



Número: **0807829-07.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36067949	29/10/2020 11:19	2760306_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624325

Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

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,

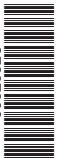
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15082089

Pag. 01855/01856 - carta_01 - INVALIDEZ

00020928





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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036601

Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

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 15408832

Pag. 01501/01502 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036601

Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO**

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

Banco: **237**

Agência: **000005770-3**

Conta: **0000025609-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.

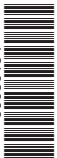
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00307/00308 - carta_15R - INVALIDEZ

00030154



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: 0030934120 CPF da vítima: 733.606.274-15 Nome completo da vítima: Maria Alice Marques Pereira Cardoso

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

Nome completo: Maria Alice Marques Pereira Cardoso CPF: 733.606.274-15

Profissão: Recusado Endereço: Av. Manoel Lavarello Número: 7301 Complemento: A

Bairro: Alto Branco Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 55401-000

E-mail: Tel. (DDD) 51/98108-8725

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: 5770 3 CONTA: 25609 9

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Campina Grande, 22/04/20

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura:

2º Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

*** É NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







GOVERNO
DA PARAÍBA

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



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1161/2019, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 31 de outubro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 13:00 horas, compareceu a Sra. **Maria Alice Marques Pereira Cardoso**, portadora da cédula de identidade nº 1 399.473 Seds/PB, CPF nº 733.606.274 – 15, brasileira, natural de João Pessoa/PB, casada, com 49 anos de idade, filho de José Marques Pereira e de Josefa de Melo Pereira, do lar, residente à rua Manoel Tavares nº 1301, Campina Grande-PB, a qual notificou que, Na noite do dia 29 de agosto do ano fluente, por volta das 19:00 horas aproximadamente, se conduzia na garupa da motocicleta marca Honda – POP, de placa 0GA 2322/PB, chassi nº 9C2JB0100JR108400, cadastrada em nome de Andreza Karla Marques Cardoso, conduzida por seu marido Isomar Cardoso da Silva, na rua São Luís, bairro do centro, regressando do trabalho e ao trocar de marcha bruscamente na subida de uma ladeira, perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, a Notificante foi socorrida ao Hospital de Traumas Dom Luiz Gonzaga, onde foi submetido a procedimento cirúrgico, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everado Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 31 de outubro de 2019.

Everado Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Maria Alice Marques Pereira Cardoso





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0030934120	733.606.274-15	Maria Alice Marques Pereira Cardoso
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Maria Alice Marques Pereira Cardoso	733.606.274-15	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso	Av. Manoel Tavares	7301
Bairro:	Cidade:	Estado:
Alto Branco	Campina Grande	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD)
	55401.000	(51) 98108.8121

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

RENDA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO: Bradesco
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 5770	CONTA: 25609
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não informado	Local e Data: Campina Grande, 22/04/20	TESTEMUNHAS
Nome:	CPF:	1ª Nome:
CPF:		CPF:
		Assinatura
		2ª Nome:
		CPF:
		Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		
Assinatura do Procurador (se houver)		

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05770-3

CONTA: 000000025609-9

Nr. Autenticação

BRADESCO0402202005000000000023705770000000025609168750 PAGO

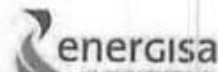


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para sempre pagamento da taxa localidade de energia elétrica Nº 004.373.247



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 06.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.001.950-1

DADOS DO CLIENTE

IRENE DA SILVA SOUSA
AV MANOEL TAVARES 1301 A
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/161062-5

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

09/08/2019

CONSUMO

158

VENCIMENTO

01/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 101,09

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/09/2019				
Pagador: IRENE DA SILVA SOUSA CNPJ/CPF: 000.761.654-69				
AV MANOEL TAVARES 1301 A - ALTO BRANCO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3149036000047001	000161062201908	01/09/2019	R\$ 101,09	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
06.826.596/0001-95				
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 - 29/10/2020 11:19:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911185997000000034441727>

Número do documento: 20102911185997000000034441727

Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

A paciente MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO é portador do CID : S 82 proveniente de fratura de tornozelo esquerdo ocasionado por acidente de motocicleta tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

20-01-2020

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8742

Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Junior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



29/08/2019

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1979206 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: 29/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARIA ALICE MARQUES CEP: 58388000 Nascimento: 01/05/1970
PEREIRA CARDOSO
Endereço: SAO JOSE

Cidade: Alagoa Grande Idade: 049 Sexo: F Telefone: 93757982

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA RG: 1399473 N°: 130

Responsável: ISOMAR CPF: Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Estado Civil: Casado(a) Data de Atend: 29/08/2019 CNS: 706806188756630

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 20:02:36 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

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. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

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

Relatado.

HTCG-Panel Administrativo

3-1

EXAME PRIMÁRIO - DADOS FÍSICOS

Exame físico realizado em quadro de emergência, em copacete. Paciente em estado de choque, com sinais de trauma em membros inferiores.

Exames solicitados: 1. Laboratoriais, 2. Ultrassonografia, 3. Radiografias.

ALERGIA: ☐ Alergia

MEDICAMENTOS: ☐ Medicamentos

PATOLOGIAS: ☐ Patologias

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: SatO2

Exames solicitados: 1. Laboratoriais, 2. Ultrassonografia, 3. Radiografias.

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X REALIZADO EM: 29/08/19

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:19:00

fotohtg/impreclassi.php?contar=1979206&dataatend=2019-08-29&horaatend=20:03:49

1/2



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERREIRAS
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Wagner Luiz Egídio de Araújo

CNPJ: 08.778.368/0001-52
Data: 05/09/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 157008

DATA DA CIRURGIA: 05/09/2019

Número do Atendimento: 1979232 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data da Internação: 29/08/2019

Atendimento: 1979232

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050497 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 05/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

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 SSEPISIA E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO + DISSECÇÃO
POR PLANOS + HEMOSTASIA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO 10 FUROS
EM MALEOLO LATERAL + 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS 40 EM MALEOLO MEDIAL

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 05/09/2019

Assinatura: Wagner Luiz Egídio de Araújo
Wagner Luiz Egídio de Araújo

Dr. Wagner Luiz Egídio de Araújo
CRM: 11.185.997-0



30/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-08-30&contar=1979232&IDC=41526

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/08/2019

Horas: 07:15:19

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DIH - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 30/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	1/2 1/8 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/2 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, ANTES DO CAFE	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:30/08/2019 HORA:07:14:14

ORTOPEDIA

1ºDIH

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria
Mário, Alice Marques D. Carden			Ortopedia 3		1	3
Data	Hora		Data	Hora		
30/08/19	14:30	Paciente em estado geral regular, com diagnóstico clínico de fratura de tornozelo e entalhe de enclivado em dinâmica supinica, aflexão do toque, membro acometido enfaixado até próximo a articulação do fêmur, sem edema e hemorragia, feridas de grau 2 no local da fratura com o toque no local, tórax e traqueia: vi-rialescia, PA diminuída em relação do fêmur, PAI: 150/90, PAS: 150/90 mmHg, FC: 110 bpm FR: 22 lpm SPO2: 98%, CD: pele do do paciente apresenta uma PAI: de 150/90 mmHg, foi realizado exercício diafragmático com uso do tubo latip, para manter normal PA do paciente, após 5 min a PA estava no mesmo fôto 150/90 mmHg, mesmo assim foi realizado exercício de flex/est			de fêmur e quadril em modo ati-va assistido (3x10'), no membro acometido, no membro contralateral exercício de derrogação e flexão plan-tar (3x10') exercício de triplice flexão com resistência de elástico (3x10'). Na final, a PA do paciente ainda estava com uma frequência de 150/90 mmHg. Ad 1minuto: fôto de 150/90 mmHg. Montei.	

[Assinatura]
TERAPISTA DE FISIOTERAPIA
CREFITO - 201463 - F



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

MARIA ALICE MACHES PEREIRA (42 ANOS)

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL II

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1979206

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRUR DE LES. DE TOMBECLO ESQUERDO

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

PLACA TUBULAR 3.5 DE 10 F

01

PARAF CORTICAIS 3.5x12

01

" " 3.5x14

04

" " 3.5x16

01

" " 3.5x18

01

PARAF. ESPONJOSO 4.0x40

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

05-09-2019

DR. ELDIR + DR. FELIX

OBSERVAÇÕES

+ DR. WILKINER LUC

Cx 3.5 P. FRAG. Nº 83

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

RAIMON

Dr. Wagner Luiz Filho da Araújo
MR. ORTOPEDIA - R. ORTOLOGIA
CRM - PE 2926



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL



PACIENTE: Maria Alice Noronha Pereira Cardoso 30/05/70				
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		União	49 anos	1929206
CIRURGIA: Fratura de tornozelo		CIRURGIÃO: Dr. Edimário De Evêncio + Dr. Vagner (P)		
ANESTESIA: Raque + Sedação		ANESTESIA: Dr. Raimundo		
INSTRUMENTADORA: Ramon		DATA: 05/09/14	INÍCIO: 16h:20'	FIM: 12h:50'

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	05		Catgut cromado Serlix	
01	Dimore amp. 0.2mg			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml			Catgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml			Cera p/ osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml			Ethibond	
01	Mercaina 0.5% ml			Ethibond	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Serlix	
04	Protigine amp. 4ml			Fio de Algodão Sutapak	
01	Protóxido I/m Aneston			Fio de Algodão Sutapak	
	Qualicin ml	05		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		04	Mononylon 3 0/11	
	Trilonembul ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01		Prolene Serlix	
04	Água Destilada amp.			Prolene Serlix	
01	Decadron amp.			Prolene Serlix	
03	Dipirona amp.	05		Vicryl Serlix	
01	Flaxidol amp. 1ml	05		Vicryl Serlix	
	Flebocortid amp.	05		Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.				
	Glicose amp.	30			
	Glucon de Cálcio amp.	25			
	Haemacel ml.				
	Heparema ml.				
	Kanaktion amp.	05			
01	Lasix amp. 1mg	04			
	Medrolinazol.	03			
04	Raquel amp. 1mg	01			
	Protamina	01			
	Revivan amp.				
	Stupitan amp.				
01	Cefalotina 1g				
09	Tenoxicam 20mg				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
03	Aguilha desc. 25 x 7				
	Aguilha desc. 28 x 25	01			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	03			
01	Aguilha p/ raque nº 25	05			
05	Alcool de Enfermagem	03			
	Alcool iodado ml				
04	Ataduras de Crepon 15cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS
03	SG Normotermico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertermico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
05	SG fr 500 ml 2/min

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	Placa e 1/2 ungs 3.5
03	Placado e 1/2 ungs
04	Esparadrapo

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL	
Maria Jose Torres	
Téc. Enfermagem	
COREN-PB 250741	



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, Dispnéia = 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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista





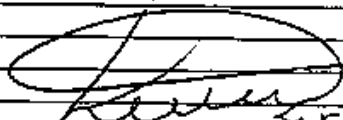
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	m ^{re} Alu Marques Pereira Cardoso		Idade:	49a
Convênio:	SUS		Data:	
Procedimento:	Anat. Quim. e fixação Anat. de tornozelo m IE			
Cirurgião:	Dr. Keldman	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Rami	
Início:	10:20	Término:	12:10	Anestesia Raquel + Sedução

[illegible][illegible]

Observações:

Pele conservada e hidratada, mucosas úmidas e de cor rosada. Sinais vitais - sem alterações. Oligúria.


4553

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MCP. 102



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: M^{re} Alceu Norberto Pereira IDADE: 49 SEXO: _____
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática (☐) Sintomática (☐) Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: ortopnéia

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

(☐) Alergia a Medicamentos: Dorco-hexa (☐) Tabagismo
(☐) Etilismo (☐) Sedentarismo
(☐) Dislipidemia (☒) Cirúrgico Cesariano (☐) Outros

Medicamentos em uso (☐) Não (☐) Sim

4 - EXAMES FÍSICO

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: Rmz 2+ S2 B1+P

FC: 90 b.p.m FA: 130 x 7 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: luzes 51m

Addômen - Comentários: luzes no Rmz

Membros Inferiores - Comentários: nenhuma

5 - E.C.G.: Rm: Rmz, depuração de repolarização ventricular

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Dr. José Maria U. Costa
CARDIOLOGIA - CRM 3847-PB

Obs.:

MOD. 003

Ass. do Médico



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		
☒ REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	1 hora	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORAÇÃO OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
☒ AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	15 min	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
☒ INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	2x/dia	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
☒ TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	72hs	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Suelio Moreira Torres
Copa 226 PH

31/08/19



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO												
Nome: <u>Heidi Dore H. Costa</u> Idade: <u>49</u> Sexo: <u>F</u> Enf/Leito: <u>3-1</u>												
2. HISTÓRIA PREGRESSA												
Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM												
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:												
3. DOENÇA ATUAL:												
MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:												
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS												
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO												
MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL:												
LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA												
RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS												
PEP ☒ CÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:												
ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.:												
SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO ☒ AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:												
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:												
EDEMA: () LOCAL OBS.:												
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)												
TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO												
ALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS:												
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ☒ NORMAL () ALTERADO () OUTROS:												
ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:												
INTEGRIDADE FÍSICA E CÚLTANO-MUCOSA												
COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA												
PELE: ☒ ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:												
LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local:												
localização anatômica da ferida:												
CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO												
CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE ☒ DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE												
HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA												
LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS												
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS												
COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA												
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:												
6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:												
RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE												
7. AVALIAÇÃO GERAL:												
HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0 a 10)	(Kg)			INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO:		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	7/12	
(X) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	7/12	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Suelio Moreira Torres
CNPJ 08.226.00



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALTA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Roberto MoreiraIdade: 49Sexo: FEnf/leito 3-1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Interações prévias () Motivos: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM3. DOENÇA ATUAL: Doença de Horta

Medicações em uso:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSOMOBILIDADE FÍSICA: ☒ PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALAAR OBS:

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILIZADO ☒ AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS:REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:

EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÃO: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESOALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS:ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ☒ NORMAL () ALTERADO () OUTROS:ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTIVO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ ADORMECIDA () HIPOCORADAPELE: ☒ ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN):

Local: _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMPEZA FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO:

() PRATICANTE () NÃO PRATICANTE: Religião

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA: _____

PA: _____

(mmHg) (Rc)

FC/P (bpm)

SPO2 (%)

GLUCEMIA (mg/dL)

DIURESE (ml)

DEBILIDADE (hi)

DRENO (kg)

PESO (kg)

ASSINATURA

DISPOSITIVOS

DATA DE

INSERÇÃO

SNG/SNE

SVF

CIRCUITO DE VM

FILTRO DE VM

UNIFICADOR

ASPIRADOR

LATEX

EQUIPO SIMPLES



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: *Paciente com FA TN 2 (E) por uso de*
tele-oxigênio em casa.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO:		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	1 x dia	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12 / 12 h	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Demora	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	Atenção	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	12 / 12 h	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Gilberto S. Raposo
ENFERMEIRO
[Assinatura]



31/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-31&contar=1979232&IDC=41923

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/08/2019

Horas: 09:37:32

Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DHF - 2

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 31/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	X 2 x 8 24/06
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	X 2 x 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS, ANTES DO CAFE	M 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 31/08/2019 HORA: 09:36:12

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO
NEGA HAS E DIABETES
DIURESE E EVACUAÇÕES +

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo
Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
ORTOPEDIA - 100% FATOLOGIA
CRM - PB 80226

29/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 29/08/2019

Horas: 20:41:30

Médico (a) Diarista : Thiago Pedro De Araujo Alves

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico:

ENC. 04

LA 29/08/2019

MÉDICO(A): Thiago Pedro De Araujo Alves /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	ex
2	JELCO SALINIZADO	ex
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	26 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	26 06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE	26 06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	26 06
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ex



GOVERNO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 02/09/2019
Hora: 09:35:55
Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egídio De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F
Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DMI - 4

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DATA: 02/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araújo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTIAZOLAM SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. I.F.R.A. Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF AMP. 12h/12h 1D/10D	18 76
3	JELCO SALINIZADO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML. E.V. I.A.M.P.O.L.A. 6h/6h	12 18 76
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. I.F.R.A. AMP. 12h/12h	12 18 76
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS. ANTES DO CAFE	12 76
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	76

EVOLUÇÃO

DATA: 02/09/2019 HORA: 09:35:45

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO

NEGA HAS E DIABETES

CD: VPM

Dr. Wagner Luiz Egídio De Araújo
ASSISTENTE EM ODONTOLOGIA
CRM: 8928
Wagner Luiz Egídio De Araújo

01/09/2019

HTCG-Painei: Administrativo

Data: 01/09/2019
Hora: 09:17:38

Médico (a): Diarista : Wagner Luiz Egido De Araújo

GOVERNO
DA PARAIBA



DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 649

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Clinica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 01/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egido De Araújo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF. 12h/12h OD/10D	18
2	DIETA LIVRE	18
3	JEJO SALINIZADO	18
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS. ANTES DO CAFE	18
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18

Dr. Wagner Luiz Egido de Araújo
OR. ORTOPEdia - TRAUMATOLOGIA
CRM-PS 8926



03/09/2019

10.1.1.148/projeto/hcpg/impr/pevo.php?datasai=2019-09-03&contar=1979232&IDC=42757

GOVERNO
DA PARÁLIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DIH - 5

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 03/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egídio De Araújo /

Item	Prescrição	Aprimoramento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVEENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. I.FRA AMF, 12h/12h 2D/10D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18/04
3	JELCO SALINIZADO	
4	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. I.A.M.P.O.L.A. 6h/6h	18/04
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. I.FRA AMF, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/04
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. I.C.A.P.S. ANTES DO CAFE	18/04
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 03/09/2019 HORA: 09:38:51

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO
NEGA HAS E DIABETES

DIURSE E EVACUAÇÕES +

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egídio de Araújo

Wagner Luiz Egídio de Araújo
CRM - PB 8925
ORTOPEDIA - M. MARQUES

10.1.1.148/projeto/hcpg/impr/pevo.php?datasai=2019-09-03&contar=1979232&IDC=42757

1/1



GOVERNO DO PARANÁ

CNPJ: 10.848.194/0001-55

Data: 04/09/2019

Hora: 10:24:01

Médico(a) / Diarista: Wagner Luiz Egito de Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DIII - 6

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 04/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Apreçamento
1	DIETA LIVRE <i>2am A 20 00:00</i>	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFR AMP. 12h/12h 3D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	JELCO SALINIZADO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPEN	
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 5 Reconstituir 4ML ABD. 1 X AO DIA	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. I Reconstituir 2ML ABD.	
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS. ANTES DO	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO *Reconstituído de hemácias*

DATA: 04/09/2019 HORA: 10:23:27

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NOI
NEGA HAS E DIABETES
DIURESE E EVACUAÇÕES +
MIE: APRESENTA MELHORA DAS CONDIÇÕES DE PEL

CD: VPM

ASSINATURA
Wagner Luiz Egito de Araújo
BR. ORTOPEDIA
CRM

- Dieta 20
- 5031 CUB

Jr. Wagner Luiz
BR. ORTOPEDIA
CRM

GOVERNO DO PARANÁ - LIST PRÉ-OPERATÓRIO - ALAS

GOVERNO DO PARANÁ
DA PARANÁ

SEGUIR o trabalho

SETOR DE ORIGEM: *Ortopedia*

NOME: *Maria Alice* AVCO ☒ NÃO SE APLICA

PROCEDIMENTO: *Ex. Tenotomia* ☒ PERTENCES

AVP: LOCAL: *JELCO* ☒ ADORNOS

BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☒ COM CLOREXIDINA

PRÓTESE DENTÁRIA: ☒ TOMOGRAFIA

RETIRADO: ☒ USG ☒ NÃO SE APLICA

ENCAMINHADO: ☒ HEMOG

TERMO DE CONSENTIMENTO: ☒ COREN

RESERVA DE HEMODERIVADO: ☒

RESERVA DE HEMODERIVADO: ☒

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: ☒



05/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-09-05&contar=1979232&IDC=43405

GOVERNO
DO PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/09/2019

Horas: 10:57:59

Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 05/09/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo / MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	18 02
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 4D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	S/N
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	18 02
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	emba
10	CURATIVOS 1X POR DIA	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/09/2019 HORA: 10:55:57

***** POI *****

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRÊNCIAS.
NO MOMENTO EM URPA.

CD: VPM + RX CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry de Paiva CamaraDr. Ywry Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 10.807

06/09/2019

10.1.1.148/projetohtg/impnpevo.php?data=2019-09-06&contar=1979232&IDC=43673

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/09/2019

Horas: 09:52:12

Médico (a): Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Admissão: 29/08/2019 DMI - 8

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ F

Data: 06/09/2019

Médico(a): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aparazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	14 02 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRAMF, 12h/12h 500/100	14 02 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	14 02 06
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRAMF, 12h/12h	14 02 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	14 02 06
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	14 02 06
8	DECBITO MUDANCA	14 02 06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	14 02 06
10	CURATIVOS 1X POR DIA	14 02 06

EVOLUÇÃO

DATA: 06/09/2019 HORA: 09:51:24

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO

NEGAS E DIABETES
DIURSE E EVACUAÇÕES +

CD: ALTA PREVISTA PARA 07/09/2019

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito de Araujo

Médico(a): Wagner Luiz Egito de Araujo

10.1.1.148/projetohtg/impnpevo.php?data=2019-09-06&contar=1979232&IDC=43673

07/09/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/09/2019

Horas: 08:59:34

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Admissão: 29/08/2019 DIH - 9

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 07/09/2019 HORA: 08:55:32

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, EM 2º DPO, SEM QUEIXAS. NEGA HAS E DIABETES DIURESE E EVACUAÇÕES + FO COM BOM ASPECTO.

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

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia
CRM-28 7325



29/08/2019



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-909 Data: 29/08/2019

Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049 N° ATEND: 1979206

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 29/08/2019 HORA : 20:03:49

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

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

Escala de Intensidade da Dor



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO
						ENFERMEIRO/COREN	

OBS: SAMU ALAGOA GRANDE

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

EX

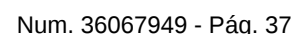


Edição 2018-551-ENF
CORREÇÃO

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:	
8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS
PAORÃO RESPIRATÓRIO	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() OBESIDADE () OUTRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA
INTEGRIIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS
OUTRO:	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANter OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E	() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%	() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	() CONTROLE DA DOR (MELHORA-DA OU AUSENTE)
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR	
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR	
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO	
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS	
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, LÍNGUA, PULSO)	
() OBSERVAR LOCAL DA FENDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO	
PARA SINAIS FISIOLÓGICOS	
DETROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	
REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS	
EVITAR ENDOSMOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	
OUTRO:	
9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)	
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERMAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO	
TERAPIA INTRA VENOSAS? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO	
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO	
ASSINATURA E CARIMBO:	



1000



05/09/19

FICHA DE

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NMB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ala Alice Marquês P. Costa Idade: 49 Sexo: F Enf/Leito: 3-3

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? _____ Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: EX FV 3 G.

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: prejudicada M.D.

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA _____

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALPAÇÃO OBS: _____

SEMPRE FÍSICA: TRANQUILO (X) AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) REGULAR () IRREGULAR OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: (X) VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO (X) OUTROS

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPERCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: AVP M S D

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRACEN): _____ Local: _____

Localização anatômica da ferida: _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATORIA () INSATISFATORIA

LIMPEZA FÍSICA: (X) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

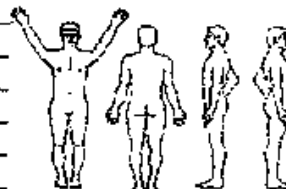
SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOSE	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(mL)	DRENO(mL)	(mg/dL)	(Kg)			INSERÇÃO
											SDG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	04/09
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



Data: 29/08/2019

Horas: 20:41:30

Médico (a) Diarista : Thiago Pedro De Araujo Alves

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1979232 Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO Idade: 049

Nome da Mãe: JOSEFA DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 01/05/1970 Sexo: F

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 29/08/2019

MÉDICO(A): Thiago Pedro De Araujo Alves /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS. ANTES DO CAFE	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

29/08/2019

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Rêe Marques Cardoso Idade: 49 Sexo: F Enf/Leto: 3.1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: EX IVZ 6

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.:

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS: Nº

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS:

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local:

localização anatômica da ferida:

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

UNICÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

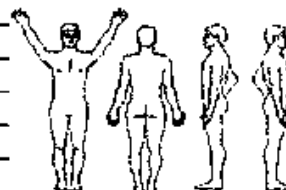
SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)									
1. IDENTIFICAÇÃO		Nome: <u>Maria Helena</u>		Idade: <u>49</u>		Sexo: <u>F</u>		Enf/Leito: <u>3.1</u>	
2. HISTÓRIA PREGRESSA		Internações prévias () Motivo: <u>Alergias</u> () Qual? <u></u>		Doença () HAS () DM		() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Outras: <u>Medicações em uso:</u>		3. DOENÇA ATUAL:	
MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>EX TIV 8</u>		4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS							
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO		MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL:							
LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA		RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS							
PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:		ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALAAR OBS:							
SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS:		REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:							
EDEMA: () LOCAL OBS:		ALIMENTAÇÃO E EMINAÇÕES: (INTestinal e URINÁRIA)							
TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO		ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS:							
ELIMINAÇÃO INTESINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS:		ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:							
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA		COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA							
PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:		LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO () NÃO ESTÁGIO (GRADEN):							
Local: <u></u>		CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO							
CUIDADO CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA		LIM. GAO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS							
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS		COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA							
SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:		6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:							
7. AVALIAÇÃO GERAL:		RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE							
HORA		PA		T		FC/P		SP02	
GLICEMIA		[mg/dL]		DIURESE		[mL]		DRENO[mL]	
DEBITO DE DOR		[kg]		PESO		ASSINATURA		DISPOSITIVOS	
DATA DE INSERÇÃO		SOG/SNG/SNE		SVF		CIRCUITO DE VM		FILTRO DE VM	
UMIDIFICADOR		ASPIRADOR		LATEX		EQUIPO SIMPLES			

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Atividade cirúrgica

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR ☒ OUTRO	☒ INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ☒ OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ☒ OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	☒ AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ☒ PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
☒ ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	M	☒ AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
☒ AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	M N	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
☒ REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	M	☒ MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
☒ OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	M + N	☒ DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
☒ TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	72/72h	
☒ REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	M + N	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ☒ SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICOPOSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM ☒ NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Atividade Cirúrgica
ENFERMEIRA
COREN 443987-PB



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NBR DE W. HORTA)									
1. IDENTIFICAÇÃO									
Nome: <u>PLAQUEO OLIVEIRA</u>		Idade: <u>49</u>		Sexo: <u>F</u>		Enf/Leito: <u>3-1</u>			
2. HISTÓRIA PREGRESSA									
Interações prévias () Motivo: Alergias () Qual? <u>DM</u> Doença () HAS () DM									
() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: <u>Medicações em uso:</u>									
3. DOENÇA ATUAL:									
MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>FX TUB G</u>									
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS									
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO									
MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: <u>prévia HTE</u>									
LINGUAGEM: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS									
PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:									
ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS: <u>—</u>									
SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILIZADO ☒ AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS: <u>—</u>									
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: <u>—</u>									
EDEMA: () LOCAL OBS: <u>—</u>									
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)									
TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO									
ALIMENTAÇÃO: VO () SNG () SNE () OUTROS: <u>—</u>									
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO ☒ OUTROS: <u>diarria nos 301</u>									
ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: <u>—</u>									
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA									
COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA									
PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO ☒ OUTROS: <u>FXR/MSG</u>									
LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): <u>Local: <u>—</u></u>									
LOCALIZAÇÃO anatômica da ferida:									
CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO									
CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE ☒ PARCIALMENTE DEPENDENTE									
HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA									
LIM. CÃO FÍSICA: ☒ ACAMADO () CADEIRA DE RODAS									
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS									
COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA									
SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS: <u>—</u>									
6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS: <u>—</u>									
7. AVALIAÇÃO GERAL:									
REUÍLIO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE									
DATA DE INSERÇÃO									
DISPOSITIVOS									
SOG/SNG/SNE									
CIRCUITO DE VM									
FILTRO DE VM									
UMIDIFICADOR									
ASPIRADOR									
LATEX									
EQUIPO SIMPLES									

04/10/19



29/08/2019

HTCC-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARÊCER MÉDICO

ORTOPEDIA

DOR TNZ @ APÓS TRAUMA

EF: DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO

- CONDUTA: INTERIOAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO.
- SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

[Handwritten signature]

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

- () Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A reavaliação
- () Internação (setor) _____ () Decisão Médica
- () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

[Handwritten signature]
(Ass. do paciente ou responsável quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

tohtcc/impresetassei.php?contor=1979206&dalaalond=2019-08-29&noiaatend=2019-03-49

2/3



07/09/2019

HTCC-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Hospital de Emergência (D.E.) - Modelo 03

CNPJ: 08.778.268/0008-52

Data: 07/09/2019

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO
DA PARAÍBA

GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Data da Internação: 29/08/2019

Data da Alta: 07/09/2019

Registro: 1979232

Tempo de Permanência: -18138

Diagnóstico Inicial: 0408050497

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA TORNOZELO

Data: 05/09/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + XARELTO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - FICAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

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

Data: 07/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

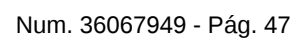
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 019

Foto

Maria Alice de Jesus e Silva

CADASTRO NACIONAL





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014798965312

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 D115085078-4 00/00000000 R.N.T.R.C. 2019 EXERCÍCIO

NOME ANDREZA KARLA MARQUES CARDOSO

CPF / CNPJ	10681304405
PLACA	OGA2322/PB

BUCA ANT / UF	NOVO PB
CHASSI	9C2JB0100JR108400

ESPECIE TIPO	PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC
COMBUSTIVEL	GASOLINA

MARCA / MODELO	HONDA / POP 110I
CAP / POT / CIL	2 B/109 / CI
CATEGORIA	PARTIC
COR PREDOMINANTE	BRANCA

COTA UNICA	00/00/0000
VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
Faixa LPVA	0
PARCELAMENTO / COTAS	3

PAGAMENTO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	P A G O	29/04/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO	NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA
OBSERVAÇÕES	0

ALUGO GRANDE LOCAL	9999999
DATA	15/05/2019
19721	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036601 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
CARDOSO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1.
PAGAMENTO CONFORME LAUDO MÉDICO DR. ANUAR MURAD FILHO - CRM/PB - 8742 DE 20/01/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030934/20

Vítima: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

CPF: 733.606.274-15

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/08/2019

Titular do CPF: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO : 733.606.274-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO
CPF: 733.606.274-15

MARIA ALICE MARQUES PEREIRA CARDOSO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

