



18/01/2021

Número: **0830593-84.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **01/12/2020**

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

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TALYTA VIEIRA (AUTOR)		Raphael Simões Andrade (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38481 232	18/01/2021 14:57	2776202_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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151997

Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

Data do Acidente: 23/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

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,

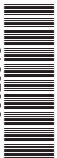
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15717095

Pag. 00097/00098 - carta_01 - INVALIDEZ

00020049





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, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151997

Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

Data do Acidente: 23/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000493-6

Conta: 000001014964-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

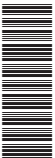
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00863/00864 - carta_15R - INVALIDEZ

00020432



42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

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 companheira(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não

30 - Vítima deixou neta(o) (na neta)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esta condição, estando o cliente, 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.

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

Solicito a 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 nº 6.194/74.

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Profissão do Representante Legal: _____

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____

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

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

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 companheira(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não

30 - Vítima deixou neta(o) (na neta)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

34 - Nome completo da vítima: _____

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: _____

39 - 2ª | Nome: _____

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

44 - Nome completo da vítima: _____

45 - Nome completo da vítima: _____

46 - Nome completo da vítima: _____

47 - Nome completo da vítima: _____

48 - Nome completo da vítima: _____

49 - Nome completo da vítima: _____

50 - Nome completo da vítima: _____

51 - Nome completo da vítima: _____

52 - Nome completo da vítima: _____

53 - Nome completo da vítima: _____

54 - Nome completo da vítima: _____

55 - Nome completo da vítima: _____

56 - Nome completo da vítima: _____

57 - Nome completo da vítima: _____

58 - Nome completo da vítima: _____

59 - Nome completo da vítima: _____

60 - Nome completo da vítima: _____

61 - Nome completo da vítima: _____

62 - Nome completo da vítima: _____

63 - Nome completo da vítima: _____

64 - Nome completo da vítima: _____

65 - Nome completo da vítima: _____

66 - Nome completo da vítima: _____

67 - Nome completo da vítima: _____

68 - Nome completo da vítima: _____

69 - Nome completo da vítima: _____

70 - Nome completo da vítima: _____

71 - Nome completo da vítima: _____

72 - Nome completo da vítima: _____

73 - Nome completo da vítima: _____

74 - Nome completo da vítima: _____

75 - Nome completo da vítima: _____

76 - Nome completo da vítima: _____

77 - Nome completo da vítima: _____

78 - Nome completo da vítima: _____

79 - Nome completo da vítima: _____

80 - Nome completo da vítima: _____

81 - Nome completo da vítima: _____

82 - Nome completo da vítima: _____

83 - Nome completo da vítima: _____

84 - Nome completo da vítima: _____

85 - Nome completo da vítima: _____

86 - Nome completo da vítima: _____

87 - Nome completo da vítima: _____

88 - Nome completo da vítima: _____

89 - Nome completo da vítima: _____

90 - Nome completo da vítima: _____

91 - Nome completo da vítima: _____

92 - Nome completo da vítima: _____

93 - Nome completo da vítima: _____

94 - Nome completo da vítima: _____

95 - Nome completo da vítima: _____

96 - Nome completo da vítima: _____

97 - Nome completo da vítima: _____

98 - Nome completo da vítima: _____

99 - Nome completo da vítima: _____

100 - Nome completo da vítima: _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER Seguradora



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00178.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00178.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:28 horas do dia 16 de março de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Talyta Vieira Gonçalves de Lima**, conhecido(a) por Talita, CPF nº 008.594.794-63, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Lucia de Fátima Vieira e Gilvan Gonçalves de Lima Filho, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 15/12/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Benedito Mota, Nº 695, complemento APARTAMENTO, bairro Nações, tendo como ponto de referência Por Trás do Antigo Supermercado Boa Esperança, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Vigário Calisto, nº s/n, Via Pública, Em Frente a Sede da O.a.b., Campina Grande/PB, bairro Catolé; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/01/20 17:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo BIZ 125 KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2011/2012, UF: PB, placa OFF-5259, chassi 9C2JC4810CR001244, renavam 0041307479-0, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 015456525856; nº. Lacre: 0040169650; nº. P.r.t.: 20190100103686-0; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: Campina Grande/pb; alienação Fiduciária: A. F. Banco Bradesco Financeira S.a.; em Nome de Talyta Vieira.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NO LOCAL DO ACIDENTE JÁ DESCRITO AMBOS ANTERIORMENTE ACIMA, FOI ABALROADA POR UM TRANSEUNTE QUE VINHA CORRENDO PARA PEGAR UM COLETIVO PÚBLICO E ACONTECEU UMA PEQUENA COLISÃO LATERAL ENTRE AMBOS, E QUE POR CAUSA DESTA MANOBRA, VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA RECEBER OS PRIMEIROS SOCORROS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

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


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

Procedimento Policial: 00178.01.2020.1.05.101



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 16 de março de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

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

TALYTA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA

Noticiante



Procedimento Policial: 00178.01.2020.1.05.101



42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

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 companheira(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(m)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

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

Solicito a 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 nº 6.194/74.

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

DADOS CADASTRAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

19 - Profissão do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

16 - Tel.(DDD): _____

15 - E-mail: _____

14 - CEP: _____

13 - Estado: _____

12 - Cidade: _____

11 - Bairro: _____

10 - Complemento: _____

9 - Número: _____

8 - Endereço: _____

7 - Profissão: _____

6 - CPF: _____

5 - Nome completo: _____

4 - Nome completo da vítima: _____

3 - CPF da vítima: _____

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____

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

16 - Tel.(DDD): _____

15 - E-mail: _____

14 - CEP: _____

13 - Estado: _____

12 - Cidade: _____

11 - Bairro: _____

10 - Complemento: _____

9 - Número: _____

8 - Endereço: _____

7 - Profissão: _____

6 - CPF: _____

5 - Nome completo: _____

4 - Nome completo da vítima: _____

3 - CPF da vítima: _____

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora LIDER

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000001014964-9

Nr. Autenticação

BRADESCO0505202005000000000023700493000001014964168750 PAGO



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-vida de conta.

Botão para simplificar pagamento da rede localidade de energia elétrica.

Nº 005.541.589



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. 15.002.822-1

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA LUSINETE DA SILVA FARIAS
RUA VEREADOR BENEDITO MOTA S/N AP 304
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/267972-8

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

09/01/2020

CONSUMO

86

VENCIMENTO

16/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,77

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/01/2020				
Pagador: JOSEFA LUSINETE DA SILVA FARIAS CNPJ/CPF: 602.308.151-19				
RUA VEREADOR BENEDITO MOTA S/N AP 304 - ALTO BRANCO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001073853	000267972202001	16/01/2020	R\$ 73,77	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



23/01/2020



GOVERNO
DA PARALIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2090646

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairim, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/01/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: TALITA VIEIRA

CPF: 58400002

Nascimento: 15/12/1980

Endereço: DR VASCONCELOS

Sexo: F

Telefone: 987243034

Cidade: Campina Grande

Idade: 039

Bairro: ALTO BRANCO

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA

RG:

Nº: 1052

Responsável: WAGNER

CPF:

Profissão: PROMOTOR DE VENDAS

Estado (Civil/Solteiro/a)

Data de

CNS: 00859479463

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

Atende: 23/01/2020

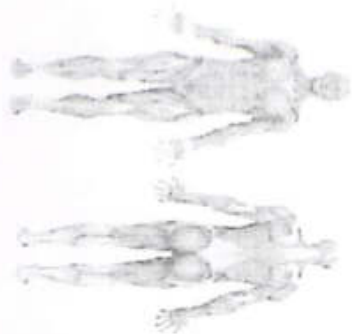
CONVÊNIO: SUS

Hora: 18:18:35

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. cabeça
2. antebraço
3. pulso
4. cotovelo
5. crânio
6. dor
7. ombro
8. ombro
9. esterno
10. esterno
11. esterno
12. esterno
13. esterno
14. esterno
15. esterno
16. esterno
17. esterno
18. esterno
19. esterno
20. esterno
21. esterno
22. esterno
23. esterno
24. esterno
25. esterno
26. esterno
27. esterno
28. esterno
29. esterno
30. esterno
31. esterno
32. esterno
33. esterno
34. esterno
35. esterno
36. esterno

OBS:

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

Queimadura de 1º grau

1º grau

HTCC-P-Rinal Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DI CLÍNICOS

Paciente, vítima de acidente de trânsito, com queimadura de 1º grau, no antebraço direito. Não há sinais de infecção. Paciente está em boas condições. Exame físico normal.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLÓGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Radiografia
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Exame físico	18:30
2	Exame físico	18:30
3	Exame físico	18:30
4	Exame físico	18:30
5	Exame físico	18:30
6	Exame físico	18:30

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura do Médico

RAIO X
REALIZADO
23/01/2020



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039
Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Sexo: F
Clínica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 23/01/2020

m	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	

Dr. Valth Menezes Guimaraes
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.551 / CRM-PB 6326
TEOT 15.090
CIRURGIA DO JOELHO

chexame wound, sc, 1x/dia
tela tipo gesso 22



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
() AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
OUTRO		

HISTÓRIA DE QUESA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUESA? () SIM () NÃO
 ASSINATURA E CARIMBO:



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Tatiana Vieira

IDADE: _____ SEXO: F ENF/LEITO: _____ DATA: 24/01/20

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

R. LAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: ____/____/____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMPEZA FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

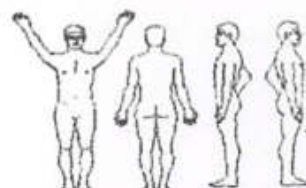
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
08h00	140x20										SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 1

Clinica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 24/01/2020

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

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h	
5	OMEPRAZOL 40MG 24h/24h (ADM AS 8h)	
6	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	

SOLUÇÃO

DATA: 24/01/2020 HORA: 07:50:10

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR
COM TALIA GESSADA
AGUARDAR EXAMES

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

21/27

GOVERNO DA PARAIBA



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/01/2020

Horas: 07:52:03

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/01/2020

Horas: 06:20:57

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DHI - 2

Clinica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 25/01/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	

CONCLUSÃO

DATA: 25/01/2020 HORA: 06:20:19

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTÁVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 88603

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão



NOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

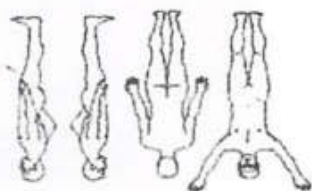
8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATORIA () DISPNEIA () OBSTRUÇÃO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
(X) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR (X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QÜEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO
 ASSINATURA E CARIMBO: *369265 Elvete da Silva*



[illegible]

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 3

Clínica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 26/01/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	5/10
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	1/2
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	1/2
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/2
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06

SOLUÇÃO

Data: 26/01/2020 HORA: 06:20:47

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

ev: ok

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RB 8643ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
PADRÃO RESPIRATÓRIO - () ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() INEFICAZ
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA
HIPOTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
MOBILIDADE FÍSICA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE
PREJUDICADA	() PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LETO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOESTICOS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORGSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO
 ASSINATURA E CARIMBO:



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Talita Vieira

IDADE: 39a

SEXO: F

ENF/LEITO: 04

DATA: 27/01/2020

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fx plebs H. 6. 2. 1. D

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: MID

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida; Curativo em: ____/____/____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

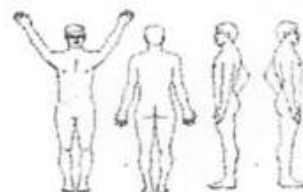
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

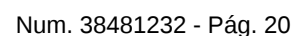
RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
12:00	120/80		84							Rosa	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



27/01/2020



29/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-01-29&contar=2090707&IDC=84980

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/01/2020

Horas: 12:04:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 6

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 29/01/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	32 24 36
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	32 36 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	32 24
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	SN
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 28h)	24
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SE LENTO, 8/8H	SN
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 29/01/2020 HORA: 12:04:20

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRMAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/++

COM TALA COXO PÔDÁLICA D

PRÉ OP OK

C.D: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de AraujoDr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR ORTOPEDIA - RACMOL 06
CRM - PB 8926



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/01/2020

Horas: 10:14:30

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 5

Clinica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 28/01/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CS
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	1/1
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1/2 2/2 3/2 4/2
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/2 2/2 3/2 4/2
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	SN
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	2/2
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	SN
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	CS
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CS

EVOLUÇÃO

DATA: 28/01/2020 HORA: 10:14:08

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO

Everlan Da Silva Meira



08:00hs 28/01/20

Pa: 130



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:57:06

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814570578600000036695045

Número do documento: 21011814570578600000036695045

28-01-20

Paciente espíavel, sem queixas
mutilada, segue em estado
de de Enfermeiro.

PA - 100 x 70 @



30/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-01-30&contar=2090707&IDC=85241

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/01/2020

Hora: 11:27:24

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: **TALITA VIEIRA** Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DHI - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 30/01/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	500 500
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	2 2
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 12
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	24 24
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/01/2020 HORA: 11:27:17

BEG. ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE; + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

Cl. VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de AraujoDr. Wagner Luiz Egito de Araujo
OR. ORTOPEDIA - RUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

HOSPITAL

MÉDICO

INSTRUMENTADOR

ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	01	Placa em I - 04 Eixo	
02	01	Placa em I - 05 Eixo (Externa)	
03	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
04	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
05	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
06	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
07	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
08	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
09	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
10	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
11	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
12	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
13	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
14	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
15	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
16	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
17	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
18	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
19	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
20	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
21	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
22	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
23	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
24	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	
25	02	Sarrafos de titânio N. 34 x 1,5	

LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS

HOSPITAL	PACIENTE	MÉDICO	PROCEDIMENTO
COD	DATA	CRM	CONVÊNIO
0090407	01/01/20		0221





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: *Helena Vieira DN 15/12/1980*

QI: *—* LEITE: *ala 03* CONVÊNIO: *SUS* IDADE: *39a* REGISTRO: *2090404*

CIRURGIA: *Fuot. Anur. p/ mat. de* CIRURGIÃO: *Dr. André - Int. Thingo*

ANESTESIA: *Proq. + Sedação* ANESTESIA: *Dr. Adellh. Donato*

INSTRUMENTADORA: *Marlene* DATA: *01/02/20* INICIO: *07:40* FIM: *09:00*

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorfo amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
01	Inova ml <i>Midazolam</i>	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina <i>mercaina</i> % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido 1/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	03	Mononylon 2.0 cc	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix 1.0 cc	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio 1/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliifix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor	01	SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Plast amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml <i>p/ lavagem</i>	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Catalina 1g <i>ciprotina</i>	Sonda Nasogátrica			
01	Canetida <i>canetida</i>	Sonda Uretral n°	01	<i>Placa 1cm x 04 furos</i>	
01	Cetobac	Sterydrem ml	01	<i>Placa 1cm x 05 furos</i>	
		Torneirinha	02	<i>Luvas 7.5</i>	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	06	<i>Luvas 8.0</i>	
02	Agulha desc. 25x7 <i>40x12</i>	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque n° 25				
0.5	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
0.4	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
0.2	Betadine ml <i>antipirético</i>				

EQUIPAMENTOS

(x) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar

() Serra () Eletrocautério

() Desfibrilador () Oxícapiógrafo

(x) Foco Frontal (x) Cardiomonitor

() Fonte de Luz (x) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: *Helena 123.700-2*



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		9

Isabela Donato
ANESTESIOLOGISTA
CRM 4130

[Handwritten signature]

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Talita Lima		Idade:	39a
Convênio:	SUS		Data:	01/02/2020
Procedimento:	Trat. Cirurgico part. do plato tilusid (D)			
Cirurgião:	Dr. Andrei	Auxiliar:	-	Anestesista: Dr.º Israel
Início:	07:40	Término:	09:00	Anestesia: Raqui + Sedação

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

MOD 103



31/01/2020

10.1.1.148/projetohctg/imprimevo.php?datasai=2020-01-31&contar=2090707&IDC=85540

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/01/2020

Horas: 12:14:41

Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito de Araújo

PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DHI - 8

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 31/01/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araújo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	
	Reconstituir 2ML ABD.	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	
	SE NAUSEA OU VÔMITOS	
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 31/01/2020 HORA: 12:14:32

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÉRMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PÔDÁLICA D

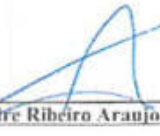
PRÉ OP OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de AraújoDr. Wagner Luiz Egito de Araújo
MÉDICO ORTOPÉDICO - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

 SUS		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	  Governo do Estado ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ			
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700 BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)			
PACIENTE: TALITA VIEIRA ENDEREÇO: BENEDITO MOTA BAIRRO: ALTO BRANCO		Identidade: 2503893 Idade: 039 PRONTUÁRIO: N° 2090707	
DADOS CLÍNICOS: POS OP.		MATERIAL A EXAMINAR: ,	
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) ,			
Campina Grande - PB 01/02/2020 Hora: 07:44:40		 Médico: André Ribeiro Araujo De Menezes	

 SUS		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	  Governo do Estado ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ			
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700 BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)			
PACIENTE: TALITA VIEIRA ENDEREÇO: BENEDITO MOTA BAIRRO: ALTO BRANCO		Identidade: 2503893 Idade: 039 PRONTUÁRIO: N° 2090707	
DADOS CLÍNICOS: POS OP.		MATERIAL A EXAMINAR: ,	
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) ,			
Campina Grande - PB 01/02/2020 Hora: 07:44:40		 Médico: André Ribeiro Araujo De Menezes	





Secretaria de Saúde
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/02/2020

Horas: 07:44:19

Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 9

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 01/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	51w
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	51w
9	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	M + w
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	M

EVOLUÇÃO

DATA: 01/02/2020 HORA: 07:42:39

PACIENTE SUBMETIDA A TTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: RX CONTROLE
A SRPA

ASSINATURA + CARIMBO
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



02/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 02/02/2020

Holístico de Emergência (H.E.) - Modelo 03

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



PARAÍBA
Governo do Estado



Sua Saúde
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Data da Alta: 02/02/2020

Registro: 2090707

Tempo de Permanência: -18285

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

urgência: OSTEOSINTESE

Data: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: SINTOMATICOS

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: - PRESCREVO AINE + ANALGESICO + ANTIBIOTICO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Data: 02/02/2020

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo





PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/02/2020

Horas: 08:40:53

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DH1 - 10

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 02/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
9	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 02/02/2020 HORA: 08:37:52

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, EM BEG, EM 1º DPO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CLINICAMENTE ESTÁVEL.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

DOR: +/4+.

EDEMA: +/4+.

FO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- PRESCREVO AINE + ANALGESICO + ANTIBIOTICO.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

ANSELMO, Ana Maria Da Silva
Médico(a) Diarista
10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-02-02&contar=2090707&IDC=86029



Número do Prontuário: 179021 DATA DA CIRURGIA: 01/02/2020

Número do Atendimento: 2090707 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 5 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Atendimento: 2090707

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050551 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista: ISABELA FERNANDA DO PIMENTEL DONATO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: sim

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDII SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO MEDIAL EM JOELHO D + DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

6- FIXAÇÃO COM UMA PLACA T 3 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS SOB ESCOPIA

7- INCISÃO LATERAL EM PLANALTO TIBIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS

8- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

9- FIXAÇÃO COM UMA PLACA L 5 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS E

ESPONJOSOS SOB ESCOPIA +

-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

Data 01/02/2020

Assinatura/Carimbo
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	Nº FOLHA	2090104
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Helena Vieira</i>			IDADE: <i>39a</i>	SEXO: <i>F</i>	COR	
DATA: <i>01/02/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONquite	
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARRAÇOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSÕES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA					APLICADA		EFEITO	
<i>30' 1hr</i> <i>Helena Vieira</i>					INDUÇÃO Satisf: ☒ Excit: ☐ Tosse: ☐ Laringo: ☐ espasmo: ☐ Lenta: ☐ Náuseas: ☐ Vômitos: ☐ Outros: ☐			
LIQUIDOS <i>500 + 500</i> <i>500</i> <i>500</i>					MANUTENÇÃO <i>Baqul/L₁₋₂</i> <i>ag 02</i> <i>selas</i>			
COLÓIDES VP: ARTERIAL: 0 - PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO: 0 - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO: 0					ANESTESIA SATISF: ☒ Sim ☐ Não Não, por quê? ☐			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <i>na. 0.5! 1.5, domat. 0.1</i> <i>deca. 0.1 1.5, cep. 0.1 2.5</i> <i>naux. 0.1 1.5, lam. 0.1 1.5</i>					DESPERTAR Reflexos na SO: ☒ L Ostr: ☐ Cu: ☐ Excit: ☐ Náuseas: ☐ Vômitos: ☐ Outros: ☐			
POSICÃO <i>0</i>					Com cânula Para o Leito: ☒ Sim ☐ Não			
AGENTES <i>domat. 3</i>					CONDICÕES <i>Pre-m. - 0.1</i>			
TECNICA <i>Art. 0.1 1.5</i>					CÂNULAS			
OPERAÇÃO <i>Dr. Bráulio de Fx do plati tibial D</i>								
CRUÍGIÕES <i>Dr. João e equipe</i>								
ANESTESISTAS <i>João</i>								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





Número do Prontuário: 179021

DATA DA CIRURGIA: 01/02/2020

Número do Atendimento: 2090707 Clín: ORTOPEDIA I / Enf: 5 - Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Atendimento: 2090707

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050551 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: ISABELA FERNANDA DO PIMENTEL DONATO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: sim

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO MEDIAL EM JOELHO D + DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

6- FIXAÇÃO COM UMA PLACA T 3 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS SOB ESCÓPIA

7- INCISÃO LATERAL EM PLANALTO TIBIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS

8- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

9- FIXAÇÃO COM UMA PLACA L 5 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS E

ESPONJOSOS SOB ESCÓPIA +

10- LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

Data 01/02/2020

Assinatura/Carimbo
Andre Ribeiro Araújo De Menezes



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO	
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE	
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS		
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%			() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA			() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO			
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		Diário	(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		12/12/20	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO			
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS			() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		Sempre	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE			() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)			(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS			
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		72 hrs	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		Sempre	
OUTRO:			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Dr. Valuska L. de Carvalho
ENFERMEIRA
COREN - PB 350.098
29/10/2020



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

Ortop 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Talita Siqueira Idade: 39 anos Sexo: F Enf/Leito: 05/02

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: fratura do fêmur (D)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (x) CONSCIENTE (x) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO
MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____
LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA
RESPIRAÇÃO: (x) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:
ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____
SITUAÇÃO FÍSICA: () TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____
EDEMA: () LOCAL OBS.: _____
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)
TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO
ALIMENTAÇÃO: (x) VO () SNG () SNE () OUTROS: _____
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (x) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____
ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (x) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA
COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA
PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____
LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____
localização anatômica da ferida;
CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO
CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE (x) DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE
HIGIENE CORPORAL: (x) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA
LITUAÇÃO FÍSICA: (x) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO: (x) PRESERVADA () PREJUDICADA
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____
6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:
RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE
7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Tatiana Freitas Idade: 89 Sexo: F Enf/Leito: 5-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 5+ Ponto Tórax D

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

ALIMENTAÇÃO: (x) VO () SNG () SNE () OUTROS:

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (x) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (x) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

BIENESTAR CORPORAL: (x) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO (x) CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (x) PRESERVADA () PREJUDICADA

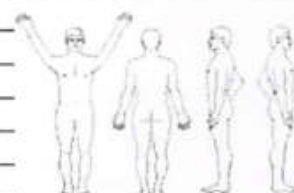
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (x) COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

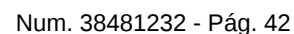
7. AVALIAÇÃO GERAL:

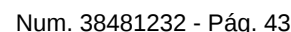
HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
		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



Número do documento: 21011814570578600000036695045

στασι/τα/σε



ANOTAÇÕES/INTERCORRENCIAS DE ENFERMAGEM:

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Tristão Vieira Idade: 52 Sexo: M Enf/Leito: 5-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Interações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Doença

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO
MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () RÍGIDA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

localização anatômica da ferida:

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

CUIDADO CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RÉLIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12/18	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	sempre	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	72hs	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	sempre	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Handwritten signature and date: 01/02/2019



23/01/2020

GOVERNO
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mial. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 23/01/2020

Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Nº ATEND: 2090646

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 23/01/2020 HORA : 18:19:14

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBLOS () TOSSE

ESCALA DE DOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor média dor pior dor

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

HTCG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO
						ENFERMEIRO/COREN	

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento
Jairé Carlos Almeida
COREN-PB-64.336-ENF

10.1.1.148/projetointegr/implacess/impl?contar=2090646&dataatendi=2020-01-23&horatendu=18:19:14



HTCG-Painful Admistration

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

() Centro cirúrgico _____
() Internação (setor) _____
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
() Alta hospitalar / () A revelia
() Decisão Médica
() Jóbato _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

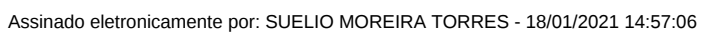
SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CEO

IDAIDE

10.1.1.143/projetos/tecnologia/impreclassi.php?contar=2000646&dataatend=2020-01-23&horaatend=18:19:14



SUS Sistema Único de Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
2 - C.N.P.S.: 2362856	
3 - NOME DO PACIENTE: FÁTIMA VIEIRA	
4 - DATA DE NASCIMENTO: 15/12/1980	
5 - SEXO: F	
6 - NOME DO RESPONSÁVEL: LUCIA DE FÁTIMA VIEIRA	
7 - ENDEREÇO: DR VASCONCELOS, 1052, ALTO BRANCO	
8 - CID: 230.400	
9 - CID: 58400002	
10 - CID: 230.400	
11 - CID: 230.400	
12 - CID: 230.400	
13 - CID: 230.400	
14 - CID: 230.400	
15 - CID: 230.400	
16 - CID: 230.400	
17 - CID: 230.400	
18 - CID: 230.400	
19 - CID: 230.400	
20 - CID: 230.400	
21 - CID: 230.400	
22 - CID: 230.400	
23 - CID: 230.400	
24 - CID: 230.400	
25 - CID: 230.400	
26 - CID: 230.400	
27 - CID: 230.400	
28 - CID: 230.400	
29 - CID: 230.400	
30 - CID: 230.400	
31 - CID: 230.400	
32 - CID: 230.400	
33 - CID: 230.400	
34 - CID: 230.400	
35 - CID: 230.400	
36 - CID: 230.400	
37 - CID: 230.400	
38 - CID: 230.400	
39 - CID: 230.400	
40 - CID: 230.400	
41 - CID: 230.400	
42 - CID: 230.400	
43 - CID: 230.400	
44 - CID: 230.400	
45 - CID: 230.400	
46 - CID: 230.400	
47 - CID: 230.400	
48 - CID: 230.400	
49 - CID: 230.400	
50 - CID: 230.400	
51 - CID: 230.400	
52 - CID: 230.400	
53 - CID: 230.400	
54 - CID: 230.400	
55 - CID: 230.400	
56 - CID: 230.400	
57 - CID: 230.400	
58 - CID: 230.400	
59 - CID: 230.400	
60 - CID: 230.400	
61 - CID: 230.400	
62 - CID: 230.400	
63 - CID: 230.400	
64 - CID: 230.400	
65 - CID: 230.400	
66 - CID: 230.400	
67 - CID: 230.400	
68 - CID: 230.400	
69 - CID: 230.400	
70 - CID: 230.400	
71 - CID: 230.400	
72 - CID: 230.400	
73 - CID: 230.400	
74 - CID: 230.400	
75 - CID: 230.400	
76 - CID: 230.400	
77 - CID: 230.400	
78 - CID: 230.400	
79 - CID: 230.400	
80 - CID: 230.400	
81 - CID: 230.400	
82 - CID: 230.400	
83 - CID: 230.400	
84 - CID: 230.400	
85 - CID: 230.400	
86 - CID: 230.400	
87 - CID: 230.400	
88 - CID: 230.400	
89 - CID: 230.400	
90 - CID: 230.400	
91 - CID: 230.400	
92 - CID: 230.400	
93 - CID: 230.400	
94 - CID: 230.400	
95 - CID: 230.400	
96 - CID: 230.400	
97 - CID: 230.400	
98 - CID: 230.400	
99 - CID: 230.400	
100 - CID: 230.400	

Data da internação: 23/01/2020 Hora: 19:21:34

HTCG-Panel Administrativo

23/01/2020



Data da internação: 23/01/2020 Hora: 19:21:34

SUS Sistema Único de Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação de Estabelecimento de Saúde:	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
2 - C.N.E.S.	2362856
Identificação do Paciente:	
3 - NOME DO PACIENTE	TALITA VIEIRA
4 - DATA DE NASCIMENTO	15/12/1980
5 - SEXO	F
6 - NOME DA MÃE DE RESPOSTA	FÁTIMA DE FÁTIMA VIEIRA
7 - ENDEREÇO DE RESPOSTA	DR VASCONCELOS, 1052 - ALTO BRANCO
8 - CID - CID 10	S8400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:	
TRATAMENTO DIRETO DE DOR E EDEMA CD INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
18 - CONDIÇÃO SOLICITANTE EM INTERNAÇÃO:	
NECESSIDADE DE TTO CIRÚRGICO	
19 - PRECIPUAS RECLAMAÇÕES DE PROVAS DIAGNÓSTICAS DE EXAMES REALIZADOS:	
ANAMNESE E EX FÍSICO	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:	
FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO	
21 - CID 10 PRINCIPAL:	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO:	
23 - CLÍNICA:	
24 - N.º DO EXAME:	
25 - N.º DO EXAME:	
26 - N.º DO EXAME:	
27 - N.º DO EXAME:	
28 - N.º DO EXAME:	
29 - N.º DO EXAME:	
30 - N.º DO EXAME:	
31 - N.º DO EXAME:	
32 - N.º DO EXAME:	
33 - N.º DO EXAME:	
34 - N.º DO EXAME:	
35 - N.º DO EXAME:	
36 - N.º DO EXAME:	
37 - N.º DO EXAME:	
38 - N.º DO EXAME:	
39 - N.º DO EXAME:	
40 - N.º DO EXAME:	
41 - N.º DO EXAME:	
42 - N.º DO EXAME:	
43 - N.º DO EXAME:	
44 - N.º DO EXAME:	
45 - N.º DO EXAME:	
46 - N.º DO EXAME:	
47 - N.º DO EXAME:	
48 - N.º DO EXAME:	
49 - N.º DO EXAME:	
50 - N.º DO EXAME:	
51 - N.º DO EXAME:	
52 - N.º DO EXAME:	
53 - N.º DO EXAME:	
54 - N.º DO EXAME:	
55 - N.º DO EXAME:	
56 - N.º DO EXAME:	
57 - N.º DO EXAME:	
58 - N.º DO EXAME:	
59 - N.º DO EXAME:	
60 - N.º DO EXAME:	
61 - N.º DO EXAME:	
62 - N.º DO EXAME:	
63 - N.º DO EXAME:	
64 - N.º DO EXAME:	
65 - N.º DO EXAME:	
66 - N.º DO EXAME:	
67 - N.º DO EXAME:	
68 - N.º DO EXAME:	
69 - N.º DO EXAME:	
70 - N.º DO EXAME:	
71 - N.º DO EXAME:	
72 - N.º DO EXAME:	
73 - N.º DO EXAME:	
74 - N.º DO EXAME:	
75 - N.º DO EXAME:	
76 - N.º DO EXAME:	
77 - N.º DO EXAME:	
78 - N.º DO EXAME:	
79 - N.º DO EXAME:	
80 - N.º DO EXAME:	
81 - N.º DO EXAME:	
82 - N.º DO EXAME:	
83 - N.º DO EXAME:	
84 - N.º DO EXAME:	
85 - N.º DO EXAME:	
86 - N.º DO EXAME:	
87 - N.º DO EXAME:	
88 - N.º DO EXAME:	
89 - N.º DO EXAME:	
90 - N.º DO EXAME:	
91 - N.º DO EXAME:	
92 - N.º DO EXAME:	
93 - N.º DO EXAME:	
94 - N.º DO EXAME:	
95 - N.º DO EXAME:	
96 - N.º DO EXAME:	
97 - N.º DO EXAME:	
98 - N.º DO EXAME:	
99 - N.º DO EXAME:	
100 - N.º DO EXAME:	



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO 08/08/2013
NOME	TALYTA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA
FILIAÇÃO	GILVAN GONÇALVES DE LIMA FILHO LÚCIA DE FÁTIMA VIEIRA
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO RIO DE JANEIRO-RJ 15/12/1980
DOC ORIGEM	NASC.N.025474 FLS.180 LIV.0083 CARTORIO RIO DE JANEIRO-RJ
CPF	008.594.794-63
Ido Petrol - PS	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAÍBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEP. S.A.MEN. C DE IDENTIFICAÇÃO	
V-02 P-234	
	
	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTeira DE IDENTIDADE	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA		DETRAN - PB Nº 015455255856 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO DATA: 2019/11/29 10:08:00 EXERCÍCIO: 2019		TATYTA VIEIRA NOME 1 0041307479-0 00/00000000 2019 VIA: 0041307479-0 00/00000000 2019	
PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTÍVEL MARCA/MODELO HONDA/RIZ 125 KS CAP / POT / CIL 2 P/124 / CI PARTIC CATEGORIA COR PREDOMINANTE VERMELHA		COTA ÚNICA 00/00/0000 PARCELAMENTO / COTAS 2 FAZDA / PVA 3 PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO 29/11/2019 SEGURO		OBSERVAÇÕES A.E. BANCO BRADESCO FINANC SA LOCAL CAMPINA GRANDE-PB DATA 29/11/2019 7420	
PLACA 00859479463 CPF / CNPJ 0859479463 DATA EMISSÃO 29/11/2019 EXERCÍCIO 2019		PLACA 00859479463 CPF / CNPJ 0859479463 DATA EMISSÃO 29/11/2019 EXERCÍCIO 2019		PLACA 00859479463 CPF / CNPJ 0859479463 DATA EMISSÃO 29/11/2019 EXERCÍCIO 2019	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204		PREMIO TARIFARIO CUSTO DO SEGURO (R\$) 00859479463 CUSTO DO BILHETE (R\$) 00859479463 CUSTO DO BILHETE (R\$) 00859479463 CUSTO DO BILHETE (R\$) 00859479463		PREMIO TARIFARIO CUSTO DO SEGURO (R\$) 00859479463 CUSTO DO BILHETE (R\$) 00859479463 CUSTO DO BILHETE (R\$) 00859479463 CUSTO DO BILHETE (R\$) 00859479463	
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT		BILHETE DE SEGURO DPVAT PB Nº 015455255856		BILHETE DE SEGURO DPVAT PB Nº 015455255856	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118332/20

Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

CPF: 008.594.794-63

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 23/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TALYTA VIEIRA
GONCALVES DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA : 008.594.794-63

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: 20/04/2020
Nome: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA
CPF: 008.594.794-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151997 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA **Data do acidente:** 23/01/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.19.21.27.28_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

