



Número: **0801540-22.2020.8.15.0401**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Umbuzeiro**

Última distribuição : **21/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOANDERSON SILVA MARQUES (AUTOR)		AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36724 133	17/11/2020 09:33	2765091_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, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190694385 Vítima: JOANDERSON SILVA MARQUES

Data do Acidente: 18/02/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOANDERSON SILVA MARQUES

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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

Pag. 00139/00140 - carta_03 - INVALIDEZ

00070070



Carta nº 15236283





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190694385

Vítima: JOANDERSON SILVA MARQUES

Data do Acidente: 18/02/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANDERSON SILVA MARQUES

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 15236418

Pag. 00327/00328 - carta_01 - INVALIDEZ



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: _____ 3 - CPF da vítima: **104.615.374-94** 4 - Nome completo da vítima: **Joanderson Silva Marques**

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

5 - Nome completo: **Joanderson Silva Marques** 6 - CPF: **104.615.374-94**
7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **Rua Joaquina Dantas de Souza** 9 - Número: **S/Nº** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Aroeiras** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58489-000**
15 - E-mail: **mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(83) 99831-8821**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO 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: **05784** CONTA: **0014368** 5
(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 (al 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, **28/11/2019, Campina Grande - PB**

Joanderson Silva Marques
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



***** VIA DO CLIENTE *****
Data: 28/11/2019 Hora de Brasília: 07:39

Deposito em Conta Poupanca

Favorecido
Banco : 237
Agencia: 05704 - QUEIMADOS
Conta : 00000000000000000000-5
Nome : JOANDERSON SILVA MARQUES

Depositante : O PROPRIETARIO
FAVORECIDO
Valor em dinheiro : 28.00
Valor em cheque : 0.00
Valor total : 28.00

Ag. Bradesco : 05704 - QUEIMADOS
Correspondente Banc.: 095 - O BARATEIRO
NSU: 003944253608 Autenticacao: 149421

O O BARATEIRO atua como Correspondente
Bancario do Banco Bradesco S/A.

Conservar este Recibo

CAIXA BRANCA
0000 727 9913

NSU Rede: 632009 Hora Rede: 07:38:37
Terminal: 00100076



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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

104.615.374-94

Joanderson Silvio Marques

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Joanderson Silvio Marques

104.615.374-94

Agricultor

Rua Joaquim Dantas de Souza

S/Nº

Centro

Caraíbas

PB

58499-000

misandocconsultoriaeconomeria@gmail.com

(83) 99831-8821

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POLUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ative uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 5784 CONTA: 14368 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 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

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 (ou nascidos)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Joanderson Silvio Marques

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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: 3 - CPF da vítima: 104.615.374-94 4 - Nome completo da vítima: Joanderson Silva Marques

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

5 - Nome completo: Joanderson Silva Marques 6 - CPF: 104.615.374-94
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Joaquina Dantas de Souza 9 - Número: S/Nº 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aroeiras 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58489-000
15 - E-mail: mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99831-8821

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLISO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 05784 CONTA: 0014368 5 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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) ☐ Divorçado ☐ 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 (já nasceu)? ☐ 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, 28/11/2019, Campina Grande - PB

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE AROEIRAS
Avenida José Pedro de Melo, S/N, Centro Aroeiras, Paraíba.

DECLARAÇÃO

Declaro para os seguintes fins, que JOANDERSON SILVA MARQUES, sofreu um acidente de moto no dia 18 de fevereiro de 2016, na Rua do Rosário em frente a Casa Nova Material de Construção, foi trazido para o Hospital Municipal de Aroeiras, onde foi socorrido pela equipe do hospital, a enfermeira Samara Figueiredo Araújo e o condutor, Samuel de Souza, onde o mesmo foi transferido na ambulância do hospital para o Hospital de Trauma em Campina Grande.

Aroeiras, 29 de agosto de 2019.

Katiuscia R. Souto Mayer

Katiuscia Romualdo Souto Mayer

Diretora Geral



JANAINA TAVARES DA SILVA
RUA JOAQUINA DANTAS DE SOUZA, S/N - CENTRO
ARACERAS / PB CEP: 58489000 (AQ: 109)

Ligação: MONOFÁSICO
Cte/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA RENDIA
Rotam: 2 - 105 - 25 - 1550 Referência: Nov / 2019
Medidor: 00000827902 Emissão: 05/11/2019



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crot. Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58711-430
CNPJ: 08.656.183/0001-40 Ins. Est. 18.615.022-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 022.545.517
Cod. para Dts. Automático: 00000128231

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	05/11/2019	05/12/2019	064.130.584-20 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/883253-1

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Seramos a grade e pode estar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previne.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 07/10/19	Data 05/11/19			
Letra 18021	Letra 1812	1	85	29

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. (R\$)	Imposto (R\$)	Estat. Calc. (R\$)	Pot. (R\$)	Calor. (R\$)
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		COTAX (R\$)	
0001	Consumo até 20kWh-BR	36.000	0.190860	6.73	0.00	0.00	5.12	0.00	0.22
0001	Consumo - 31 a 100kWh-BR	55.000	0.308990	17.97	0.00	0.00	17.97	0.16	0.68
0001	Adic. B. Amarela			0.54	0.00	0.00	0.54	0.00	0.02
0001	Adic. B. Vermelha			0.20	0.00	0.00	0.20	0.00	0.01
0010	Subsídio			22.48	0.00	0.00	22.48	0.20	0.01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			10.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0004	JUROS DE MORA 08/2019			0.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0004	JUROS DE MORA 10/2019			0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0008	MULTA 09/2019			0.59	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0008	MULTA 10/2019			0.81	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0008	Devolução Subsídio			-22.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 37.59 0.00 0.00 47.96 0.40 1.86
Tarifa a Tributos Até 20kWh: 0.190860 Até 100kWh: 0.308990

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12/11/2019	R\$ 37,59

Histórico de Consumo (kWh)

97	94	108	98	102	95	103	97	99	92	91	98
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19

RESERVADO AO FISCO

09f1.b817.2c9f.3cd7.6182.92ce.96a8.d7ed.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)
DIC MENSAL DIC TRIMESTRAL DIC ANUAL DIC MENSAL DIC TRIMESTRAL DIC ANUAL DIC MENSAL DIC TRIMESTRAL DIC ANUAL	0.95 1.00 0.95	NOMINAL CONTRATADA LIMITE INFERIOR LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia - PB	8.63	22.66
Consumo de Energia	17.50	46.72
Serviço de Trazimento	1.27	3.39
Encargos Setoriais	1.28	3.41
Impostos Oribtos e Encargos	14.71	39.00
Outros Serviços	0.50	1.33
Total	37.59	100.00

Valor do E-SD (Ref. 6/2019): R\$ 11.85

ATENÇÃO

- Sua unidade foi registrada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$22,38

Outras informações

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 08204 329174 1 80710000003759

PAGADOR: JANAINA TAVARES DA SILVA - CPF/CNPJ: 064.130.584-20
RUA JOAQUINA DANTAS DE SOUZA, S/N - CENTRO - ARACERAS / PB CEP: 58489000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008204329	000863253201811	12/11/2019	R\$ 37,59	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 08.656.183/0001-40
Br 230, Km 25 - Crot. Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-890

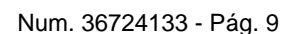
Agência / Código do beneficiário: 3084-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709334234800000035054008

Número do documento: 20111709334234800000035054008

MCO 21-



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO SOCIAL

FICHA SOCIAL

Nome: Joanderson Lima Marques Idade: 14 anos

Como é conhecido(a) Ala V1 Enf. 07 Leito 07

Data de admissão 18/02/16 Procedência Aracaju

Endereço: R. Joaquim Pintas - S/N

Ponto de Referência Trav. ao Colégio Estadual

Com quem reside? Com seus pais e uma irmã

Resp: Isaias Jose Marques Telefone: 9351-0527 (pai)

DADOS SOCIAIS: (pai) 8107-5249 8146-2960 (mãe)

Está inserido em algum Programa Social? Não () Sim (X) Qual? Bolão, Jancão

É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não () Sim (X) Qual? 24. Drogas

Causa da admissão: Acid. de Urato com TCE. (Sic)

Se adulto ou idoso:

Estado civil: casado Tem filhos: Não () Sim () Quantos? 3

Profissão: professor Fuma? Não () Sim () Faz uso de bebida alcoólica?

Não () Sim () Eventualmente () É etilista ()

Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim (X) Não () Que série está cursando? 1º Ano do Ens. Médio

Profissão dos pais ou responsável: pai é do lar, mãe é professora

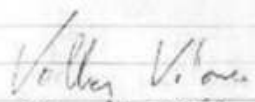
Observações: Segundo o médico, recebeu o seguro
para mãe o "Governo suspendeu" mãe
não a visita, receberam as orientações
sociais e institucionais.

Mod. 070

Assistência Social de São Paulo
Assistente Social
Cristina M2.903



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Joaquim S. M. Mendes			
Data da Operação	Enf.	Leito	
18/2/16			
Operador	1.º Auxiliar		
Dra. Patrícia	D. Valler		
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Apendicite de Ciego + HED			
Tipo de Operação			
Tratamento Cirúrgico do Apendicite de Ciego			
Diagnóstico Pós-Operatório			
B. Mendes			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais			
1) Paciente em D.H. com cabeça elevada 2) Incisão, Anestesia, Antissepsia e Campos Estéreis 3) Incisão bitorcional com recesso de retalho p/ a tórax 4) Identificado apêndice cecal frontal 5) Realizado Cricotomia com perfurador e serra Gigli 6) Identificado lene dorsal com repuxo em retalho de gote + Sargol + Sutura com pule 7) Realizado Cricotomia de novo frontal 8) Realizado Ressecção do Fígado e fixado retalho com 9) Posicionado dreno Porto Vac e fixado em pule 10) Fechamento subcutâneo e pele 11) Anestesia e band			
<div style="text-align: right;">  CRM-PB 9653 </div>			

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>João de Deus Silva Marques</u>	Idade: <u>19</u>
Convênio: <u>315</u>	Data: <u>18/05/16</u>
Procedimento: <u>Implante de quadrantes de resina</u>	
Cirurgião: <u>Diabálber + Dr. Auxiliar</u>	Anestesista: <u>Dr. Horacio</u>
Início: <u>10:30</u>	Término: <u>12:30</u>
Anestesia: <u>Genal</u>	

[illegible][illegible]

Observações:	
Assinatura Anestesiista	Circulante

Relatório de Operação

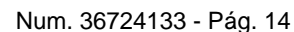
MCO 103



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

maxilla 2/ Alolol
MOD 105





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2. NOME DO ESTABELECIMENTO RECELIANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Identificação do Paciente

3. NOME DO PACIENTE

Joanderson Silva Marques

4. DATA NACIONAL DO NASCIMENTO

03/00/91 1353270

01/06/02

5. NOME DO PAI DO RESPONSÁVEL

Dr. Joazeiro Rêgo - Castro

6. ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

Travessa

205829

2362856

2362856

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

7. HISTÓRICO DA DOENÇA E SINAIS CLÍNICOS

TCE e/ MED + Afundamento craniano

8. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

9. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

10. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

11. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

12. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

13. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

14. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

15. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

16. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

17. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

18. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

19. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

20. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

21. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM

22. EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM



Diagnóstico

TCE com afundamento
crânio frontal + HCB

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Andersson Silva Nogueira			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/10/2016	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dieta zero 2) SED, 92, 1000ml EV 12/12h 3) Dipirona 20ml + AS EV 6/6h (insufic. PO) 4) Tramal 100mg + 100ml SF EV 3/3h (insufic. PO) 5) Omeprazol 40mg EV 1x/d 6) Ceftriaxona (SUSP) 7) Cefuroxima 750mg + SP 250ml SF EV 8/8h (insufic. PO) 8) Neurochom 8mg + AS EV 8/8h S/N 9) Cabeceira elevada 30° 10) Captopril 125mg, 10 ml PA 170x110 11) Hidralazina 10mg + 250ml SF EV 8/8h 12) CCGC + SSUV 		<p>A NE</p> <p>Paciente vítima de trauma motor, distúrbio de consciência, sonolento mas facilmente despertável. GRC, reflexos, pupilas normais, equinismo patológico a (E) extrel hemodinamicamente.</p> <p>CT de crânio: Afundamento frontal sul parietal (E) e HCB subgástrica. Fractura de osso parietal, não sabe informar se tem algias.</p> <p>Col. Informar p/ NE.</p> <p>Guarir das lesões.</p>

Dra. Patrícia P. de Azevedo
NEUROLOGIA
CRM-PB 10.215

Dra. Patrícia P. de Azevedo
NEUROLOGIA
CRM-PB 10.215

W00.031



PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS E REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	05/11/20 02:05
<input type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICÊMIA CAPILAR	
<input type="checkbox"/> REGISTRAR FÂCIES DE DOR	
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES	
<input type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE	
<input type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS	
<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO, HIGIENE OCULAR, NASAL E ORAL	M
<input type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE FIXAÇÃO DE: () TOT () TOT () SGO/SOE () SNG/SNE () SVD () AVP () AVC ()	
<input type="checkbox"/> AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE, RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.	M T N
<input type="checkbox"/> MANTER ELEVADAS AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA	
<input type="checkbox"/> MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSIR, NAUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR	
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR SINAL DE EDEMA	
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS ELIMINAÇÕES.	A++
<input type="checkbox"/> ASPIRAR E TESTAR REFLUXO DE SNG/SNE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA/MEDICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> MANUSEAR ACESSO VENOSO COM LUVA, GAZE E ALCOL 70%	
<input type="checkbox"/> REALIZAR RÓDIZIO DO SENSOR DE OXIMETRIA	
<input type="checkbox"/> AFERIR E REGISTRAR PVC	
<input type="checkbox"/> TROCAR SELO DO DRENO TORÁCICO A CADA 24H	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR LIMPEZA, ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE DO PACIENTE E DESINFECÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E ESTETOSCÓPIO COM ALCOL 70%	M
TEC. ENF.(M)	TEC. ENF.(T)
	TEC. ENF.(N)

RESULTADOS ESPERADOS:

TROCA DE DISPOSITIVOS					
DISPOSITIVO	DATA DE INSERÇÃO	APRAZAMENTO	DATA DA TROCA	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA
SGO/SNG		SGO/SNG 4 dias			
SNE		SNE Trimestral			
SVD	18 02	15/30 dias eixo SN	19 02		
CURATIVO (FO)		Gaze comum Diário			
CURATIVO (AVC)		Gaze comum Diário			
CIRCUITO DE VM		Blocker 7 dias			
FILTRO DE VM		15 dias eixo SN			
UMIDIFICADOR	18 02	4 dias eixo SN	22 02		
ASPIRADOR		4 dias			
LATEX		45/48 horas			
EQUIPO SIMPLES	18 02	24/24 horas	23 02		
EQUIPO NTP		24/24 horas			

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

Paciente com melhora clínica, apresentando
resposta positiva a estímulos verbais.
Ata para enfermagem registrando isso.

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

M. Isabel H. Castro de Lima

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI INFANTIL

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: Janderson Silva Marques		IDADE: 14A	PESO: SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
ADMISSÃO NA UTI: 14.02.20		DATA: 20.02.20	Nº DO PRONTUÁRIO: 3214334
DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE		HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:	
<p>ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:</p> <p>ESTADO GERAL: ESTÁVEL <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> GRAVÍSSIMO <input type="checkbox"/></p> <p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ATIVO/REATIVO <input checked="" type="checkbox"/> HIPÓATIVO <input type="checkbox"/> SEDADO <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/></p> <p>PELE MUCOSAS: CORADAS <input checked="" type="checkbox"/> HIPOCORADAS <input type="checkbox"/> CIANÓSE <input type="checkbox"/> CTERICAS <input type="checkbox"/> HIDRATADAS <input type="checkbox"/> DESIDRATADAS <input type="checkbox"/></p> <p>REGULAÇÃO TÉRMICA: HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> NORMOTERMIA <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTERMIA <input type="checkbox"/> SUBFEBRIL <input type="checkbox"/></p> <p>PRESENÇA DE ÚLCERA DE PRESSÃO: ESTÁGIO: LOCAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> ASPECTO/TRATAMENTO:</p> <p>SENSIBILIDADE / MOTOCIDADE: PRESERVADA <input checked="" type="checkbox"/> PLEGIA <input type="checkbox"/> PARESTESIA <input type="checkbox"/></p> <p>FREQUÊNCIA CARDÍACA: BRADICARDIA <input type="checkbox"/> NORMOCARDIA <input checked="" type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/></p> <p>NÍVEIS PRESSÓRICOS: HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/></p> <p>PULSO: REGULAR <input checked="" type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL <input type="checkbox"/> FIL FORME <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/></p> <p>Padrões Respiratórios: EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/> DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/></p> <p>Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE <input checked="" type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> CNE <input type="checkbox"/> Lamin <input type="checkbox"/> HODOGAP <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> FIO2: SPO2:</p> <p>SIST. GENITOURINÁRIO: ESPONTÂNEA POR FRALDA <input checked="" type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> ASPECTO: DIURIA <input type="checkbox"/> POLIURIA <input type="checkbox"/> OLIGURIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/></p> <p>SIST. GASTROINTESTINAL: VO <input checked="" type="checkbox"/> SOG/SNG n°: SNG/GTM n°: NTP <input type="checkbox"/> DETA ZERO <input type="checkbox"/></p> <p>ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: NORMAL <input type="checkbox"/> AUSENTES <input checked="" type="checkbox"/> DIARRÉICAS <input type="checkbox"/> ASPECTO: ABDOME: PLANO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input checked="" type="checkbox"/> GLOBOSO <input type="checkbox"/> DISTENDIDO <input type="checkbox"/> DOLCROSO A PALPAÇÃO <input type="checkbox"/></p> <p>ACESSO(S) VENOSO(S): S/ACESSO <input type="checkbox"/> PERIFÉRICO <input checked="" type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> DISSECAÇÃO VENOSA <input type="checkbox"/></p> <p>MEMBROS: BOA PERFUSÃO <input checked="" type="checkbox"/> PERFUSÃO DIMINuíDA <input type="checkbox"/> CIANOSE DE EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> 4+ <input type="checkbox"/></p> <p>CURATIVOS: TIPO: LOCAL: ASPECTO:</p>			
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
RISCO DE QUEDA		CD/FR:	
RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR:	
DEBÍTO CARDÍACO DIMINuíDO		RISCO DE SANGRAMENTO	
RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO		CD/FR:	
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA		CD/FR:	
Padrão Respiratório Ineficaz		CD/FR:	
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		DOR AGUDA	
INTEGRIIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
RISCO PARA INTEGRIIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
MOTILIDADE GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL		CD/FR:	
RISCO DE DESEQUILÍBIO ELETROLÍTICO		CD/FR:	
ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA		CD/FR:	
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS		CD/FR:	
RISCO DE DESEQUILÍBIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS		CD/FR:	

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011170933423480000035054008
Número do documento: 2011170933423480000035054008

NCC 126



ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO					ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO				
<p>menor respirando espontâneo. SVD apresentando diurese, realizando curas de SVD. Baixo no leito SVD. Dieta dieta 10 liberada.</p>									
TÉCNICO DE ENFERMAGEM: <i>Janete 452325</i>					TÉCNICO DE ENFERMAGEM:				
SONDAS, CATETERES E DRENOS									
SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TOT	SNE	SNG	DRENOS
ÚLTIMA EVACUAÇÃO:		ASPECTO:		BALANÇO HÍDRICO ATUAL:		BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:		BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:	
FERIDAS / LESÕES					CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS				
ENFERMEIRO:					ENFERMEIRO:				



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOUTOR LUIZ GONZAGA FERNANDES
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

Nome: Janderson Silva Marques

HD: 926

SETOR: UTI Int

LEITO: 05

DATA: 20.10.20

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
ARRO																								
TERIAL		190/64			165/36 (68%)																			
SOFC		76			80																			
PERATURA		36,9			37,8																			
PIRAÇÃO		88			24																			
O2		99/			100/																			
I N F U S O E S V E N O S A S																								
5%																								
1%																								
IO EXTRA																								
AÇÃO																								
LGESIA																								
RCACÕES				54				500				54												
A																								
A																								
ODERIVADOS																								
I N F U S O E S V E N O S A S																								
A																								
IA																								
RCACÕES																								
D R E N A G E N S																								
IVOMITOS																								
ES																								
RESE		300			300																			
ODIALISE																								
NO TORAX D																								
NO TORAX E																								
NO SUÇÃO																								
AVITARIO																								
IHD 12H DIA=																								
PERDAS 12H DIA=																								
BH DIA=																								
GANHOS 12H NOITE=																								
PERDAS 12H NOITE=																								
BH NOITE=																								
IHD 24H DIA=																								
PERDA 24H + 1000ML=																								
BH 24H=																								
INATURA:																								
ASSINATURA:																								





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI INFANTIL

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Janderson Silva Marques IDADE: 4 A PESO: 14 SEXO: M ☒ F ☐
ADMISSÃO NA UTI: 17/02/16 DIA: 17 DIA: 02/03/16 LEITO: 04 DATA: 17/02/16
DIAGNÓSTICO MÉDICO: TLE N° DO PRONTUÁRIO: 123456
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAS:
ESTADO GERAL: ESTÁVEL ☒ REGULAR ☒ GRAVE ☐ GRAVÍSSIMO ☐
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ATIVO/REATIVO ☐ HIPÓTIVO ☒ SEDADO ☐ COMATOSO ☐
PELE MUCOSAS: CIGRADAS ☐ HIPOCIGRADAS ☒ CIANOSE ☐ ICTERICAS ☐ H. DRATADAS ☐ DES. DRATADAS ☐
REGULAÇÃO TÉRMICA: HIPOTERMIA ☐ NORMOTERMIA ☒ HIPERTERMIA ☐ SUBFERNI ☐
PRESENÇA DE ÚLCERA DE PRESSÃO: ESTÁGIO: LOCAL
SIM ☐ NÃO ☒ ASPECTO/TRATAMENTO:

SENSIBILIDADE / MOTOCIDADE: PRESERVADA ☒ PLEGIA ☐ PARESTESIA ☐
FREQUÊNCIA CARDÍACA: BRADICARDIA ☐ NORMOCARDIA ☒ TAQUICARDIA ☐
NÍVELS PRESSÓRICOS: HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐
PULSO: REGULAR ☒ IRRREGULAR ☐ IMPALPÁVEL ☐ FILIFORME ☐ CHEIO ☒
PADRÕES RESPIRATORIOS: EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐
OXIGENOTERAPIA: AMBIENTE ☒ MV ☐ CNF ☐ Lím ☐ HOOD/CNP ☐ VM ☐ FIO2: SP02

SIST. GENITOURINÁRIO: ESPONTÂNEA POR FRALDO ☐ SVD ☒ ASPECTO:
(DIURSE) DISÚRIA ☐ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA ☐ HEMATÚRIA ☐
SIST. GASTROINTESTINAL: VÔ ☐ SÓG. SNG n° ☐ SNG. GTM n° ☐ NTP ☐ DIETA ZERO ☒
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: NORMAL ☐ AUSENTES ☒ DIARRÉICAS ☐ ASPECTO:
ABDOMEN: PLANO ☒ FLÁCIDO ☐ GLC. BOSO ☐ DISTENDIDO ☐ DOLOROSO À PALPAÇÃO ☐
ACESSO(S) VENOSO(S): S. ACESSO ☐ PERIFÉRICO ☒ CENTRAL ☐ DISSECÇÃO VENOSA ☐
MEMBROS: BOA PERFUSÃO ☒ PERFUSÃO DIMINUIDA ☐ CIANOSE DE EXTREMIDADES ☐ EDEMA ☐ 4+ ☐
CURATIVOS: TIPO: aluno LOCAL: FO ASPECTO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO	<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DOR AGUDA
<input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOTILIDADE GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio Eletrolítico	CD/FR:
<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO Desequilibrada: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio do Volume de Líquidos	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

SE-0128



PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		APRAZAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS E REALIZAR BALANÇO HÍDRICO		14 12 20 22 02 25
<input type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE Glicemia CAPILAR		
<input type="checkbox"/> REGISTRAR FASES DE DOR		
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FISIOLÓGICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES		
<input type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE		
<input type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS		
<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO, HIGIENE OCULAR, NASAL E ORAL		
<input type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE FIXAÇÃO DE: () TOT () TOT () SOC/SDE () SNG/SNE () SVD () AVP () AVC ()		
<input type="checkbox"/> AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE, RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE		15 16 22
<input checked="" type="checkbox"/> MANTER ELEVADAS AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA		17 T 11
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NÁUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR		17 T 11
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR SINAL DE EDEMA		
<input type="checkbox"/> REGISTRAR FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS ELIMINAÇÕES		
<input type="checkbox"/> ASPIRAR E TESTAR REFLUXO DE SNG/SNE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA/MEDICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> MANUSEAR ACESSO VENOSO COM LUVA, GAZE E ÁLCOOL A 70%		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR PODIZO DO SENSOR DE OXIMETRIA		17 18 24 06
<input type="checkbox"/> AFERIR E REGISTRAR PVC		
<input type="checkbox"/> TROCAR SELO DO DRENO TORÁCICO A CADA 24H		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR LIMPEZA, ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE DO PACIENTE E DESINFECÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E ESTETOSCÓPIO COM ÁLCOOL A 70%		

TEC. ENF. (M)

TEC. ENF. (T)

TEC. ENF. (N)

RESULTADOS ESPERADOS:

TROCA DE DISPOSITIVOS					
DISPOSITIVO	DATA DE INSERÇÃO	APRAZAMENTO	DATA DA TROCA	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA
SOC/SNG	17 02	SOC/SNG: 4 dias	20 02		
SNE		SNE: Trimestral			
SVD	17 02	15/30 dias e/ou SN	18 03		
CURATIVO (FO)		Gaze comum: Diário			
CURATIVO (AVC)		Gaze comum: Diário			
CIRCUITO DE VM		Biclavos: 7 dias			
FILTRO DE VM		15 dias e/ou SN			
UMIDIFICADOR	17 02	4 dias e/ou SN	22 02		
ASPIRADOR		4 dias			
LATEX		48/12 horas			
EQUIPO SIMPLES	17 02	24/24 horas			
EQUIPO NTP		72/72 horas	21 02		
		24/24 horas			

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

11. Resegando TC de crânio após
avaliação por Dra. Patrícia (Neuro).
Realizar curativo em FO.
Retirar SNG por orientação médica.

M. Isidoro F. Castro de Lima
ENFERMEIRA

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL



ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

Novo exame EGC, porém estável, abdu
SVO plástica, resp. de auto, d-v
Monitora, amarelo respir. por SVD
Segue SVD fluidação?
Balizão TC de orário, Betuado SGA
por Orário médica.

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

Novo Exame EGC, porém estável, abdu
SVO plástica, resp. de auto, d-v
Monitora, amarelo respir. por SVD
Segue SVD fluidação?
Balizão TC de orário, Betuado SGA
por Orário médica.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: MC 146707

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Vânia 3860

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS

ÚLTIMA EVACUAÇÃO:

ASPECTO:

BALANÇO HÍDRICO ATUAL:

BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:

BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:

FERIDAS / LESÕES

CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS

ENFERMEIRO:

ENFERMEIRO:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

Paciente: <u>Anderson Silva Marques</u>		ID: <u>T.C.E.</u>		Setor: <u>VIS</u>		Leito: <u>04</u>		Data: <u>19/02/16</u>																
VARIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
RTERIAL	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
SOFC	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
TEMPERATURA	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5
PIRAÇÃO	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
02	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
I N F U S O E S V E N O S A S																								
09%																								
9%																								
IO EXTRA																								
IAÇÃO																								
LCESIA																								
ICAÇÕES																								
IA																								
ADERIVADOS																								
I N F U S O E S V E N O S A S																								
A																								
IA																								
ICAÇÕES																								
VÔMITOS																								
ES																								
RESE																								
ODIALISE																								
NO TÓRAX D																								
NO TÓRAX E																								
NO SUÇÃO																								
AVITARIO																								
IHOS 12H DIA=		PERDAS 12H DIA=		BH DIA=		GANHOS 12H NOITE=		PERDAS 12H NOITE=		BH NOITE=														
2.126,8		690		1436,8		1612		130		882														
IHOS 24H DIA=		PERDA 24H = 1000ML =		2420		BH 24H =		1318,8																
3.138,8																								
INATURA: <u>SPS</u>		ASSINATURA: <u>SPS</u>																						



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOÃO ANDERSON SILVA MANGUES Registro: 1277384 Leito: 07 Setor Atual: UTI - P
Idade: 44 Sexo: M Cor: Pardo Estado Civil: --- Nacionalidade: Brasileiro Profissão: ---
Procedência: () Menor () Amador () Verde () JUI (x) CC () Alta () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: 18/02/16 Data da internação no setor: 18/02/16
Tem um cuidador/Responsável: () Quem?
Telefone: --- Tem acesso a uma UBS: () Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: --- Alergias: () Qual: ---
Doenças: () HAS () DM () IDPOC () Cardiopatia () Obesidade () Hepatista () Ex-hepatista () Neoplasia
() Alcoolismo () Drogadição () Outros: --- Medicamentos em uso: ---

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Trauma de crânio

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: 108 bpm; FR: 24 lpm; PA: 143x74 mmHg; FC: 108 bpm; SpO2: 100 %
HGT: --- mgt; Peso: --- Kg; Altura: --- cm Dor: () Local: --- Obs: ---

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

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 () Mioticas () Midriáticas
Mobilidade Física: (x) Preservada () Parésia () Plegia () Paratonia Local
Linguagem: Alteração: () Qual? () Dislalia () Afasia () Disfasia () Disgrafia

Obs:

OXIGENACAO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi () Prm () Traqueostomia () AyroTubo T
() VMNI () VMI TOT n° --- Comissura labial n° --- FiO2 --- % PEEP --- cmH2O
(x) Espirra () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () ID () JE
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: --- Dreno de tórax: () ID () JE () Selo d'água
Data da inserção do dreno: --- / --- / --- Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria arterial: PH --- PCO2 --- PO2 --- HCO3 --- EB --- SpO2 --- Data: --- / --- / --- Hora: ---

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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





ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO					ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO				
<p>Às 16:00 h. Paciente admitido neste setor vindo do C.C. vítima de acidente de moto, drupo de sucção no crânio, SVD com durice presente normal, consciente, realizando SSU e monitorizado, segue sob os cuidados da enfermagem.</p> <p><i>grupos 425050</i></p>					<p>Paciente chegou em U3 com lesões com oclusão nas pernas, SVD e drupo de sucção, apresenta-se consciente, constante, apresenta SVD com durice presente, segue sob os cuidados da equipe.</p> <p>23h - Pac. apresenta Vómito (Sangue e 250 ml) pelo nariz, medicação prescrita para SVD, sob observação pela enfermagem.</p>				
TÉCNICO DE ENFERMAGEM:					TÉCNICO DE ENFERMAGEM: <i>grupos 425050</i>				
SONDAS, CATETERES E DRENOS									
SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TQT	TQT	SNE	SNG	DRENOS
ÚLTIMA EVACUAÇÃO:		ASPECTO:		BALANÇO HÍDRICO ATUAL:		BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:		BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:	
FERIDAS / LESÕES					CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS				
ENFERMEIRO:					ENFERMEIRO:				



FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Anderson Silva Marques ID: YCE SETOR: UTI - INF LEITO: 07 DATA: 18/02/16

HORARIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PAV. ARTERIAL																														
PULSO FC																														
TEMPERATURA																														
RESPIRAÇÃO																														
SAT O2																														
PVC																														
ITA																														
HGT																														
INFUSÕES																														
VENOSAS																														
DIETA																														
ÁGUA																														
MEDICAÇÕES																														
DRG																														
FESES																														
DIURESE																														
HEMODIALISE																														
DRENO TÓRAX D																														
DRENO TÓRAX E																														
DRENO SUCCOAO																														
D. CAVITARIO																														
DVE																														
GANHOS 12H DIA																														
PERDAS 12H DIA																														
BH DIA																														
GANHOS 12H NOITE																														
PERDAS 12H NOITE																														
BH NOITE																														
GANHOS 24H																														
PERDA 24H																														
ASSINATURA																														



Sr(a): JOANDERSON SILVA MARQUES
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Protocolo: 0000260057
Data: 18/02/2016 19:10
Idade: 14 anos
RG: NÃO INFORMADO
Origem: UFFPR/TRAUMACA
Destino: Local: 07

ALANINE AMINOTRANSFERASE (ALT/TGP)

Lab. de Análises Clínicas - 19/11

Resultado

39 U/L

Resultados anteriores:
Método utilizado: ELISA
Método utilizado: ELISA

Edição
Edição

Edição/Macêdo de França
Edição/Macêdo de França
CRM 4732

OUTUBRA LARDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO, BRASILEIRA, SOLTEIRA,
CPF 094.812.324-42, ADVOGADA OAB/PB 24.824, MARILIA MOURA DE
ASSIS, BRASILEIRA, SOLTEIRA, CPT 050.007.257-59, ADVOGADA OAB/PB
10.098, EVERALDO DA COSTA AGRA NETO, BRASILEIRO, CASADO, CPT
007.231.824-66, OAB/PB 24.994, COM EMPREGO PROFISSIONAL LOCALIZADO
NO CENTRO JURIDICO ROVALDO CUNHA LIMA, SITUADO NA RUA VICE
PREFEITO ANTONIO DE CARVALHO SOUZA, 430, 11º ANDAR, SALA 1102,
ESTACAO VILHA CAMPINA GRANDE - PB

PODERES: Para o fim em geral, com o fim especial de informar a
a JUSTICA, podendo praticar todos os atos judiciais necessários ao bom andamento
deste mandado, inclusive, contratar, transacionar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual
se funda a ação, receber, respectiva, a quantia e demais compensações, indenizações, honorários
substitucionais, com ou sem recursos de apelação, até final decisão.

Campina Grande, 18, 02 de SETEMBRO de 2016

Outorgante

Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Souza, 430, 11º andar, Sala 1102, Estação Vilha
Campina Grande, 57020-000, Campina Grande, PB
Telefone: (83) 3322-3290





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: JOANDERSON SILVA MARQUES Protocolo: 0000260057 RG: NÃO INFORMADO
Data: 18-02-2016 19:19 Origem: UTI PEDIÁTRICA
Idade: 14 anos Destino: Leito 197

URÉIA

DATA DE COLETA: 18/02/2016 19:19

Resultado: 18 mg/dl

Resultados anteriores:

Método: Jaffe

Método: Sistema Automatizado DECIPIER

Observação:

CREATININA

DATA DE COLETA: 18/02/2016 19:19

Resultado: 1,0 mg/dl

Resultados anteriores:

Método: Jaffe

Método: Sistema Automatizado DECIPIER

ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (AST/TGO)

DATA DE COLETA: 18/02/2016 19:19

Resultado: 32 U/L

Resultados anteriores:

Método: Jaffe

Método: Sistema Automatizado DECIPIER

Referências: 0-14 < 1,0 mg/dl
0-14 < 1,0 mg/dl
Adultos: 0-14 < 1,0 mg/dl
Adultos: 0-14 < 1,0 mg/dl
Referências: 0-14 < 1,0 mg/dl
Referências: 0-14 < 1,0 mg/dl
Referências: 0-14 < 1,0 mg/dl
Referências: 0-14 < 1,0 mg/dl

Referências: 0-14 < 1,0 mg/dl
Referências: 0-14 < 1,0 mg/dl

Edição: 18/02/2016 19:19
Edição: 18/02/2016 19:19
Edição: 18/02/2016 19:19
Edição: 18/02/2016 19:19



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	JOANDERSON SILVA MARQUES	Protocolo:	0000260057	RG:	NAO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	18.02.2016 (9:10)	Origem:	CLINICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	14 anos	Destino:	Exa. OP

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA 30.2 seg

UNIDADE NA COLETA: 200.000 U/L (1:10)
Reagentes: Plasma
Reação: Tromboplastina Ativada (TTPA) COMPLETO

Valores de Referência:
12 a 35 segundos
Método: Tromboplastina Ativada (TTPA)

A TTPA pode estar aumentada em indivíduos em uso de anticoagulantes orais, medicamentos antifibrinolíticos e fibrinolíticos.

A redução da TTPA pode ser observada em indivíduos com uso de anti-histamínicos, diureticos, contraceptivos orais, fibrinolíticos e esteróides anabolizantes.

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

UNIDADE NA COLETA: 200.000 U/L (1:10)
TEMPO DE PROTROMBINA 18.2 Seg
ATIVIDADE DE PROTROMBINA 62 %
INR 1.47
Resultados anteriores:
Plasma Controle 12.5

12 a 18 seg

60 a 100 % de atividade de protrombina

INR 1.0

Reagentes: Plasma

Reação: Cromatografia automática NBT- Cito 125

Edicéia
Edicéia Macedo de França
Biomedica
CRM 4732



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



GOVERNO
DA PARAIBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Nome: JOANDERSON SILVA MARQUES

Protocolo: 000026/0057

RG: SÃO CARLOS

Idade: SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA

Data: 18-02-2016 19:19

Origem: UTE PEDIÁTRICA

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Idade: 14 anos

Destino: Leito 107

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:19]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4.26 milhões/mm ³	3.75 - 5.25 milhões/mm ³
Hemoglobina	13,8 g/dL	13,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	42 %	38,0 - 48,0 %
V.C.M.	99 fL	82,0 - 101,0 fL
H.C.M.	32 pg	27,0 - 32,0 pg
H.C.H.	33 g/dL	32,0 - 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	12.300 /mm ³	4.500 - 13.500 /mm ³
	(#)	(/mm ³)

Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Núcleo	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	2,0	246	
Segmentados	87,0	10.701	40 - 70 % - 1.800 - 7.000 /mm ³
Eosinófilos	2,0	246	0,5 - 5,0 % - 150 - 500 /mm ³
Basófilos	0	0	0 - 2,0 % - 0 - 400 /mm ³
Linfócitos			
Típicos	6,0	738	20 - 40 % - 1.000 - 4.000 /mm ³
Atípicos	0	0	
Monócitos	3,0	369	2,0 - 10,0 % - 100 - 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	192.000 mm ³		140.000 - 400.000 /mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Edicléia

Edicléia Macedo de França
Biómedica
CRM 4732



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



UTI INFANTIL - PRESCRIÇÃO MÉDICA

LEITO 07
DATA DE NASCIMENTO:

ATA:	NOME:	IDADE:	PESO:	DATA DE NASCIMENTO:
NOZ/16	JOANDERSON SILVA MARQUES	14a	110kg	
PRESCRIÇÃO E TRATAMENTO	DOSE	VIA	INTERVALO	
1. DIETA SUSPENSIVA	em lactado - Dieta -			etc
2. Venocise	50ml	50ml	EV	6h
3. MEDICAÇÕES				
1. Ceftriaxona 750mg - 1 FA + 250ml SF 0.9%		EV	6h	16 18 20 22
2. Tramal 100mg - 1 FA + 100ml SF 0.9%		EV	8h	ACM
3. Cuprofen 25mg - 1 CP + 100ml SF 0.9%		VO		
4. Hidantal 100mg - 1 FA + 250ml SF 0.9%		EV	8h	16 22 26
5. Diprofona 500mg - 2MB + 100ml AD		EV	8h	ACM
6. Omeprazol 40 mg - 1 FA + 10 ml AD		EV	24h	16
7. Cl. 10mg		EV	500mg	ACM
8. Paracetamol 1000mg - 40ml + 500ml SF 0.9%		EV	8h	16 18 20 22
9. CUIDADOS				
1. CATHETER ELEVADA A 10CM				
2. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
3. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
4. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
5. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
6. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
7. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
8. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
9. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
10. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
11. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
12. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
13. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
14. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
15. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
16. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
17. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
18. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
19. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
20. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
21. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
22. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
23. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
24. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
25. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
26. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
27. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
28. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
29. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
30. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
31. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
32. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
33. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
34. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
35. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
36. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
37. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
38. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
39. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
40. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
41. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
42. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
43. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
44. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
45. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
46. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
47. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
48. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
49. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
50. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
51. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
52. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
53. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
54. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
55. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
56. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
57. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
58. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
59. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
60. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
61. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
62. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
63. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
64. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
65. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
66. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
67. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
68. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
69. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
70. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
71. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
72. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
73. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
74. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
75. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
76. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
77. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
78. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
79. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
80. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
81. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
82. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
83. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
84. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
85. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
86. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
87. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
88. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
89. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
90. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
91. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
92. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
93. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
94. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
95. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
96. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
97. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
98. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
99. SUT. PA. FEG e snta snta snta				
100. SUT. PA. FEG e snta snta snta				



UTI INFANTIL - PRESCRIÇÃO MÉDICA

LEITO 04

DATA:	NOME:	IDADE:	PESO:	CAT. DE NASCIMENTO:
18/02/16	JOANDERSON SILVA MARQUES	14a	110kg	
PRESCRIÇÃO E TRATAMENTO				
1. DIETA SUSPensa				
2. Vendolise SG 5% 50ml NaCl 20% 4.4ml Kcl 10.1% 5.0ml				
3. MEDICAÇÕES				
00	• Cefotaxima 750mg - 1 FA + 250ml SF 0.9%	EV	8h	
	• Tramal 100mg - 1 FA + 100ml SF 0.9%	EV	8h	
	• Captopril 25mg - 1 CP sa PA= 120x110	VO		
	• Hidralazil 100mg - 1 FA + 250ml SF 0.9%	EV		
	• Diprovera 500mg - 1 FA + 10ml AC	EV	8h	ACM
	• Candesartano 40mg - 1 FA + 10 ml AC	EV	24h	
	• SF 0.9%	EV	8h	
	• Naloxon 40mg - 1 FA + 10 ml de SF 0.9%	EV	8h	
4. CUIDADOS				
	• Cabelo limpo			
	• BH BA 1x24h			
	• Manter calças			
	• Manter diurese			
	• Auscultação de TA			



Conduta:

1) Nutricional: Dieta livre Bando

2) Hidroeletrolítico: Monitorado

3) Respiratório: Monitorado

4) Infecioso: Monitorado

5) Hemodinâmico: Monitorado

6) Sedação: Sem Sedação

7) Suporte: Dexametasona 40mg
Painel 300mg/100cc
Fentanyl (5mg), Diprivan (5mg)
Nasobion (4mg/100ml), 9mg (18mg)

8) Exames:

9) Parecer:

Conduta = Alto do UTI Pediátrica



EVOLUÇÃO DIÁRIA - UTI PEDIÁTRICA

Data de admissão UTIP: 30/10/2026		Paciente: <u>Joanderson Fabio Marques</u>	
DATA atual: 30/10/26 HORA: 08:30		Idade: <u>54 anos</u> Peso: <u>80</u> Kg.	
DIH: <u>3</u> DI UTI			
HQ: TCE por acidente motociclistico, MEO drenado, 2º DPO de drenagem de MEO			
INTERCORRÊNCIAS: <u>Paciente segue sem intercorrências (respiratórias, cardíacas e/ou outras)</u>			
DADOS DE ENFERMAGEM T: 36,5 - 37,4 C Δ FC: 65 - 78 bpm Δ FR: 18 - 30 rpm Δ SAO: 94 - 95% L: APT: 323 - 348 mmHg Δ PAD: 105 - 78 mmHg Δ PAM: 83 - 88 mmHg A: Glicemia capilar GBS:		BALANÇO HÍDRICO Peso na entrada: 80 kg ENTRADAS: Oral: 336,8 IV: 320 Medicação: 320 Egressos: Urinário: 3743,8 Final: + 2323,8 DÉBITO URINÁRIO: 0,49 ml/kg TFG:	
EXAME FÍSICO: EBR, eupneico, hipoventilação hiperóxica (+/+), dimetria, abarcação, afilado ao toque, normoventilado.		PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> TINT <input type="checkbox"/> T01 <input type="checkbox"/> T02 <input type="checkbox"/> CATETER VESICAL <input type="checkbox"/> CATETER DRENAGEM PLEURAL <input type="checkbox"/> DRENAGEM PLEURAL <input checked="" type="checkbox"/> DRENAGEM COLELÍTICA <input type="checkbox"/> MEDIANSTINAL <input type="checkbox"/> CATETER ARTERIAL <input type="checkbox"/> TAP <input type="checkbox"/> SVE <input type="checkbox"/> SKE <input type="checkbox"/> OTT <input type="checkbox"/> CATAS NUTRICIONAL / HIDROELÉTRICO Dieta Suplementar SNG: 500 ml - 500 ml (1200) Iso: 34; K: 2,5%	
RESPIRATORIO: MVE em AHT, sem RA		SUPOORTE VENTILATORIO MODOS: <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> FC PIP: <input type="checkbox"/> PEEP FiO2: <input type="checkbox"/>	
CARDIOVASCULAR: RCR em AT, BCR, SI, SPO2		SUPOORTE VENTILATORIO Dias de uso:	
FC: 82 bpm TEC: < 3 N/A J42 64 mmHg PAM: 8 mmHg PzC:		Ceftriaxona (100) 750 mg de 8/8h	
DIGESTIVO / ABDOMINAL: Glóbulo, flácido, depressível, com RHA (+) e hipotônico, sem visceromegalias, incolor o peritônio superficial (ou profundo).		HEMODINÂMICO Ø	
RENAL / METABOLICO: Diurese preservada, concentrada. Presença de edema periorbitário bilateral (2x4+)		SEDAÇÃO / ANALGESIA Ø	
NEUROLÓGICO: Consciente, orientado, sensível, estável, reflexos, com ECG = 35.		MEDICAÇÃO DE SUPORTE Hidralol 300 mg 1dx Imopressol, Ceftriaxona, Noradrenalina	
INFECÇÃO / HEMATOLOGICO: Afilado ao toque, sem petéquias, sem rubor, sem hiperemia, sem sinais de infecção. Sem sangramentos óbvios.		Transf.	
PSICOLÓGICO / SOCIAL: Acompanhado do pai			





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME	DANTERSON SILVA MACIEL	
Nº PRONTUÁRIO		
ENF.		LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	<u>Exames de Tórax</u>	
	+ Vasos de 7H 25 14H	
19/10	AT: 36,5 - 37,2	APAS: 123 - 143 mmHg
19/10	AF: 64 - 73 bpm	APAD: 58 - 78 mmHg
19/10	AF: 18 - 22 bpm	APAS: 94 - 95 mmHg
19/10	ASAT: 94 - 97%	Diase: 0,5 mmHg
	# Arterial	
	# Intervenções	
	- Pulso TC de crânio, foi avaliado pelo neurologista que observou combóio satisfatório e sem SNE	
	- Melhorar dos rônquos	
	- Iniciar Hidratação	
	- Monitorar hemodinâmica	
	Exame ECG Comprometido, supraventricular, aPTal, irregular, anormal, glaucoma: 15	
	Edema e equinore de palpatas	
	RCR em 2º grau, S/S	FC: 70 bpm
	- pulso radial palpável	
	- MUC em APT, sem R2	
	- Abdomen deprimido	
	CD Ringer lactat 500ml, ex	
		Ass: Marcos Fontes Médico Pediatr CRM-PB 5601

WCE 301

Ass



Conduta:

1) Nutricional: dieta magra
restrita sal

2) Hidroeletrolítico: manter O₂ 100% 50-60%
Na 3, K 2,5

3) Respiratório: ver ventilação

4) Infecioso: manter de 100%

5) Hemodinâmico: \emptyset

6) Sedação: \emptyset

7) Suporte: mantido

8) Exames: Cap + H₂O₂ nasado

9) Parecer:





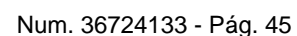
EVOLUÇÃO DIÁRIA - UTI PEDIÁTRICA

Data de admissão UTIP: 19/06/16		Paciente: <i>Frederico Silva Tranquero</i>																												
DATA atual: 19/06/16 HORA: 7h		Idade: <i>14 AN</i> Peso: <i>110</i> Kg																												
DIH: <i>22</i> DI UTI																														
HD: <i>PCE por conduta metódica; MED uterino, 12 dro de chma - 4pm de MED.</i>																														
INTERCORRÊNCIAS: <i>Aumentou 2 episódios de vômitos sangüinolentos e em treva com menor quantidade de sangue. Febrícula na SNE por um tempo de neuroleptia iniciada em dor de garganta.</i>																														
DADOS DE ENFERMAGEM	BALANÇO HÍDRICO	PROCEDIMENTOS INVASIVOS																												
<i>ΔT: 36,5°C</i> <i>ΔFC: 70-109 bpm</i> <i>ΔFR: 20-26 rpm</i> <i>ΔRC: 97-100</i> <i>Exatões: 0</i> <i>ΔPAS: 135-145 mmHg</i> <i>ΔD: 66-89 mmHg</i> <i>ΔPAM: 90-102 mmHg</i> <i>ΔGlicemia capilar: 90 mg/dL</i> <i>QVS:</i>	<table border="1"><thead><tr><th>ENTRADAS</th><th>SAÍDAS</th></tr></thead><tbody><tr><td>Unifonte: <i>0</i></td><td>Resíduo: <i>470</i></td></tr><tr><td>Venoclise: <i>2387</i></td><td>Diurese: <i>200</i></td></tr><tr><td>NTZ:</td><td>Dieta: <i>1000</i></td></tr><tr><td>Vesicula: <i>818</i></td><td>Exatões:</td></tr><tr><td><i>+ 300C</i></td><td></td></tr><tr><td><i>Gravidade: - 964 mL</i></td><td></td></tr><tr><td>OEBITO URINÁRIO: <i>1,5</i> mL/gH</td><td></td></tr><tr><td>TFG:</td><td></td></tr></tbody></table>	ENTRADAS	SAÍDAS	Unifonte: <i>0</i>	Resíduo: <i>470</i>	Venoclise: <i>2387</i>	Diurese: <i>200</i>	NTZ:	Dieta: <i>1000</i>	Vesicula: <i>818</i>	Exatões:	<i>+ 300C</i>		<i>Gravidade: - 964 mL</i>		OEBITO URINÁRIO: <i>1,5</i> mL/gH		TFG:		<table border="1"><thead><tr><th>PROCEDIMENTOS INVASIVOS</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> TET <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> PQT</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> CATETER VESICAL</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> CATETER GASTROENTERAL</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> DRENAGEM PLEURAL <i>X DRENADO</i></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> MEDIASTINAL <i>na SNE</i></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> CATETER ARTERIAL</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> DINT <i>X SNG</i> <i>SNE DIT</i></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> D.PAS</td></tr></tbody></table>		PROCEDIMENTOS INVASIVOS	<input type="checkbox"/> TET <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> PQT	<input type="checkbox"/> CATETER VESICAL	<input type="checkbox"/> CATETER GASTROENTERAL	<input type="checkbox"/> DRENAGEM PLEURAL <i>X DRENADO</i>	<input type="checkbox"/> MEDIASTINAL <i>na SNE</i>	<input type="checkbox"/> CATETER ARTERIAL	<input checked="" type="checkbox"/> DINT <i>X SNG</i> <i>SNE DIT</i>	<input type="checkbox"/> D.PAS
ENTRADAS	SAÍDAS																													
Unifonte: <i>0</i>	Resíduo: <i>470</i>																													
Venoclise: <i>2387</i>	Diurese: <i>200</i>																													
NTZ:	Dieta: <i>1000</i>																													
Vesicula: <i>818</i>	Exatões:																													
<i>+ 300C</i>																														
<i>Gravidade: - 964 mL</i>																														
OEBITO URINÁRIO: <i>1,5</i> mL/gH																														
TFG:																														
PROCEDIMENTOS INVASIVOS																														
<input type="checkbox"/> TET <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> PQT																														
<input type="checkbox"/> CATETER VESICAL																														
<input type="checkbox"/> CATETER GASTROENTERAL																														
<input type="checkbox"/> DRENAGEM PLEURAL <i>X DRENADO</i>																														
<input type="checkbox"/> MEDIASTINAL <i>na SNE</i>																														
<input type="checkbox"/> CATETER ARTERIAL																														
<input checked="" type="checkbox"/> DINT <i>X SNG</i> <i>SNE DIT</i>																														
<input type="checkbox"/> D.PAS																														
		NUTRICIONAL / HIDROELETRICO																												
		<i>Alta suplementar</i> <i>QNV 1001 de 51</i> <i>R302,5 No 3</i>																												
EXAME FÍSICO: <i>ECG, supino, disparea (24h+), brônco, congestivo, auscultos, purpura, edema</i>		SUPORTE VENTILATÓRIO																												
RESPIRATÓRIO: <i>MV+ MV, em ventilação, com volume variável</i>		<i>Ure ventilar</i>																												
CARDIOVASCULAR: <i>ECG 24h, PNE em MV</i>		SUPORTE VENTILATÓRIO																												
FC: <i>96</i> bpm TBC: <i>23</i> LPA: <i>123</i> x <i>49</i> mmHg PAM: <i>94</i> x mmHg PVS: <i>94</i> x mmHg		<i>Apneia em D1</i> <i>4-6 mg de SIV h</i>																												
<i>Pulso mediano, presente e simétrico, amplexo</i>		HEMODINÂMICO																												
DIGESTIVO/ABDOMINAL: <i>Abdo indurável, inchado, sem VNG, RUS</i>		<i>0</i>																												
RENAL/METABÓLICO: <i>urina W, concentrada, edema periorbitais bilateral (24h+ 22 D e 3+ 4+ 22 E)</i>		SEDAÇÃO / ANALGESIA																												
NEUROLÓGICO: <i>normais, orientado, incontinente, eqüimotor periorbitais bilateral, mais inchado 22 E. Glasgow 15</i>		<i>0</i>																												
INFECIOSO/HEMATOLÓGICO: <i>vásico, sem sangramento ativo</i>		MEDICAÇÃO DE SUPORTE																												
PSICOLÓGICO/SOCIAL: <i>acompanhado do pai</i>		<i>Kordantal 30mg bid</i> <i>Amefogel</i> <i>Naloxona</i> <i>Adiponave</i>																												

900 910



© 2007 by The McGraw-Hill Companies



NOME	N° PROVENTUARIO	
<i>Armandinho Silva Marques</i> U T I	FOL.	LITTO


Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

[illegible]

1402 007

depois sempre um rearranjoamento não mais estável



 SUS	Sistema	Ministério	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
	Único de Saúde	da Saúde		

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE		4 - CSES

5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5.1 - NOME DO PACIENTE <i>Isacanderon Silva Unanquer</i>		6 - NOME DO RESPONSÁVEL
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
10 - NOME DO VIZ DO RESPONSÁVEL	11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CEP)	12 - CIDADE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - CIDADE DO RESPONSÁVEL	15 - UF
16 - NOME DO RESPONSÁVEL	17 - CIDADE DO RESPONSÁVEL	18 - UF

19 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	23 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
24 - DIAGNÓSTICO (CNS)	25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO
26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO	27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ASSOCIADO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

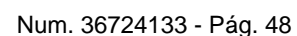
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>Paciente vítima de TCE e MED</i>

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>SUELIO MOREIRA TORRES</i>	PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DE SOLICITAÇÃO <i>19/02/16</i>
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (INSERIR Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)	43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45 - END. ORGÃO EMISSOR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (INSERIR Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)
48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	49 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO ESTABELECIMENTO



94

MCD 010

GRADE: HQ

DATA	15/02
HORA	11h09
Ph	7,34
pO ₂	29,3
pCO ₂	59,4
HCO ₃	21
HCO ₃ ⁻ st	21,3
BE	-3,8
SatO ₂	
Set	
VenO ₂	
paO ₂ /FIO ₂	
a/aO ₂	
Na	145
K	3,2
Ca	0,96
HE	18,9
HT	42,44
O ₂ Hgb	
Lactato	2,5
Glicose	129
AG	
Conduta	



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelio Moreira Torres Registro: 92 Leito: 92 Setor Atual: Pd

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 92 FC: 92 bpm; FR: 12 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 92 bpm; SPO2: 98 %HGT: 1,70 m; Peso: 70 Kg; Altura: 1,70 cm; Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW (3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

Linguagem: () Clara () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Ox:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % 100 L/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T() VMNI () CMI TOT nº 1 Comissura labial nº 1 FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: Obs: Dreno de torax: () D () E () Selo d'água.Data da inserção do dreno: 17/11/2020 Aspecto da drenagem torácica:Gasometria arterial: PH 7,38 PCO2 30 PO2 100 HCO3 20 EB 0 SpO2 98 Data: 17/11/2020 Hora: 09:33

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: () Corada () Hipocrada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquedida	
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Murmúrios: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissociação. Localização:	Data da punção: / /
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Garrafão () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipação há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD. Débito ml/h:	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: () Normocrada () Hipocrada () Ictérica () Cianótica. Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição:	Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Mudo, () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
DATA: 24/02/16 HORA: 8	

FONTE: BORDINHAO, R.C. Guião de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



Paciente: Andréa MariaEntrevista: 8 Lote: 2 Data: 23.02.16

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Duráveis () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Adesão reduzida () Dor à evacuação () Outro () Anorexia () Dor abdominal ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Cavidade bucal ferida () Diarreia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Anestesia ()	Incapacidade de acessar banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex: Biflagelados, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alergias na pele/sangue () Outro () Relato verbal de dor ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Tremor () Tachicardia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotensão () Imobilização física () Outro ()	Desnudez de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele () Outro ()
7 Mobilidade física prejudicada	Anestesia () Desconforto () Rigidez articular Prejuízo muscular/esquelético () Desuso () Outro ()	Dificuldade para vestir-se () Dispneia do esforço () Outro () Movimentos descontrolados ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Anestesia () Etn () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alergias na profundidade respiratória () Dispneia () Estimulo da via de nariz () Orlapneia () Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asido () Queimaduras () Vômito () Diarreia () Dieta () Outros ()	
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos () Defesas próprias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicamentos () Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlar o sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal de sono () Outro () Relato de dificuldade para dormir ()
13 Outro		
14 Outro		



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Transfusão Sangu	Alojamento	Leito	Convênio
32.02.16	<p>Prescrição Médica</p> <p>Febre hem. Febre subfebril Cefaleia - Frontal e occ. Dor no abd. na U/L Causas p.</p>	<p>Horário</p> <p>07h 12h 18h 24h</p>	<p>Evolução Médica</p> <p>2.02.16 H 09h</p> <p>Evolutione a. c. 15 do 15 do 15</p>	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

SEGURANÇA FÍSICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio	
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sclerose () Fria () Aquecida	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular ()	
Drogas vasoativas: () Quais? () Precoordinadas: ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissociação. Localização: () Data de punção: ()	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Cachectico () Obeso	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () JNG () Gatrostomia () Uroostomia () NPT. Hora: () Dia: ()	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Prisão () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipada há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria <input checked="" type="checkbox"/> SVD/Dobre ()	
Aspecto: () Úreter Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outras:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: () Curativo em: ()	
Dreno: <input checked="" type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: () Bólio Retirado em: ()	
Úlcera de pressão: () Estágio: () Local: () Descrição: () Curativo: ()	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: () Acumulado () Cadela de rodas () Outros:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Mudo	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
16.00 - T = 37.2 Abastecido da UTI. Clonidina 50mg, admsa	
19.00 - PA = 150/90 mmHg Diurese 300ml	
20.00 - PA = 130/80 mmHg Diurese 300ml	
21.00 - PA = 130/80 mmHg Diurese 300ml	
22.00 - PA = 130/80 mmHg Diurese 300ml	
23.00 - PA = 130/80 mmHg Diurese 300ml	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 29/02/16 HORA: 23:00h	
Annie Daniele Torres Cavalcanti	
Enfermeira	
C.R.E.N. 000.2771	
Clonidina 37.2mg Fenta 4mg ES 1mg SPM 55%	
PA = 130/80 mmHg Diurese 300ml (dow)	
23.00 mmHg 70/40 (diurese 300ml)	

FONTE: BORONHÃO, R.D. Cuidado de enfermagem no cuidado de grupo local. Porto Alegre (2009).



Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Anderson Silva Jacques</u>	Bairro: <u>Araçá</u>
End: <u>João de Deus</u>	Documento de identificação:
Data de Nascimento: <u>08.06.01</u>	
Queixa: <u>Ac. moto</u>	Data do Atend.: <u>18.02.16</u> Hora: <u>9:10</u> Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúria de dor () Germente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocrômica () Palida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama	

Estratificação

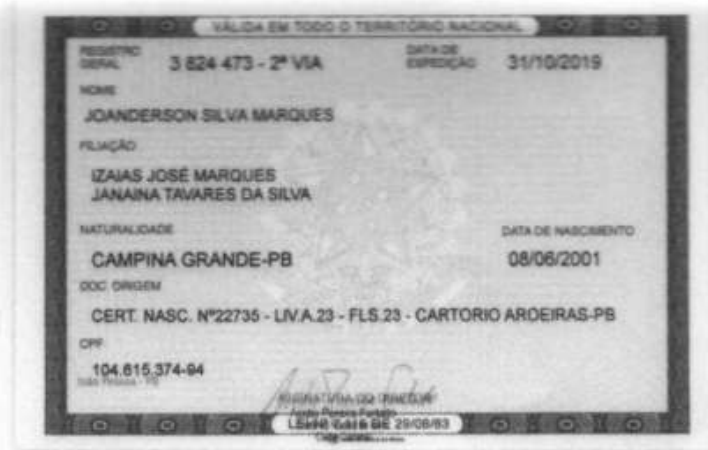
Vermelho - atendimento imediato
Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura

Assinatura e carimbo do profissional





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		DETRAN - PE	
Nº 6175929687		PEN: 6175929687	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		ESTADO DE SEGURO DPVAT	
1	758136463	MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO	
RUA DA MANGUEIRA N 251		RUA DA MANGUEIRA N 251	
CEP: MANGUEIRA		CEP: MANGUEIRA	
51030-700 VIT. STO. ANTAO-PE		51030-700 VIT. STO. ANTAO-PE	
028.492.774-01		028.492.774-01	
KKR8215		KKR8215	
9C2JC30101R155458		9C2JC30101R155458	
HONDA/CG 125 TITAN KS		HONDA/CG 125 TITAN KS	
2P/1240E		2P/1240E	
PARTIC		PARTIC	
VERBA		VERBA	
IPVA 2005 QUITADO		IPVA 2005 QUITADO	
758136463		758136463	
2001		2001	
.09		.09	
9C2JC30101R155458		9C2JC30101R155458	
SEGURO PAGO		SEGURO PAGO	
VIT. STO. ANTAO		VIT. STO. ANTAO	
26/04/05		26/04/05	



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447191/19

Vítima: JOANDERSON SILVA MARQUES

CPF: 104.615.374-94

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 18/02/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOANDERSON SILVA MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOANDERSON SILVA MARQUES : 104.615.374-94

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: 12/12/2019
Nome: JOANDERSON SILVA MARQUES
CPF: 104.615.374-94

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

JOANDERSON SILVA MARQUES

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447191/19

Vítima: JOANDERSON SILVA MARQUES

CPF: 104.615.374-94

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 18/02/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOANDERSON SILVA MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOANDERSON SILVA MARQUES : 104.615.374-94

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: 12/12/2019
Nome: JOANDERSON SILVA MARQUES
CPF: 104.615.374-94

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

JOANDERSON SILVA MARQUES

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447191/19

Número do Sinistro: 3190694385

Vítima: JOANDERSON SILVA MARQUES

CPF: 104.615.374-94

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 18/02/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOANDERSON SILVA MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOANDERSON SILVA MARQUES : 104.615.374-94

Autorização de pagamento

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.

