		Anestesiata:	D ^r Humberto
Início:	14:00	Término:	16:05
		Anestesia	T ^{ra} que

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesiista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 112



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Wladimir Roberto Souza</u>			IDADE: <u>16a</u>	SEXO: <u>F</u>	COR: <u>-</u>
DATA: <u>16/08/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	UREIA	OUTROS	
					URINA		
AP. RESPIRATÓRIO: <u>MM + 2w ART</u>					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO: <u>MM 21</u>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO: <u>Tjmmzcm</u>			DENTES	PESCOÇO	AP. URMÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATAFAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>13.55</u>				APLICADA ÀS	EFEITO		
AGENTES					INDUÇÃO		
LIQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
CÓDIGOS					Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		
					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
VP. ART. O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO					Outros: _____		
NESTESIA: O - OPERAÇÃO					MANUTENÇÃO		
					1) <u>Cloralfina 2g</u>		
					2) <u>Midazolam 25mg</u>		
					3) <u>gentamicina 10mg</u>		
					4) <u>Diclofenaco 75mg</u>		
					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
					Não, por quê? _____		
					5) <u>D. pinna 3g</u>		
					DESPERTAR		
					Reflexos na SO: _____		
					Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____		
					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
					Outros: _____		
					6) <u>Midazolam 4mg</u>		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					Com cânula: _____		
					Paro o Leito Sim _____ Não _____		
POSICÃO					CONDIÇÕES: _____		
AGENTES							
TÉCNICA					CÂNULAS		
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPPI



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212444991100000043809517

Número do documento: 21072212444991100000043809517

Num. 46108336 - Pág. 23

16/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 16/08/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 153565

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

Número do Atendimento: 1962017 Clin: ORTOPEDIA I / Enf: 8 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data da Internação: 07/08/2019

Atendimento: 1962017

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050608 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2: EUGENIO NETO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTAISA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA DE 10 FUROS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 16/08/2019

Assinatura e Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

Assinatura e Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo
08.08.2019 14:14:14
PB



15.08.19. às 9:00hs PA 100x70

Paciente volui estar consciente orientada
segue os cuidados da enfermagem.

Josilene Dias da
COREN-PB 177.451-TE

15/08/19

às 20:30hs

PA : 120x80 mmHg

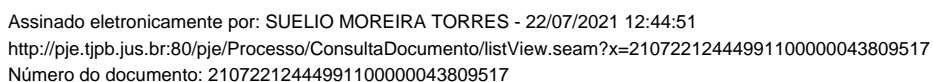
Paciente segue nos
cuidados da enfer-
magem. m. c. p. m.

Ana Maria Cavalcante Faicão
COREN-PB 177.451-TE

A



Rosa Maria B. da Cost.
CURR-PB 1.254.587-15



15/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imp/pevo.php?dataas=2019-08-15&contar=1962017&IDC=37332

GOVERNO
DA PARÁIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F
 Nome da Mãe: MIERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 8
 Clínica: ORTOPEDIA I Enfermeira: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 15/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araujo /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICOMP.	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 34h/24h (ADM AS 22h)	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECURBITO MUDANÇA 2/2H	

DATA: 15/08/2019 HORA: 11:59:38

HD - FRATURA I/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMATISMO NA PERNA ESQ
 DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO
 DIURESE E EVACUAÇÕES +
 NEGA QÜEIXAS

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner Luiz Egídio De Araujo
 MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926

Dr. Wagner Luiz Egídio De Araujo
 MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926

CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 15/08/2019
 Hora: 12:00:12
 Médico (a) Baixista : Wagner Luiz Egídio De Araujo *



14/08/19 - 08h30min - PA: 100x60

Pcte em EGR, consciente e orientada, aberta a tala hoje para verificar a integridade da pele, sem queixas de dor no momento. Segue aos cuidados de enfermagem.

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

D - 14 - 08 - 19

H - 20:00

PA 100 x 70

11-00135688-13800
BMS SANTOS S/A
COREN-PB 958.700-15



14/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-14&contar=1962017&IDC=37067

GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/08/2019

Horas: 11:57:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :***Marina Kethlen Sousa Santos*

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DHI - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 14/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 6/6H SE DOR	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML. S.C. 1SERINGA, 24h 24h (ADM AS 24h)	<i>2x</i>
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	

CONCLUSÃO

DATA: 14/08/2019 HORA: 11:57:42

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
ASSINATURA E CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

13/08/19, Consciente, orientado, aceto dieta, 19 ferido
do P.A. 90 x 60; P-83. Seguem os cuidados.
Uma Ney.

13/08/19 às 20:20hs

PA.: 100x70 mmHg

Paciente segue aos
cuidados da enfer-
magem m. e. p. m.

22:00hs

Paciente com
queixa de dor.
m. e. p. m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

A



17/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

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
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03

Data: 17/08/2019

NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data da Internação: 07/08/2019

Data da Alta: 17/08/2019

Registro: 1962017

Tempo de Permanência: -18116

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050500

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EMPERNA ESQUERDA, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

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

Medicações para Casa: PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DAPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR

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

Condições de Alta: Melhorado

Data: 17/08/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

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

DA VITIMA DA CATEGORIA 03 - 19/08/2019
CPM - PB 6926



REQUISIÇÃO DE EXAM

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DONI LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

31/03/2003

Nome: Maíana Ketlen Souza Souto

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

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO: Rx: pelve AP; coto (E) AP e P; (perno) (E) AP e P; tornozelo (E) AP e P.

URGÊNCIA:	ROTINA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:
-----------	---------	----------------------

Jesse Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8468

RESPOSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



07/08/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1961904 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: 07/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARIANA KETLEN CEP: Nascimento: 31/12/1969

SOUSA SANTOS, 16 ANOS, SAMU

Endereço: Sexo: f Telefone:

Cidade: Idade: 02/1999 Bairro:

Nome da Mãe: RG: N°:0

Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Data de CNS:

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO Atend: 07/08/2019

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS Hora: 19:02:34 CONVÊNIO: SUS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abordagem | 18. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 19. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 20. Hematoma |
| 4. Contusão | 21. Inguetamento Venoso |
| 5. Crepitação | 22. Laceração |
| 6. Dor | 23. Lesão tendão |
| 7. Edema | 24. Luxação |
| 8. Empalme | 25. Mordedura |
| 9. Eritema subcutâneo | 26. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Emagrecimento | 27. Otorrágia |
| 11. Equimose | 28. Paralisia |
| 12. F. Arma branca | 29. Parêntese |
| 13. F. Arma de fogo | 30. Parêntese |
| 14. F. Cortado | 31. Queimadura |
| 15. F. Cortante | 32. Rinite |
| 16. F. Corto-contuso | 33. Sinais de isquemia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 34. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 35. Sinais de isquemia |
| 19. F. Perfuro-cortante | 36. Sinais de isquemia |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Fratura da t.b. e fíbula (Atropelamento)

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS NÍVEIS

LUTE, eupnóica, membros superiores e inferiores esquerdos com
possível fratura, imobilizada. Garganta livre. Não
trauma crânio e refere dor abaxial do joelho.
Sem lacerações

ALERGIA:

Nega
Nega
Nega

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas () 07/08/19

Glasgow 9.5 PA 120 x 80 HGT: - SatO2 -

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias: tórax, coxa e AP e perfil. Perna fr.
() Tomografia Computadorizada () Tomografia AP e P

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR / Ortopedia às 19:16 Dia 07/08/19

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Avaliação da neurologia	
2	Avaliação da ortopedia	
3	Torçoes 30mg + Água destilada EV, agor	
4	Dipirona 1g, agor (suspensão)	
5	SF 0.9% 500ml EV, agor	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8468

tohtcg/impresclassi.php?contar=1961904&dataatend=2019-08-07&horaatend=19:03:51

07/08/2019

GOVERNO
DA PARAIBAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Miel Floriano Peixoto, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 07/08/2019

Paciente: MARIANA KETILLEN SOUSA SANTOS, 16 ANOS, SAMU Idade: 02019 Nº ATEND: 1961904

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 07/08/2019 HORA: 19:03:54

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ATROPELAMENTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: POR CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NAO HAS ()SIM ()NAO

DEF. MOTORA ()SIM ()NAO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ERIGISTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSECLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

HICG-Formulário Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - 192
ENFERMEIRO
acolhimento

Assinado eletronicamente
Assinado eletronicamente
Assinado eletronicamente

PROF. DESTINATÁRIO / FOLHA DE HISTÓRICO

ORTOPEDIA

07/08/19

+ NOME

Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando dor em tornozelo (L)

exame: no exame físico

nota em nota de encaminhamento

Dx: trauma de tornozelo (L)

no exame físico

CT: Entorse de tornozelo (L)

Daniel Dean
CRM-PP 8843

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PP 8843

Paciente sem indicação de cirurgia para Cirurgia Geral

Dr. Alberto Gomes

Aos cuidados do Ortopedista

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

ROGERIO PERONICO
CRM 95060

() Centro cirúrgico () Alta hospitalar / () Exame
() Internação (selec) () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO	CBQ	IDADE

HTCG-Paine! Administrative

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA PA	TEMP FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO
---------	---------	----	---------	--------------------------------	----

ASSINATURA
ENFERMEIRO/COREN

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Allama Gushmân Uchôia
COREN-PB 57513-ENE

Allama Gushmân Uchôia
COREN-PB 57513-ENE



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº ALH

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TAT. CAV. DE FRT. DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
FR. C. DCP C/ALG. 4,5 X 10F		01	
PLACA C/ALG. 4,5 X 25		03	
" " 4,5 X 20		01	
" " 4,5 X 32		01	
" " 4,5 X 20		01	
" " 4,5 X 36		01	
" " 4,5 X 40		01	
/		/	/
/		/	/
/		/	/
/		/	/
/		/	/
/		/	/
/		/	/
/		/	/
/		/	/

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

DR. WAGNER + DR. EVILÂNIO
+ DR. LUIZ

CX 4,5 C. FRAG. 10F 216
CX 1X PLACA 4,5 10F 51V

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Assinatura]

Dr. Wagner Luiz Espino de Araújo
DR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 5925



17/08/2019

10.1.1.148/projetohc/impripevo.php?datasai=2019-08-17&contar=1962017&IDC=37900

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/08/2019

Horas: 12:08:51

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F

Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 10

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 17/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR, E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 6/6H SE DOR	
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
6	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 12:07:59

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO
DIURESE E EVACUAÇÕES +
PACIENTE EM 01 DPO SEM QUEIXAS

CD: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS
RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA,
PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De AraujoDr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - R. 1341
CRM - PB 8926Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - R. 1341
CRM - PB 8926

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>M. Carolina Kallman S. - Santa D. 16-08-1978</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
CIRURGIA T.T.O.	<u>Cirurgia de Comprometimento da Tireoide</u>	<u>SUS</u>	<u>16 anos</u>	<u>10610/1</u>	
ANESTESIA	<u>Raque + Sedação</u>				
INSTRUMENTADORA	<u>Benson</u>	<u>DATA</u>	<u>16-08-19</u>	<u>INÍCIO</u>	<u>FIM</u>
			<u>14h,00'</u>		<u>16h,05'</u>
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	<u>01</u>	Calêl. p' Oxi.		Calgut cromado Serlix
	Atropina amp.		Calêl. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Serlix
	Diazepam amp.	<u>25</u>	Compressa Grande		Calgut cromado Serlix
<u>01</u>	Dimore amp. <u>0,2mg</u>		Compressa Pequena		Calgut Simples
	Dolanina amp.		Colonoide		Calgut Simples Serlix
	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Serlix
	Fenepam amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Serlix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p' osso
	Inova ml		Dreno Pozzer nº		Ethicond
	Ketalar ml	<u>01</u>	Equipo de Macrogotas		Ethibond
<u>01</u>	Mercaina <u>0,5% ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubain amp.		Equipo do Sangue		Fio de Algodão Serlix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix
	Protigmine amp.	<u>03</u>	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak
	Proxido Im		Furacni ml		Fio de Algodão Sutapak
	Quelicin ml	<u>05</u>	Gase Paceto c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H.O. ml	<u>24</u>	Mononylon
	Thionembatul ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrilm amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix
Qtd.	MEDICAÇÕES	<u>01</u>	Lamina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix
<u>04</u>	Agua Destilada amp.		Lamina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix
<u>01</u>	Decadron amp.		Lamina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix
<u>02</u>	Dipirona amp.	<u>05</u>	Luvas 7.0		Vicryl Serlix
	Flaxidol amp.	<u>06</u>	Luvas 7.5		Vicryl Serlix
	Flebocortid amp.	<u>03</u>	Luvas 8.0		Vicryl Serlix
	Gerancicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	<u>30</u>	Oxigenio Im		
	Glucon de Calcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml	<u>05</u>	Rele Degemante ml		
	Heparina ml	<u>05</u>	PVP Topico ml		
	Kanakion amp.	<u>02</u>	Sabao Antiseptico		
<u>01</u>	Levor amp. <u>Toragess</u>	<u>04</u>	Saco coletor		
	Medrolmazol.	<u>02</u>	Seringa desc. 10 ml		
<u>01</u>	Plasf amp. <u>Mauderbach</u>	<u>01</u>	Seringa desc. 20 ml	<u>01</u>	SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	<u>01</u>	Seringa desc. 05 ml	<u>04</u>	SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Suptanon amp.		Sonda foiley		
<u>01</u>	Cefalotina 1g		Sonda Nasogálica		
			Sonda Uretral nº		
			Sterydrom ml		
			Tomeirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Golcon 18		
<u>02</u>	Agulha desc. 28 x 28 <u>40x10</u>	<u>01</u>	Latese		
	Agulha desc. 3 x 4,5	<u>05</u>	<u>2 Litredon</u>		
<u>01</u>	Agulha pl raque nº 23	<u>03</u>	<u>2 Litredon</u>		
<u>05</u>	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
<u>03</u>	Aladuras de Crepon <u>90cm</u>				
	Aladuras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

SOROS	
Qtd.	
<u>02</u>	SG Normotermico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertermico fr 500 ml
<u>01</u>	SG Ringr fr 500 ml
<u>04</u>	SG fr 500 ml

ORTESE E PRÓTESE	
Qtd.	
<u>01</u>	<u>Prtese de membros sup</u>
<u>08</u>	<u>Prtese de membros inf</u>

EQUIPAMENTOS	
(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibriador	() Oxícapiógrato
(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁ





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		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Murilo de Almeida L. Filho
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 7086 - RQE 4582

Assinatura do anestesista



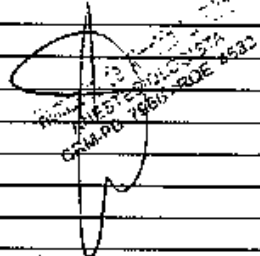


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Mariana Kellen Sousa Santos	Idade:	16
Convênio:		Data:	16/08/19
Procedimento:	TR. lora. cl. Fixação de Fratura de Tíbia Esq.		
Cirurgião:	D ^r Everson	Auxiliar:	D ^r Wagner
		Anestesista:	D ^r Humberto
Início:	14:00	Término:	16:05
		Anestesia:	Torax

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesiista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 153



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Marcelo Roberto Souza</u>			IDADE <u>18a</u>	SEXO <u>F</u>	COR <u>-</u>	
DATA <u>16/08/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO <u>MM + 2w ART</u>					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <u>MM 27</u>					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO <u>Jejum 25h</u>			DENTES	PESCOÇO	AP. UROLOGIA			
ESTADO MENTAL			ATAXIA	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESIA <u>13.55</u>				APLICADA	AS	EFSITO		
AGENTES					INDUÇÃO			
LIQUIDOS					Satisf.: _____ Excl.: _____ Tasse: _____			
CÓDIGOS VAL. O PULSO: O - RESPIRAÇÃO ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					Laringo espasmo: _____ Lenta: _____			
					Náuseas: _____ Vômitos: _____			
					Outros: _____			
					MANUTENÇÃO			
VP. ART. A					1) <u>Difegol 2g</u>			
					2) <u>Midazolam 25mg</u>			
					3) <u>butorfanol 0.1mg</u>			
					4) <u>D-cadex 10g</u>			
					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
					Não, por quê? _____			
					5) <u>D. pin 2g</u>			
					DESPERTAR			
					Reflexos na SO: _____			
					Obstr.: _____ Co.: _____ Excl.: _____			
					Náuseas: _____ Vômitos: _____			
					Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>Aspirar + anteceder de 2-3 seg de</u>				6) <u>Midazolam 1mg</u>			
POSICÃO	<u>supino, pernas 5 e 13-16 em grau</u>				Com cânula: _____			
AGENTES	<u>255 Durek, 1 litro de chlo, 10ml de</u>				Paro o Leito Sim _____ Não _____			
TÉCNICA	<u>apneia 2</u>				CONDIÇÕES: _____			
OPERAÇÃO					<u>255 Durek 30g</u>			
COMPLICAÇÕES					<u>respiração 75g</u>			
ANESTESISTAS	<u>Marcelo Souza</u>				<u>+ infusão 25g</u>			
OBSERVAÇÕES					CÂNULAS			
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212444991100000043809517

Número do documento: 21072212444991100000043809517

Num. 46108336 - Pág. 43

16/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo

CNPJ: 08.778.265-0038-52
Data: 16/08/2019



GOVERNO
DA PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

Número do Prontuário: 153565

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

Número do Atendimento: 1962017 Clín: ORTOPEDIA I / Enf: 8 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data da Internação: 07/08/2019

Atendimento: 1962017

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050608 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2: EVERIAN ALVES

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTAISA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA DE 10 FUROS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 16/08/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo
CRM 10.148/148/projetohitcg/improdscrit.php?ID=3381&contar=1962017





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <u>Joséildo do Rocio Pereira</u>					
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h			
SETOR:		LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
ST. GAS. ROINTEATINAL: (JETTA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA: <u>140/80</u>	T: <u>36,9</u>	FR: <u>75</u>	FC: <u>75</u>	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:
<input type="checkbox"/> NÁUSEA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO			
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:
<input type="checkbox"/>					CD/FR:
<input type="checkbox"/>					CD/FR:
<input type="checkbox"/>					CD/FR:
					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
					FR: FATOR RELACIONADO
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).					
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					

MOD 125



15/08/2019

10.1.1.148/projeletohcg/imp/pevo.php?data=2019-08-15&conta=1962017&IDC=37332

GOVERNO
DA FORTALEZA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F
 Nome da Mãe: MIERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 8
 Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 15/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araújo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICOMP.	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 34h/24h (ADM AS 22h)	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECUBITO MUDANCA 2h	

DATA: 15/08/2019 HORA: 11:59:38

HD - FRATURA I/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
 DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO
 DIURSE E EVACUAÇÕES +
 NEGA QÜEIXAS

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner Luiz Egídio De Araújo
 MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926

Dr. Wagner Luiz Egídio De Araújo
 MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926



14/08/19 - 08h10min - PA: 100x60

Pcte em EGR, consciente e orientada, aberta a tala
hoje para verificar a integridade da pele, sem
queixas de dor no momento. Segue aos cuida-
dos de enfermagem.

Kelly Fernanda N. Mota
TÉC. ENFERMAGEM
CORRUB 599.638

D - 14 - 08 - 19

H - 20:00

P.A 100 x 70

31-00199680-13860
CORRUB 08 958.700-15
SUS SÓBRES SÓB BUREAU



17/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0001-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME : Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data da Internação: 07/08/2019

Data da Alta: 17/08/2019

Registro: 1962017

Tempo de Permanência: -18116

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050500

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EMPERNA ESQUERDA, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

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

Medicações para Casa: PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR

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

Condições de Alta: Melhorado

Data: 17/08/2019

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz Egito De Araujo

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

Wagner Luiz Egito De Araujo
CRM - PB 6926





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Maruana Ketlen Sousa Souto

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

21/03/2009

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

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO: Rx: pelve AP; coxa (E) AP e P; (perna (E) AP e P; tornozelo (E) AP e P.

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8496

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSP - DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA F. ANDRES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Alcena Viana Gomes

PRONTUÁRIO:

1121

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Handwritten notes and stamps in the clinical data section.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx do Tor (E.M.S.)

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	18/08/15	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Handwritten signature and stamp of the responsible physician.

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



14/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-14&contar=1962017&IDC=37067

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/08/2019

Horas: 11:57:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Mariana Ketlen Sousa Santos

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DHI - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 14/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 6/6H SE DOR	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 2h)	<i>20</i>
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECUBITO MUDANCA 2/2H	

OLUÇÃO

DATA: 14/08/2019 HORA: 11:57:42

HD - FRATURA L3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ASSINADO ELETRONICAMENTE
Wagner Luiz Egito De Araujo



13/08/2019

10.1.1.148/projetohctg/imprimevo.php?datasai=2019-08-13&contar=1962017&IDC=36779

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/08/2019

Horas: 12:53:23

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DHI - 6

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 13/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	<i>5 IN</i>
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 6h SE DOR	<i>5 IN</i>
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>5 IN</i>
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	<i>5 IN</i>
5	DECUBITO MUDANCA 2/2H	<i>11</i>

FOLHA LUCÃO

DATA: 13/08/2019 HORA: 12:53:15

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo
MIL. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

12/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-12&contar=1962017&IDC=36481

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.196/0001-55

Data: 12/08/2019

Horas: 11:56:37

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 **Paciente:** SEM DOCUMENTOS **Idade:** 02019 **Sexo:****Nome da Mãe:** **Data de Nascimento:** 31/12/1969 **Admissão:** 07/08/2019 **DHI:** 5**Clinica:** ORTOPEDIA 1 **Enfermaria:** 8 **Leito:** 3 **Diagnóstico:** FX OSSOS DA PERNA E

DIA 12/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	1/2 2/2
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	1/4 2/2 3/2
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/2 2/2
	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	1/2 2/2
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	1/2
7	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	

EVOLUÇÃO

DATA: 12/08/2019 HORA: 11:56:23

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ASSINADO ELETRONICAMENTE
Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/08/2019

Horas: 16:09:33

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F

Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 9

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA F

DIA 16/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	✓
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 6/6H SE DOR	5/6H
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	23
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	ATI
1	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	C.

EVOLUÇÃO

DATA: 16/08/2019 HORA: 16:08:26

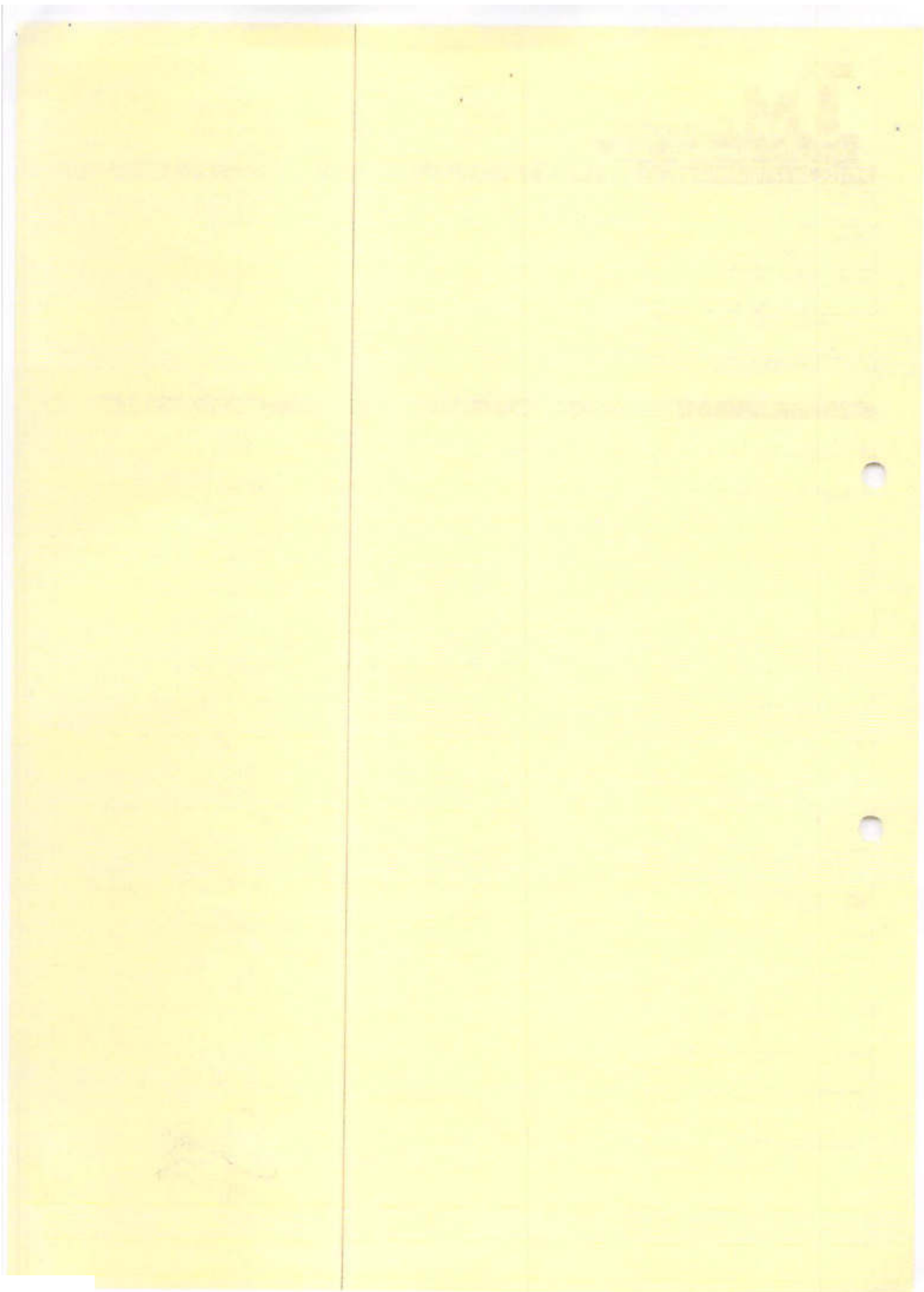
PACIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO SEM INTERCORRENCIAS

CD: ANTIBIOTICOPROFILAXIA

RX DE CONTROLE

DIETA POS RPA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De AraújoDR. WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO
MR. ORTOPEDIA - 13AL PATOLOGIA
CRM - PB 8925



07/08/2019

10.1.1.148/projetohctg/imprimevo.php?datasai=2019-08-07&contar=1962017&IDC=35174

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/08/2019

Horas: 22:53:31

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1962017

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017

Paciente: SEM DOCUMENTOS

Idade: 02019

Sexo:

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 31/12/1969

Admissão: 07/08/2019 DIH - 0

Clínica: AMARELA

Enfermaria: 10

Leito: 5

Diagnóstico: FRATURA 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA ESQ

DIA 07/08/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	529
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1 FRASCO, 12h/12h	1
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	00
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	00

EVOLUÇÃO

DATA: 07/08/2019 HORA: 22:23:08

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

COND

RX PERNA 2 INC

TERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

SOLICITADO EXAMEAS

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

08/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-08&contar=1962017&IDC=35190

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/08/2019

Horas: 06:35:27

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE:**

Nº do prontuário: 1962017

Paciente: *Mariana Ketlen* **SEM DOCUMENTOS**

Idade: 02/019

Sexo:

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 31/12/1969

Admissão: 07/08/2019 DIH - 1

Clínica: AMARELA

Enfermaria: 10

Leito: 5

Diagnóstico: FRATURA 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA ESQ

DIA 08/08/2019

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

Item	Prescrição	ATT	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	ATT	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	12	22
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	12	22 26
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12	22 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	26	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA		

EVOLUÇÃO

DATA: 08/08/2019 HORA: 06:34:36

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

COND

INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

LICITADO EXAMES EM ANDAMENTO

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



09/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-09&contar=1962017&IDC=35484

GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/08/2019

Horas: 00:38:29

Médico (a) Diarista: Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: *Mariana* SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DIH - 2

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA ESQ

DIA 09/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	<i>12-24</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	<i>14-22-06</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>12-24</i>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	<i>06</i>
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	<i>e.T.</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 09/08/2019 HORA: 00:38:05

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

COND

INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO
AGUARDANDO PRE OPASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro



GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 10/08/2019
Horas: 07:37:35
Médico (a) Diarista: Ywry De Paiva Camara

4

8-3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

MARIANA KETLEN SOUSA Santos

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 16 anos.

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

Clinica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 5 Diagnóstico: FX 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA E

DIA 10/08/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	CT
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	18.06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	14.28.06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12.06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	CT
7	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	CT

3º DIH

BEG, efetivo, si quixas no momento.
Dura 12 (+) E+C: (-) 3d.
ENV = OK

Cd: Upm
= Apronta cirurgia

Dr. Ywry De Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PP 15.887



11/08/2019

10.1.1.148/projeto/itcg/imp/pevo.php?data=2019-08-11&contar=1962017&IDC=36110

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/08/2019

Horas: 08:55:38

Médico (a): Wagner Luiz Egídio De Araújo

GOVERNO
DO ESTADO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1962017

Paciente: SEM DOCUMENTOS

Idade: 02019

Sexo:

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 31/12/1969

Admissão: 07/08/2019

DIH - 4

Clínica: ORTOPEDIA I

Enfermaria: 8

Letto: 3

Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

Dia 11/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araújo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD.	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	Diluir em 100 ML SF	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
9	DECBITO MUDANÇA 2/2H	

EVOLUÇÃO

DATA: 11/08/2019 HORA: 08:55:10

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ

DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egídio De Araújo

Dr. Wagner Luiz Egídio De Araújo
CRM - PF 8026
MR. ORTOPEDIA - 122222222222

10.1.1.148/projeto/itcg/imp/pevo.php?data=2019-08-11&contar=1962017&IDC=36110

1/1

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Mariana Ketlen</u>			
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>85</u>	
SETOR: <u>Ortopedia 3</u>		LEITO: <u>8-3</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Fx V3 Mão + tibia (C)</u>			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÁMBULA <input checked="" type="checkbox"/> DEÁMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA):	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NAUSEA	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DEFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>12/12/05</u>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 A DL/ MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>12/12/05</u>	

SACD 125



[illegible]

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:
 Assinatura: [Assinatura]
 Carimbo: [Carimbo]

DATA: 13/08/19 HORA: 09:30

INTERCORRENCIAS

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

RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

() Ausência de familiares/visita () Outros:

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

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

AVELTAMENTO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

(X) Preservado () Insônia () Sono interrompido. Observações:

SONO E REPOUSO

Limite físico: (X) Acamado (X) Cadeira de rodas () Outro:

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

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

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo em: Retirado em: Curativo em:

Dreno: () Tipo/Aspecto: Local/Aspecto:

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:

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

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

Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: Observações:

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

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

RHA: (X) Normotativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose (X) Outros: [Assinatura]

Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: 1/1

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Drugs vasotivas: () Quais?

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

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: MARINHA KATIA Registro: 0803 Leito: 0803 Setor Atual: UWPH

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:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mídricas () Miotécicas

Mobidade Física: (x) Preservada () Paralisia () Plegia () Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

(-) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva

Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Data da inserção do dreno / /

Aspecto da drenagem torácica:

Gaseometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

SEGURANÇA FÍSICA

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


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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  **DATA:** 14/08/19 **HORA:** 8:00

INTERCORRÊNCIAS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

5 - Necessidades Psico-Emocionais

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

6 - Necessidades Sociais

SONO E REPOUSO

CUIDADO CORPORAL

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Segurança

Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular ()

Drogas vasodilatadoras: () Quais?

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

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

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

Alimentação e Eliminações (Intestinal e Urinária)

Tipos somáticos: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

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

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data:

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

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

RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação Intestinal: () Normal () Líquida () Consípida há dias () Outros:

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

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

Coloração da pele: () Normocrorada () Hipocrorada () Ictérica () Cianótica **Turgor da pele:** () Preservado

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:

Dreno: () Tipo/Aspecto:

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

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

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

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

Preservado () Insônia () Dormiu durante o dia () Sono interrompido. Observações:

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

7 - Necessidades Psico-Emocionais

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Paciente com Fratura MTC, por uso de Talco, aguarda cirurgia.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: *Maria Sônia de Almeida* Registro: *8* Letto: *3* Setor Atual: *UTI*

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:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

() Eupneia () Taquipneia () Bradipneia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____

DATA: 16/08/15 HORA: _____

INTERCORRÊNCIAS

Religião / religiosidade e/ou espiritualidade

5. INTERCORRÊNCIAS PSICOPATOLÓGICAS

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

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

6. INTERCORRÊNCIAS PSICOPATOLÓGICAS

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

SONO E REPOUSO

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: () Estágio: _____

Draino: () Tipo/Aspecto: _____

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____

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

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

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: _____

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

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

RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

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

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: _____ Data: _____

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção: 15/08/15

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

Drogas vasculares: () Quais?

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

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



07/08/2019

HTCG-Panel Administrativo

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1961912 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: 07/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimentoPACIENTE: MARIANA KEDLEN
SOUSA SANTOS

CEP: 58400002

Nascimento: 22/03/2003

Endereço: DEPUTADO JOSE GAUDENCIO

Sexo: F

Telefone: 986092485

Cidade: Campina Grande

Idade: 016

Bairro: MONTE CASTELO

Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E
SOUSA

RG: 4543109

Nº: 161

CPF: 14464700403

Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

Data de

CNS: 52145201458

Estado Civil:

Atend: 07/08/2019

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Hora: 19:07:41

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Abusão | 19. Fratura osseofechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura ossea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria de Vento |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendínea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Enfisema | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento tóxico paradoxal |
| 10. Emagrecimento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otite |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestesia |
| 14. F. Cortado | 32. Paratendão |
| 15. F. Cortante | 33. Quelimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-cortado | 35. Sinal de fraqueza |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADO: NÍCOS

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:

jetohtcg/imprecia-usi.php?contato=1961912&dataatend=2019-08-07&horaatend=19:11:42

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212444991100000043809517

Número do documento: 21072212444991100000043809517

Num. 46108336 - Pág. 69

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234




Mariana Kedlen Sousa Santos

ASSINATURA DOTITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.543.109

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/07/2016

MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

RELACÃO

JOSE EMERSON PEREIRA DOS SANTOS

MERCIA BETÂNIA BRITO E SOUSA

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO 22/03/2003

COD. ORIGEM

CERT. NASC. Nº5692 - LIV 06 - FLS 230 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE PB

CNPJ 144.847.004-03

Assinatura eletrônica

LEI Nº 6.719/93 DE 29/08/93



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.254.828 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/09/2009

NOME MÉRICA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA DE SOUZA
LUCIENE BRITO DE SOUSA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 06/10/1985

DOC ORDEM CASAM N.042189 PLS.000033 LIV.B86B

CARTORIO 1 CAMPINA GRANDE-PB

CPF 091.700.504-06

Idade Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 P-917

Assinatura de Mérica de Sousa Macedo

Assinatura do Titular

Imagem do Titular

Imagem da Impressão Digital

MÉRICA. MÃE DE MARIANA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071868 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 07/08/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TERÇO MÉDIO DA TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P1/6/7/9/10/11/13/29_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058317/20

Número do Sinistro: 3200071868

Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

CPF: 144.647.004-03

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 07/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020
Nome: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA
CPF: 091.700.504-06

MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200071868 Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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

Carta nº 15506093

Pag. 01929/01930 - carta_03 - INVALIDEZ

00050965





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071868

Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

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

Carta nº 15506669





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071868

Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002221**

Conta: **0000026669-7**

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 ASI: 0058337120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSE GAUDÊNCIO 9 - Número: 102 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-090
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 183/98805-6654

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: MÉRCEIA BEATÂNIA DE SOUSA MACEDO
18 - CPF do Representante Legal: 091900504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO 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: 0221 CONTA: 26669 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 10/02/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019



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 ASI: 0058337120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSE GAUDÊNCIO 9 - Número: 102 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-090
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 183/98805-6654

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: MÉRCEIA BEATÂNIA DE SOUSA MACEDO
18 - CPF do Representante Legal: 091900504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO 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: 0221 CONTA: 26669 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 10/02/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00092.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00092.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 05 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Mércia Betânia de Sousa Macedo**, conhecido(a) por Mercia, CPF nº 091.700.504-06, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Luciene Brito de Sousa e João Batista de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 06/10/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado José Gaudêncio, Nº 161, complemento CASA, bairro Monte Castelo, tendo como ponto de referência Perto do Igreja Católica Sagrado Coração de Jesus, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/19 18:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias), LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.

Objeto(s) Envolvido(s):


(1) Automóvel, UF: PB, características gerais: Veículo de Placa e Condutor Não Identificados Ambos

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

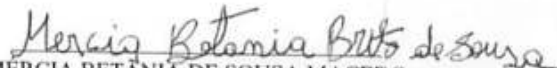
QUANDO ESTAVA NA SUA RESIDÊNCIA RECEBEU UMA LIGAÇÃO LHE INFORMANDO QUE A SUA FILHA MENOR DE NOME "MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO DO TIPO ATROPELAMENTO E TINHA SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS POSTERIORES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Lucena/PB, 05 de fevereiro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0


MÉRCIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO
Noticiante

Procedimento Policial: 00092.01.2020.1.05.101





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 00092.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00092.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 05 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Mércia Betânia de Sousa Macedo**, conhecido(a) por Mercia, CPF nº 091.700.504-06, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Luciene Brito de Sousa e João Batista de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 06/10/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado José Gaudêncio, Nº 161, complemento CASA, bairro Monte Castelo, tendo como ponto de referência Perto do Igreja Católica Sagrado Coração de Jesus, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/19 18:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Automóvel, UF: PB, características gerais: Veículo de Placa e Condutor Não Identificados Ambos


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA NA SUA RESIDÊNCIA RECEBEU UMA LIGAÇÃO LHE INFORMANDO QUE A SUA FILHA MENOR DE NOME "MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO DO TIPO ATROPELAMENTO E TINHA SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS POSTERIORES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

ADENDO(S):

Que na data 03/03/2020, à(s) 14:38 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: O NOME CORRETO DA FILHA DA DECLARANTE É "MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão, A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00092.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 03 de março de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-9

MÉRCIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO
Noticiante



Procedimento Policial: 00092.01.2020.1.05.101

2/2



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 ASI: 0058337120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSE GAUDÊNCIO 9 - Número: 102 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-090
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 183/98805-6654

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: MÉRCEIA BEATÂNIA DE SOUSA MACEDO
18 - CPF do Representante Legal: 091900504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO 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: 0221 CONTA: 26669 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 10/02/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): MÉRCEIA BEATÂNIA DE SOUSA MACEDO

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019





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: 005833120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSÉ GAUDÊNCIO 9 - Número: 701 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-090
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98805-6654

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: MÉRCEIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO
18 - CPF do Representante Legal: 091700504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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\$1.000,00 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: 0221 CONTA: 26669 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 10/02/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019

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: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000026669-7

Nr. da Autenticação C41B9E3D963A0DD5



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal emitida de energia elétrica. Nº 004.575.481



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.939-1

DADOS DO CLIENTE

MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA
RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/45678-0

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

06/09/2019

CONSUMO

64

VENCIMENTO

13/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 21,03

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00208.386177 1 80110000002103

Pagador: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA CNPJ/CPF: 091.700.504-06

RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161 - MONTE CASTELO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000208386	000045678201909	13/09/2019	R\$ 21,03	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212445320200000043810125>

Número do documento: 21072212445320200000043810125

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 004.575.481



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.939-1

DADOS DO CLIENTE

MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA
RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/45678-0

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

06/09/2019

CONSUMO

64

VENCIMENTO

13/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 21,03

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00208.386177 1 80110000002103

Pagador: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA CNPJ/CPF: 091.700.504-06

RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161 - MONTE CASTELO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000208386	000045678201909	13/09/2019	R\$ 21,03	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212445320200000043810125>

Número do documento: 21072212445320200000043810125

07/08/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1961904 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: 07/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimentoPACIENTE: MARIANA KETLEN
SOUSA SANTOS, 16 ANOS, SAMU

Endereço: CEP: Nascimento: 31/12/1969

Sexo: F Telefone:

Cidade: Idade: 02/1916 Bairro:

Nome da Mãe: RG: Nº: 0

Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Data de Data de: 07/08/2019

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Enfisema
11. Exumose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura osseas fechada
20. Fratura osseas aberta
21. Hematoma
22. Inguetamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorria
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paratetania
33. Queimadura
34. Rinite aguda
35. Sinais de queimadura
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

Fratura da tibia e fíbula (Atropelamento)

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADO NÍCOS

LUTE, epnaga, membros inferiores esguando, co
possível protuberância, mobilizada. Gargal livre. M
trauma craniano e Tórax de dorso do Joelho E.
Sem lacerações

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 15 PA 110 x 80 HGT: - SatO2 -

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, atropelado às 11:16 Dia 07/08/19

Especialista: / / às / / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Avaliação da neurologia	
2	Avaliação da ortopedia	
3	Taxigone 30mg + Água destilada EV, água	
4	Dipirona 1g, água (suspensão)	
5	SF 0,9% 500ml EV, água	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

José Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8468

<http://jetohtg/imprensa.php?contar=1961904&dataatend=2019-08-07&horatend=19:03:54>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212445320200000043810125>

Número do documento: 21072212445320200000043810125

Num. 46108346 - Pág. 14

GOVERNO DA PARAIBA

HTCG-Panel Administrativo

Número do documento: 21072212445320200000043810125

EXAMATÓRIO/CONTATO/PROCURA MÉDICA

#01506124

07/08/19

11067

Paciente vítima de atropelamento
apresentando lesões em membros inferiores

Dr. da Silva

CRM: 123456789
R. Silva

Exame físico: sem lesões
apresentando lesões em membros inferiores
na região do tornozelo

Daniel Dean
Atendimento
CRM: 123456789

Paciente sem indicação de cirurgia
para Cirurgia

Dr. Wagner Falcão
CRM: 123456789

DESTINO DO PACIENTE

SERVIÇOS REALIZADOS:

ROGÉRIO PERONICO

CRM 95030

CBO

BADE

Centro cirúrgico

Alta hospitalar

Alta médica

Internação (Setor)

Decisão Médica

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº ALH

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TAT. CERV. 12 FRT. DE OSSOS DA PERN. ESQUERDA

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

PRACA DEP CERVICA 4.5 UN. DE

01

PRACA CORRIG. 4.5 x 24

03

" " 4.5 x 28

01

" " 4.5 x 32

01

" " 4.5 x 26

01

" " 4.5 x 36

01

" " 4.5 x 40

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Dr. LUIZ + DR. EVARISTO
+ DR. CARLOS LUIZ

Cx 4.5 G. FRT. UNO 216

Cx UN. PRACA 4.5 UNO 312

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PS 8925



17/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-17&contar=1962017&IDC=37900

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/08/2019

Horas: 12:08:51

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F
Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 10
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 17/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR, E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, ICOMP, 6/6H SE DOR	
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
6	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 12:07:59

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO
DIURESE E EVACUAÇÕES +
PACIENTE EM 01 DPO SEM QUEIXAS

CD: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS
RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA,
PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR ORTOPEDIA - 124-MATOLÓGIA
CRM - PB 8926

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR ORTOPEDIA - 124-MATOLÓGIA
CRM - PB 8926


10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-17&contar=1962017&IDC=37900

1/1




16/08

18:10

Paciente em P.O. Nerv. qui xas de o momento e med:
cada c. P.M. 
437442

16/08 20:00h P. 4 = 120 x 70.

Paciente evolui consciente e orientada, segue sob
cuidados da enfermagem. 



NOTA DE SALÀ - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Marcelo Kellian Silva Santos</u> <u>26.02.2007</u>						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
CIRURGIA <u>TTC - Curgião: Dr. Wagner</u>				CIRURGIÃO <u>Dr. Wagner</u>			
ANESTESIA <u>Raque - Sedação</u>				ANESTESIA <u>Dr. Wagner</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Raque</u>		DATA <u>16.08.11</u>	INÍCIO <u>14h00</u>	FIM <u>16h05</u>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calef. p. Oxi.		Calgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Calgut cromado Sertix		
<u>01</u>	Dimore amp. <u>0,2mg</u>		Compressa Pequena		Calgut Simples		
	Dolantina amp.		Colonoide		Calgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pozzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
<u>01</u>	Mercalina <u>0,5% ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.		Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak		
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak		
	Quelclm ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardiaca		
	Rapifen amp.		H.O. ml	<u>04</u>	Mononylon		<u>4-0</u>
	Thionemibutal ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
<u>04</u>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
<u>01</u>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
<u>02</u>	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Fiebo cortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Goramicina amp.		Luvas 8.5		Vicryl Sertix		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix				
	Haemacel ml		Pasta Degemante ml				
	Heparina ml		PVP Topico nº				
	Kanakron amp.		Sabão Antiséptico				
<u>01</u>	Laser amp. <u>Laser</u>		Saco coletor				
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml				
<u>01</u>	Piacl amp. <u>Maunder</u>		Seringa desc. 20 ml				
	Prolamita		Seringa desc. 05 ml				
	Revivan amp.		Sonda				
	Stuptanon amp.		Sonda kelly				
<u>02</u>	Cefadotina 1g		Sonda Nasogástrica				
			Sonda Uretral nº				
			Sieridrom ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
<u>03</u>	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
<u>01</u>	Agulha desc. 28 x 28 <u>40x10</u>		Látex				
<u>01</u>	Agulha desc. 3 x 4,5						
<u>01</u>	Agulha pl raque nº <u>23</u>						
<u>03</u>	Alcool de Enfermagem						
	Alcool Iodado ml						
<u>03</u>	Aladuras de Crepon <u>20cm</u>						
	Aladuras de Gessoda						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						
				EQUIPAMENTOS			
				<input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxícapnógrafo <input type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fone de Luz <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico			
CIRCULANTE RESPONSÁVEL							



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		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Handwritten signature of the anesthesiologist

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Mariana Kedden Sousa Santos	Idade: 16
Convênio:	Data: 16/08/19
Procedimento: T ^{ra} leir. cl Fixação de Fastum de Tíbia Esq.	
Cirurgião: D ^r Courlan	Auxiliar: D ^r Wagner
	Anestesista: D ^r Humberto
Início: 14:00	Término: 16:05
	Anestesia: Raquel

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

MOD. 143



16/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 16/08/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 153565

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

Número do Atendimento: 1962017 Clin: ORTOPEDIA I / Enf: 8 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data da Internação: 07/08/2019

Atendimento: 1962017

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050608 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2: EUGENIO NETO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTAISA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA DE 10 FUROS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 16/08/2019

Assinatura e Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

Assinatura e Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo
08.08.2019 - 16/08/2019
PB



15.08.19 às 9:00hs PA 100x70

Paciente volu total consciente orientada
segue os cuidados da enfermagem.

Josilene Dias da
COREN-PB 177.451-TE

15/08/19

às 20:30hs

PA : 120x80 mmHg

Paciente segue nos
cuidados da enfer-
magem. m. c. p. m.

Ana Maria Cavalcante Faicão
COREN-PB 177.451-TE

A



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: <u>Joséildo da R. de Doreira</u>									
IDADE:	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	às	:	h
SETOR:					LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:						
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO	NORMOPOTENSO	HIPERTENSO						
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE	INCONSCIENTE	ORIENTADO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO	TAQUIPÊNICO	EUPNÉICO	BRADIPNÉICO					
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL	POLÚRIA	OLIGÚRIA	SVD					
MOBILIDADE:	DUSÚRIA	CISTOSTOMIA	ANÚRIA						
	DEÂMBULA	DEÂMBULA C/ APOIO	ACAMADO	S/ DEFICITE MOTOR					
	TETRAPLEGIA	HEMIAPLEGIA	PAREZIA	RESTRITO NO PEITO					
ST. GAS. ROINTEATINAL (JETEA)	VO	SNG	SNE						
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO	DESNUTRIDO	OBESO	CAQUÉTICO					
DADOS VITAIS:	PA: 140/60	T: 36,9	FR: 75	FC: 75	PESO:				
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:				
<input type="checkbox"/>					CD/FR:				
<input type="checkbox"/>					CD/FR:				
<input type="checkbox"/>					CD/FR:				
					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA				
					FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.									
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.									
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.									
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).									
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.									
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

MOD 125



[illegible]

GOVERNO



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F
 Nome da Mãe: MIERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 8
 Clínica: ORTOPEDIA I Enfermeira: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 15/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araujo /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICOMP.	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 34h/24h (ADM AS 22h)	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	

DATA: 15/08/2019 HORA: 11:59:38

HD - FRATURA I/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATRÓPELAMENTO COM TRAUMATISMO NA PERNA ESQ
 DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO
 DIURSE E EVACUAÇÕES +
 NEGA QÜEIXAS

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner Luiz Egídio De Araujo
 MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926

Dr. Wagner Luiz Egídio De Araujo
 MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926

14/08/19 - 08h30min - PA: 100x60

Pcte em EGR, consciente e orientada, aberta a tala hoje para verificar a integridade da pele, sem queixas de dor no momento. Segue aos cuidados de enfermagem.

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

D - 14 - 08 - 19

H - 20:00

PA 100 x 70

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:54
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212445320200000043810125
Número do documento: 21072212445320200000043810125



14/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-14&contar=1962017&IDC=37067

GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/08/2019

Horas: 11:57:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :***Marina Kethlen Sousa Santos*

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DHI - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 14/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 6/6H SE DOR	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML. S.C. 1SERINGA, 24h 24h (ADM AS 2h)	<i>2x</i>
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	

CONCLUSÃO

DATA: 14/08/2019 HORA: 11:57:42

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
ASSINATURA E CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

13/08/19, Consciente, orientado, aceto dieta, 19 ferido
do P.A. 90 x 60; P-83. Seguem as curações.
Uma Ney.

13/08/19 às 20:20hs

P.A.: 100x70 mmHg

Paciente segue as
curações da enfer-
magem m. e. p. m.

22:00hs

Paciente com
queixa de dor.
m. e. p. m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

A



17/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

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
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03

Data: 17/08/2019

NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data da Internação: 07/08/2019

Data da Alta: 17/08/2019

Registro: 1962017

Tempo de Permanência: -18116

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050500

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EMPERNA ESQUERDA, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

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

Medicações para Casa: PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DAPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR

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

Condições de Alta: Melhorado

Data: 17/08/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

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

DA VITIMA DA CATEGORIA 03 - 19/08/2019
CPA - PB 6926



GOVERNO DO PARANÁ

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

NOME:

Maíana Ketlen Souza Souto

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

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO: Rx: pelve AP; cost (E) AP e P; (perna) (E) AP e P; tornozelo (E) AP e P.

URGÊNCIA:	ROTINA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8468

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



07/08/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1961904 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: 07/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARIANA KETLEN CEP: Nascimento: 31/12/1969

SOUSA SANTOS, 16 ANOS, SAMU

Endereço: Sexo: F Telefone:

Cidade: Idade: 02/1991 Bairro:

Nome da Mãe: RG: Nº: 0

Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Data de Atend: 07/08/2019 CNS:

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO Hora: 19:02:34 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abordagem | 18. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 19. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 20. Hematoma |
| 4. Contusão | 21. Inguetamento/Vencido |
| 5. Crepitação | 22. Laceração |
| 6. Dor | 23. Lesão tendão |
| 7. Edema | 24. Luxação |
| 8. Empalamento | 25. Mordedura |
| 9. Eritema subcutâneo | 26. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Emagrecimento | 27. Otorrágia |
| 11. Equimose | 28. Paralisia |
| 12. F. Arma branca | 29. Parêntese |
| 13. F. Arma de fogo | 30. Parêntese |
| 14. F. Cortado | 31. Queimadura |
| 15. F. Cortante | 32. Rinite |
| 16. F. Corto-contuso | 33. Sinais de isquemia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 34. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 35. Sinais de isquemia |
| 19. F. Perfuro-cortante | 36. Sinais de isquemia |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Fratura da t.b. e fíbula (Atropelamento)

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS NÍVEIS

LUTE, eupnóica, membros superiores e inferiores com
possível fratura, imobilizada. Garganta livre. Não
trauma craniano. Refere dor abaxo do joelho e
sem lacerações

ALERGIA:

Nega
Nega
Nega

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas () 07/08/19

Glasgow 9.5 PA 120 x 80 HGT: - SatO2 -

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias: tórax, coxa e AP e perfil. Perna fr.
() Tomografia Computadorizada () Tomografia AP e P

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR / Ortopedia às 19:16 Dia 07/08/19

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Avaliação de neurologia	
2	Avaliação da ortopedia	
3	Torçoes 30mg + Água destilada EV, água	
4	Dipirona 1g, água (suspensão)	
5	SF 0.9% 500ml EV, água	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8468

tohtcg/impresclass.php?contar=1961904&dataatend=2019-08-07&horaatend=19:03:54

07/08/2019

GOVERNO
DA PARAIBAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mel. Floriano Peixoto, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 07/08/2019

Paciente: MARIANA KETILLEN SOUSA SANTOS, 16 ANOS, SAMU Idade: 02019 Nº ATEND: 1961904

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 07/08/2019 HORA: 19:03:54

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ATRÓPELAMENTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: POR CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO

DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ERIGISTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSECLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

HITG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - 192
ENFERMEIRO
acolhimento

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:54

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:54

PROF. DESTINATÁRIO / PACIENTE / MÉDICO

ORTOPEDIA

07/08/19

+ NOME

Paciente vítima de acidente
apresentou 6 ossos com fratura (L)

exame: no exame

no exame

Dr. João de Almeida

Dr. ENTEN-255 2/13
Alto de C. Geral

no exame

Daniel Dean
Médico
CRM-PP 8843

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PP 8843

Paciente sem indicação de cirurgia
para Cirurgia Geral

Dr. Alberto Gomes

Ass. de Cirurgia Geral

DESTINO DO PACIENTE

SERVIÇOS REALIZADOS:

ROGERIO PERONICO
CRM 95060

() Centro cirúrgico () Alta hospitalar () Exame
() Internação (selec) () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO	CBQ	IDADE

07/08/2019

**GOVERNO
DO PARÁIBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Abel Floriano Peixoto, 4700 - Marlinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/08/2019

Paciente: **MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS** Idade: 016 N° ATEND: 1961912

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 07/08/2019 HORA: 19:11:42

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ATROPELAMENTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : POR CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSAO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Allana Cassiano Uchoa
COREN-PB-535133-ENF



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº ALH

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TAT. CERV. DE FRT. DE OSSOS DA PEÇA ESQUELÉTICA

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
FR. C. C. C. 4.5 X 10F		01	
FR. C. C. C. 4.5 X 15		03	
" " 4.5 X 20		01	
" " 4.5 X 32		01	
" " 4.5 X 26		01	
" " 4.5 X 36		01	
" " 4.5 X 40		01	
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

DR. WAGNER + DR. EVERTON
+ DR. LUIZ

Cx 4.5 C. FRAG. 10F 216
Cx 4.5 C. FRAG. 15F 516

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Assinatura]

Dr. Wagner Luiz Espino de Araújo
DR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 5925



17/08/2019

10.1.1.148/projetohc/impripevo.php?datasai=2019-08-17&contar=1962017&IDC=37900

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/08/2019

Horas: 12:08:51

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F
Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 10
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 17/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR, E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 6/6H SE DOR	
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
6	DECUBITO MUDANCA 2/2H	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 12:07:59

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO
DIURESE E EVACUAÇÕES +
PACIENTE EM 01 DPO SEM QUEIXAS

CD: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS
RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA,
PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR


ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - 133100000-0
CRM - PB 8926

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - 133100000-0
CRM - PB 8926



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>M. Carolina Kallman S. Santos</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
		<u>SUS</u>	<u>16 anos</u>	<u>10610/11</u>			
CIRURGIA T.T.O. <u>Cirurgia de Comprometimento</u>				CIRURGIÃO <u>Dr. Evandro + Dr. Wagner</u>			
ANESTESIA <u>Raque + Sedação</u>				ANESTESIA <u>Dr. Humberto</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Bruno</u>		DATA <u>16-08-11</u>	INÍCIO <u>14h00</u>	FIM <u>16h05</u>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		
	Adrenalina amp.		Calaf. p/ Oxi.		Catgut cromado Serlix		
	Atropina amp.		Calaf. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Serlix		
<u>01</u>	Dimore amp. <u>0.2mg</u>		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolanina amp.		Colonoide		Catgut Simples Serlix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serlix		
	Fenepam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pozzer nº		Ethicond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
<u>01</u>	Mercaina <u>0.5% ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo do Sangue		Fio de Algodão Serlix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix		
	Protigmine amp.		Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak		
	Proxido Im		Furacni ml		Fio de Algodão Sutapak		
	Queclina ml		Gase Paceto c/ 10 unidades		Fila cardiaca		
	Rapifen amp.		H.O. ml	<u>04</u>	Mononylon <u>2-0</u>		
	Thionembatul ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrilm amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lamina de Bisturi nº 23		SOROS		
<u>04</u>	Água Destilada amp.		Lamina de Bisturi nº 11		SG Nontérmico fr 500 ml		
<u>01</u>	Decadron amp.		Lamina de Bisturi nº 15		SG Gelado fr 500 ml		
<u>02</u>	Dipirona amp.		Luvas 7.0		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		SG Ringr fr 500 ml		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		SG fr 500 ml		
	Gerancicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigenio Im <u>Plexon</u>				
	Glucn de Cálcio amp.		Polifix				
	Haemacel ml		PVP Degemante ml <u>Clay</u>				
	Heparina ml		PVP Topico ml <u>Aqua oxigenada</u>	<u>02</u>	SG fr 500 ml		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico				
<u>01</u>	Laser amp. <u>Toragase</u>		Saco coletor <u>Nexo</u>				
	Medrolmazol		Seringa desc. 10 ml				
<u>01</u>	Plasf amp. <u>Mauderbach</u>		Seringa desc. 20 ml	<u>01</u>	SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	<u>04</u>	SG fr 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda				
	Stuptanon amp.		Sonda foiley	<u>01</u>	ORTESE E PRÓTESE		
<u>01</u>	Cefalotina 1g		Sonda Nasogálica	<u>01</u>	<u>Prtese / Placa de fixacao de</u>		
			Sonda Uretral nº	<u>08</u>	<u>Parapente</u>		
			Sterydrom ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS		
	Agulha desc. 25 x 7		Golcon 18		() Oxímetro de Pulso		
<u>02</u>	Agulha desc. 28 x 28 <u>40x10</u>		Látex		() Serra	() Foco Auxiliar	
	Agulha desc. 3 x 4.5		<u>Latex</u>		() Desfibrilador	() Eletrocautério	
<u>01</u>	Agulha pl raque nº 23		<u>Latex</u>		() Foco Frontal	() Oxícapiógrato	
<u>05</u>	Alcool de Enfermagem				() Fonte de Luz	() Cardiomonitor	
	Alcool Iodado ml					() Perfurador Elétrico	
<u>03</u>	Ataduras de Crepon <u>9cm</u>						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

CIRCULANTE RESPONSÁVEL _____





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		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

MURILLO DE ALMEIDA L. FARIAS
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 7086 - RQE 4582

Assinatura do anestesista



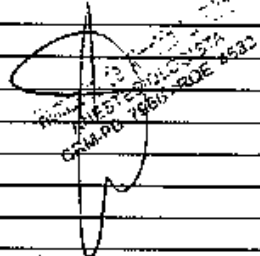


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Mariana Kellen Sousa Santos	Idade: 16
Convênio:	Data: 16/08/19
Procedimento: TR bra. cl Fixação de Fratura de Tíbia Esp	
Cirurgião: Dr. Everson Auxiliar: Dr. Wagner Anestesista: Dr. Humberto	
Início: 14:00	Término: 16:05 Anestesia: Trorane

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesiista

Circulante

Relatório de Operação

FOOD 163



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Marcelo Roberto Souza</u>			IDADE <u>18a</u>	SEXO <u>F</u>	COR <u>-</u>
DATA <u>16/08/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <u>MM + 2w ART</u>					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <u>MM 27</u>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO <u>Jejum 25h</u>			DENTES	PESCOÇO	AP. UROLOGIA		
ESTADO MENTAL			ATAXIA	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESIA <u>13.55</u>				APLICADA ÀS	EFEITO		
AGENTES	LIQUIDOS				INDUÇÃO		
				Satisf.: _____ Excl.: _____ Tasse: _____			
				Laringo espasmo: _____ Lenta: _____			
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
				MANUTENÇÃO			
				1) <u>Dofetilina 2g</u>			
				2) <u>Atorvastatina 20mg</u>			
				3) <u>Insulina 10mg</u>			
				4) <u>D-cido 10g</u>			
				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
				Não, por quê? _____			
				5) <u>D. pin 2g</u>			
				DESPERTAR			
				Reflexos na SO: _____			
				Obstr.: _____ Co: _____ Excl: _____			
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
				6) <u>Insulina 10mg</u>			
				Com cânula: _____			
				Paro o Leito Sim _____ Não _____			
				CONDIÇÕES:			
				7) <u>Atorvastatina 20mg</u>			
				8) <u>Insulina 10mg</u>			
				CÂNULAS			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <u>Adesão + ant. coagul. de 13-16 em glic. 75mg</u>							
POSICÃO <u>25° Dorsal, 1 litro de chlo, capto</u>							
AGENTES <u>Agente 2</u>							
TÉCNICA							
OPERAÇÃO							
CIRURGIÃO							
ANESTESISTA <u>Marcelo R. Souza</u>							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212445320200000043810125

Número do documento: 21072212445320200000043810125

Num. 46108346 - Pág. 43

16/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo

CNPJ: 08.778.265-0038-52
Data: 16/08/2019



GOVERNO
DA PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

Número do Prontuário: 153565

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

Número do Atendimento: 1962017 Clín: ORTOPEDIA I / Enf: 8 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data da Internação: 07/08/2019

Atendimento: 1962017

Diagnóstico Pré-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408050608 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2: EVERIAN ALVES

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTAISA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA DE 10 FUROS

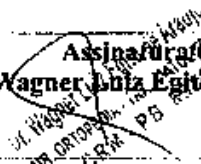
06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 16/08/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo



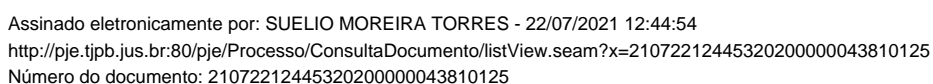
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <u>Joséildo do Rocio Pereira</u>					
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h			
SETOR:		LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
ST. GAS. ROINTEATINAL: (JETTA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA: <u>140/80</u>	T: <u>36,9</u>	FR: <u>75</u>	FC: <u>75</u>	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:
<input type="checkbox"/> NÁUSEA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO			
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:
<input type="checkbox"/>					CD/FR:
<input type="checkbox"/>					CD/FR:
<input type="checkbox"/>					CD/FR:
					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
					FR: FATOR RELACIONADO
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).					
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					

MOD 125



Rosa Maria B. da Cruz
CURV-PB 1.254-537-16



15/08/2019

10.1.1.148/projeletohcg/imp/pevo.php?data=2019-08-15&conta=1962017&IDC=37332

GOVERNO



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F
 Nome da Mãe: MIERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 8
 Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 15/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araújo /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICOMP.	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 34h/24h (ADM AS 22h)	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECUBITO MUDANCA 2h	

DATA: 15/08/2019 HORA: 11:59:38

HD - FRATURA I/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
 DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO
 DIURSESE E EVACUAÇÕES +
 NEGA QÜEIXAS

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner Luiz Egídio De Araújo
 MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926

Dr. Wagner Luiz Egídio De Araújo
 MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926



14/08/19 - 08h10min - PA: 100x60

Pcte em EGR, consciente e orientada, aberta a tala
hoje para verificar a integridade da pele, sem
queixas de dor no momento. Segue aos cuida-
dos de enfermagem.

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

D - 14 - 08 - 19

H - 20:00

P.A 100 x 70

31-00199680-13860
COREN-PB 058.700-15
SUSANES SOUZA SILVA



17/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0001-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data da Internação: 07/08/2019

Data da Alta: 17/08/2019

Registro: 1962017

Tempo de Permanência: -18116

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050500

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EMPERNA ESQUERDA, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

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

Medicações para Casa: PRESECREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR

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

Condições de Alta: Melhorado

Data: 17/08/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

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

Wagner Luiz Egito De Araujo
CRM - PB 6926





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Maruana Ketlen Sousa Souto

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

21/03/2009

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

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO: Rx: pelve AP; coxa (E) AP e P; (perna (E) AP e P; tornozelo (E) AP e P.

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8496

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSP - DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA F. ANDRES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Alciane Viana Gomes

PRONTUÁRIO:

1121

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

[Handwritten signature and stamp]

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx do Tor (E.M.S.)

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	18/08/15	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

[Handwritten signature and stamp]

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



14/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-14&contar=1962017&IDC=37067

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/08/2019

Horas: 11:57:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Mariana Ketlen Sousa Santos

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DHI - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 14/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 6/6H SE DOR	
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 2h)	<i>20</i>
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
5	DECUBITO MUDANCA 2/2H	

OLUÇÃO

DATA: 14/08/2019 HORA: 11:57:42

HD - FRATURA L3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ASSINADO ELETRONICAMENTE
Wagner Luiz Egito De Araujo

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-14&contar=1962017&IDC=37067

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212445320200000043810125>

Número do documento: 21072212445320200000043810125

Num. 46108346 - Pág. 52

13/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-13&contar=1962017&IDC=36779

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/08/2019

Horas: 12:53:23

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DHI - 6

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 13/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	5 IN
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 6h SE DOR	5 IN 22
3	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	4 ONte
5	DECUBITO MUDANCA 2/2H	11

FOLHA LUCÃO

DATA: 13/08/2019 HORA: 12:53:15

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De AraujoM. Wagner Luiz Egito de Araujo
MPL ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

12/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-12&contar=1962017&IDC=36481

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.196/0001-55

Data: 12/08/2019

Horas: 11:56:37

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 **Paciente:** SEM DOCUMENTOS **Idade:** 02019 **Sexo:****Nome da Mãe:** **Data de Nascimento:** 31/12/1969 **Admissão:** 07/08/2019 **DHI - 5****Clinica:** ORTOPEDIA 1 **Enfermaria:** 8 **Leito:** 3 **Diagnóstico:** FX OSSOS DA PERNA E

DIA 12/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	1/2 2/2
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	1/4 2/2 3/2
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/2 2/2
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	1/2 2/2
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	1/2
7	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	

EVOLUÇÃO

DATA: 12/08/2019 HORA: 11:56:23

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ASSINADO ELETRONICAMENTE
Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/08/2019

Horas: 16:09:33

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS Idade: 016 Sexo: F

Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E SOUSA Data de Nascimento: 22/03/2003 Admissão: 07/08/2019 DIH - 9

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA F

DIA 16/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	✓
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 6/6H SE DOR	5/6H
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	23
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	ATI
1	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	C.

EVOLUÇÃO

DATA: 16/08/2019 HORA: 16:08:26

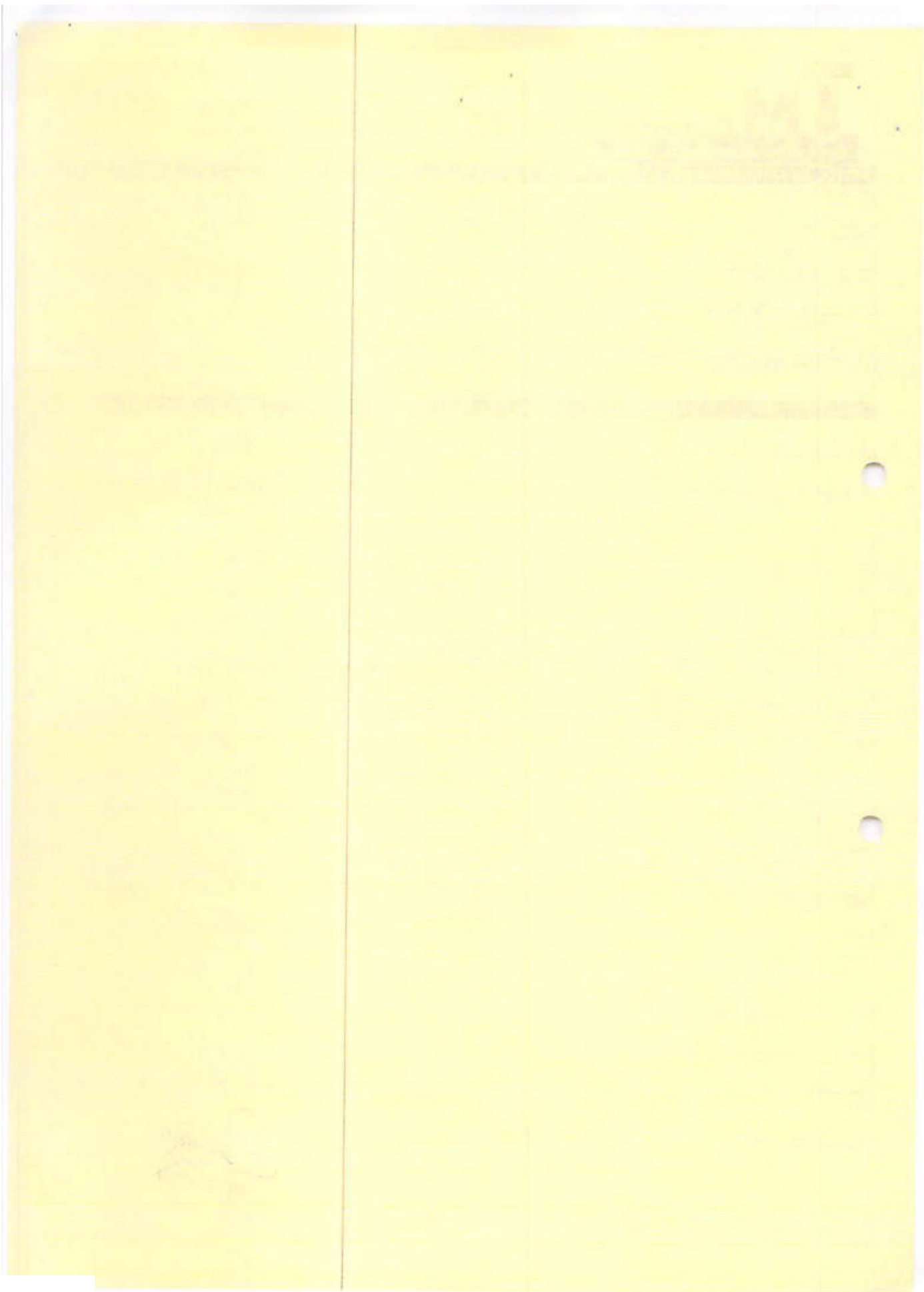
PACIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO SEM INTERCORRENCIAS

CD: ANTIBIOTICOPROFILAXIA

RX DE CONTROLE

DIETA POS RPA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De AraújoDR. WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO
MR. ORTOPEDIA - 13AL PATOLOGIA
CRM - PB 8925



07/08/2019

10.1.1.148/projetohctg/imprimevo.php?datasai=2019-08-07&contar=1962017&IDC=35174

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/08/2019

Horas: 22:53:31

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1962017

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017

Paciente: SEM DOCUMENTOS

Idade: 02019

Sexo:

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 31/12/1969

Admissão: 07/08/2019 DIH - 0

Clínica: AMARELA

Enfermaria: 10

Leito: 5

Diagnóstico: FRATURA 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA ESQ

DIA 07/08/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	529
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	1
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	00
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	00

EVOLUÇÃO

DATA: 07/08/2019 HORA: 22:23:08

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

COND

RX PERNA 2 INC

TERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

SOLICITADO EXAMEAS

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

08/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-08&contar=1962017&IDC=35190

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/08/2019

Horas: 06:35:27

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE:**Nº do prontuário: 1962017 *Mariana Ketlen* Paciente: **SEM DOCUMENTOS** Idade: 02019 Sexo: *4*

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DIH - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA ESQ

DIA 08/08/2019

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

Item	Prescrição	ATT	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	<i>AT</i>	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	<i>12</i>	<i>22</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	<i>12</i>	<i>22</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>12</i>	<i>22</i>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	<i>22</i>	<i>26</i>
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA		

EVOLUÇÃO

DATA: 08/08/2019 HORA: 06:34:36

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

COND

INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

LICITADO EXAMES EM ANDAMENTO

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

09/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-09&contar=1962017&IDC=35484

GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/08/2019

Horas: 00:38:29

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :**Nº do prontuário: 1962017 Paciente: *Mariana* *Moniz Ketlen* Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DIH - 2

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA ESQ

DIA 09/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	<i>12 - 24</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	<i>14. 22. 06</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>12 - 24</i>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	<i>06</i>
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	<i>e.T.</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 09/08/2019 HORA: 00:38:05

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

COND

INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO
AGUARDANDO PRE OPASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro



GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 10/08/2019
Horas: 07:37:35
Médico (a) Diarista: Ywry De Paiva Camara

(4)

8-3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

MARIANA KETLEN SOUSA Santos

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 16 anos.

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

Clinica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 5 Diagnóstico: FX 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA E

DIA 10/08/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	CT
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	18.00
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	14.28.06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12.06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	CT
7	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	CT

3º DJH

BEG, efetivo, si quixas no momento.

Dura 12 (+) E+C: (-) 3d.

ENV = OK

Cd: Upm

= Aprazada cirurgia.

Dr. Ywry De Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-20.15.887



11/08/2019

10.1.1.148/projeto/tecnologia/imprimevo.php?data=2019-08-11&contar=1962017&IDC=36110

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/08/2019

Horas: 08:55:38

Médico (a): Wagner Luiz Egídio De Araújo

GOVERNO
DO ESTADO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermeira: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX OSSOS DA PERNA E

DIA 11/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araújo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD.	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	Diluir em 100 ML SF	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	
9	DECBITO MUDANÇA 2/2H	

consultar

06
12.24
12.24
12.24

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egídio De Araújo

Dr. Wagner Luiz Egídio De Araújo
CRM - PF 8026
MR. ORTOPEDIA - 122222222222

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

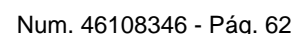
CD: VPM

HD - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

DATA: 11/08/2019 HORA: 08:55:10

BOLETIM DE ENFERMAGEM

MACRO 125



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:
 CRÉM-PS 150.463 - ENF
 13/08/19

DATA: 13/08/19 HORA: 09:30

INTERCORRÊNCIAS

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

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

(X) Preservado () Insônia () Sono interrompido. Observações:

SONO E REPOUSO

Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória (X) Satisfatória () Insatisfatória. Observações: Limite físico: (X) Acamado (X) Cadeira de rodas () Outro:

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Débito: Curativo em: Retirado em: Descrição: Curativo: () Local/Aspecto: () Tipo/Aspecto: Dreno: () Local/Aspecto: () Tipo/Aspecto: Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: () Tipo/Aspecto: Condicionamento das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (X) Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: (X) Preservado () Diminuído () Aumentado

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

Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose (X) Outros: MARECA

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: Tipo alimentar: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso. Denteção: () Completa () Incompleta () Prótese.

Ascutia cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopra () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: () Precordialgia ()

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: MARINHA KATIA Registro: 0803 Leito: 0803 Setor Atual: UVP/PH

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:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mídricas () Miotéticas

Mobidade Física: (x) Preservada () Parética () Plegia () Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

Gaseometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Paciente com Fratura MTC, por uso de Talco, aguda e crônica.

PRELIMINAR

Nome: Sobrenome: Idade: Sexo: Data de Nascimento: Data: 14/08/19 Hora: 8:00

Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()

Preordialgia: ()

Drugs vasodilatadoras: () Quais?

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

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção:

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipos somáticos: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

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

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data:

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

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

RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

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

Aspecto: () Outros:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:

Coloração da pele: () Normocrôma () Hipocrôma () Ictérica () Cianótica. Turgor da pele: () Preservado

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:

Dreno: () Tipo/Aspecto:

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

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

Sono: () Preservado () Insônia () Dormiu durante o dia () Sono interrompido. Observações:

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: *Maria Sônia de Almeida* Registro: *8* Letto: *3* Setor Atual: *UTI*

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:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

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

Gesometria 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.



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____

DATA: 16/08/15 HORA: _____

INTERCORRÊNCIAS

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

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPRITUALIDADE

5. INTERCORRÊNCIAS PSÍQUIAS

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

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

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

6. INTERCORRÊNCIAS PSICOSSOCIAIS

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

SONO E REPOUSO

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: () Estágio: _____

Draino: () Tipo/Aspecto: _____

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____

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

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

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: _____

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

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

RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

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

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: _____ Data: _____

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissociação. Localização: _____ Data da punção: 15/08/15

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

Drogas vasculares: () Quais?

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

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

07/08/2019

HTCG-Panel Administrativo

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1961912

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: 07/08/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARIANA KEDLEN
SOUSA SANTOS

CEP: 58400002

Nascimento: 22/03/2003

Endereço: DEPUTADO JOSE GAUDENCIO

Sexo: F

Telefone: 986092485

Cidade: Campina Grande

Idade: 016

Bairro: MONTE CASTELO

Nome da Mãe: MERCIA BETANIA BRITO E
SOUSA

RG: 4543109

Nº: 161

CPF: 14464700403

Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

Data de

CNS: 52145201458

Estado Civil:

Atend: 07/08/2019

CONVÊNIO: SUS

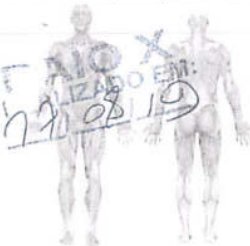
Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Hora: 19:07:41

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abreção | 19. Fratura osseofechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura ossea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria de Vento |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Cor | 24. Lesão tendinea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalmeamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Enxugamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otite |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestesia |
| 14. F. Cortado | 32. Paratendão |
| 15. F. Cortante | 33. Quelimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-cortado | 35. Sinal de fraqueza |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADO: NÍCOS

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:

jetohtcg/imprecia-usi.php?cont=1961912&dat=atend=2019-08-07&horatent=19:11:42

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212445320200000043810125

Número do documento: 21072212445320200000043810125

Num. 46108346 - Pág. 69



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234




Mariana Kedlen Sousa Santos

ASSINATURA DOTITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.543.109

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/07/2016

MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

RELACÃO

JOSE EMERSON PEREIRA DOS SANTOS

MERCIA BETÂNIA BRITO E SOUSA

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO 22/03/2003

COD. ORIGEM

CERT. NASC. Nº5692 - LIV 06 - FLS 230 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE PB

CNPJ 144.847.004-03

Assinatura eletrônica

LEI Nº 6.719 DE 29/08/03



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.254.828 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/09/2009

NOME MÉRICA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA DE SOUZA
LUCIENE BRITO DE SOUSA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 06/10/1985

DOC ORDEM CASAM N.042189 PLS.000033 LIV.B86B

CARTORIO 1 CAMPINA GRANDE-PB

CPR 091.700.504-06

Idade Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 P-917

ASSINATURA DO TITULAR

MÉRICA Betânia de Sousa Macedo

do Original

Fingerprint

MÉRICA. Mãe de Mariana





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071868 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 07/08/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TERÇO MÉDIO DA TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P1/6/7/9/10/11/13/29_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058317/20

Número do Sinistro: 3200071868

Vítima: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

CPF: 144.647.004-03

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 07/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020
Nome: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA
CPF: 091.700.504-06

MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08176798520208150001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Por fim, ressalta a necessidade da intervenção do Ministério Público nos casos de interesse de incapazes, sob pena de nulidade processual, conforme artigo 178, II c/c art. 279 do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 20 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

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



15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:44:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212445469400000043810129>
Número do documento: 21072212445469400000043810129

Num. 46109001 - Pág. 2