

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE MARINHO NETO  
Nº Sinistro: 3170653739  
Vitima: JOSE MARINHO NETO  
Data do Acidente: 31/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE ALVES PESSOA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170653739**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12111220



Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE MARINHO NETO

Nº Sinistro: 3170653739

Vitima: JOSE MARINHO NETO

Data do Acidente: 31/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ALVES PESSOA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170653739**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12111707



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARINHO NETO  
Nº Sinistro: 3170653739  
Vitima: JOSE MARINHO NETO  
Data do Acidente: 31/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE ALVES PESSOA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170653739**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12588479



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARINHO NETO

Sinistro: 3170653739  
Vítima: JOSE MARINHO NETO  
Data do Acidente: 31/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE ALVES PESSOA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170653739** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Carta nº: 12839655

A/C: JOSE MARINHO NETO

Nº Sinistro: 3170653739  
Vítima: JOSE MARINHO NETO  
Data do Acidente: 31/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE ALVES PESSOA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE MARINHO NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000019464-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

108.892.834-80

Nome completo da vítima

JOSE MARRINHO NETO

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|               |                              |                      |                   |                |            |
|---------------|------------------------------|----------------------|-------------------|----------------|------------|
| Nome completo | JOSE MARRINHO NETO           | CPF titular da conta | 108.892.834-80    | Profissão      | AGRICULTOR |
| Endereço      | RUA FRANCISCO GOMES DE SOUZA | Número               | S/Nº              | Complemento    |            |
| Bairro        | CENTRO                       | Cidade               | CACIMBA DE DENTRO | Estado         | P.B.       |
| Email         |                              | CEP                  | 58230-000         | Telefone (DDD) |            |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

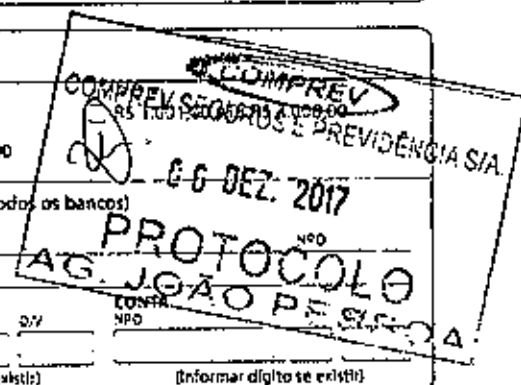
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N° 0038 ON 013 CONTA N° 00019464 DV 5  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
 BANCO NOME

AGÊNCIA N° N° DV CONTA N° N° DV  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CACIMBA DE DENTRO 23 de NOVENBRO de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Jose Alves Pessoa





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



Livro nº. 001/2017

Ocorrência nº 198 /2017

DESCRIÇÃO:

Aos dez (10) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e Dezessete (2017), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de Polícia Civil, aí pelas 11h55min, compareceu o (a) Senhor (a)

**Nome:** JOSÉ MARINHO NETO, Idade: 52 anos, nascido em 19/01/1965, Nacionalidade: brasileira, Naturalidade: Cacimba de Dentro /PB, Estado Civil: divorciado, Profissão: agricultor, Filiação: José Marinho Junior e Josefa Gomes da Silva, Endereço: Rua Francisco G de Souza sn, Conj. Francisco Gomes, Cacimba de Dentro/PB.

**DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:**

RG: 1.047.385 SSP/SP

CPF: 108.822.834.80

**HISTORICO**

Noticiou: Que no dia 31 de agosto de 2017, por volta das 11:40 horas na AV. Celso Cirne centro da cidade de Solânea/PB estava pilotando uma motocicleta de marca HONDA CG 150 FAN ESIANO MODELO 2012, COR VERMELHA, PLACA OFA 8446/PB, CHASSI 9C2KC1670CR571454 no momento em que ia estacionar um motociclista não identificado colidiu na traseira da moto a qual ia pilotando vindo a cair sendo socorrido por populares e foi conduzido para o hospital da trauma da cidade de Campina Grande/PB, por uma ambulância da cidade de Cacimba de Dentro/PB. Que a referida moto se encontra em nome da esposa do noticiante a Srª VERÔNICA DA SILVA PEREIRA; Que apresenta como testemunha o Sr JOSÉ MACENA DOS SANTOS portador da RG 17175551 SSP/PB e CPF 930.273.624.53 Residente a Rua projetada nº 10 Conjunto Frei Damião vizinho a Vavan olegario, Cacimba de Dentro PB, e o Sr HELIO RODRIGUES DE LIMA portador da RG 2504609 SSP/PB, CPF 040.765.6014.65 Residente a Rua Antônio Euriques de Vasconcelos nº 68 Centro Cacimba de Dentro/PB. Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 10 de Outubro de 2017

Assinado: \_\_\_\_\_  
Noticiante

Evangelista Xavier Luna  
Escrivão Ad-Hoc, Mat 137.334.9





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE MARINHO NETO

CPF da Vítima

108.892.834-80

Data do Acidente

31/08/2017

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JOSE ALVES PESSOA

CPF do Representante legal

037.901.094-59

Email

Telefone (DDD)

(83)9.9947.9100

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

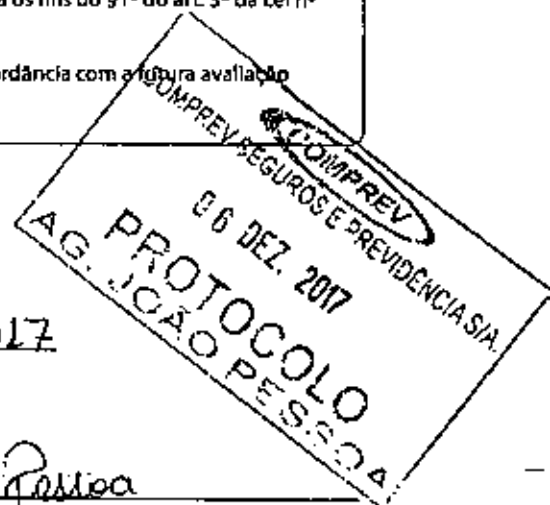
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CACIMBA DE DENTRO PB, 23 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO  
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA  
CNPJ: 08.778.268/0010-51

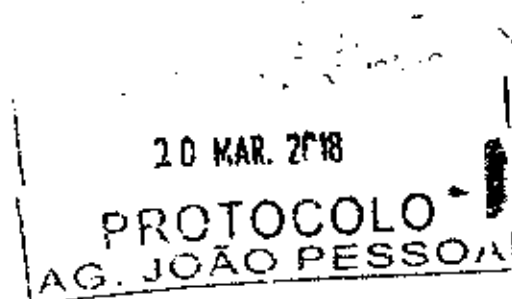
DECLARAÇÃO

Comprovação de ato declaratório



*(FOLHA DE SOLICITAÇÃO)*

Declaro para os devidos fins, que JOSÉ MARINHO NETO foi atendido nesta Unidade de Saúde, no dia 31/08/2017, vítima de acidente de motocicleta, apresentando edema no tornozelo direito (fratura perônio). CID: S82.4



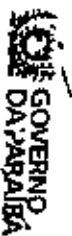
Solânea-PB, 21 de Dezembro de 2017

*(Handwritten signature)*

Rua Prof. Alaide Silva, nº 131 - Centro - Solânea -PB. - CEP. 58.225-000  
Fone/Fax: (0\*\*83) 3363-2257 - Email: hesolanea@hotmail.com

31/08/2017

Comprovado de alto declaratório

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

HTCC - Painel Administrativo



ATENDEMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1496920 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0039-52  
Av. Mal. Roriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 31/08/2017  
Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patrícia Sales Do Nascimento

PACIENTE: JOSE MARINHO NETO

CPF: 58230800 Nascimento: 19/07/1965

Cidade: Cocimba de Dentro

Sexo: M Telefone: 81940890

Nome da Mãe: JOSEFA GOMES DA SILVA

Idade: 052- Baixo-CENTRO

Responsável: VERONICA DA SILVA PEREIRA

RG: 1047365 Nº: 58

Estado Civil: Divorciada

Profissão: AGRICULTOR

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Data de Atendimento: 31/08/2017

CNS: 7003093692888

Hora: 15:04:49

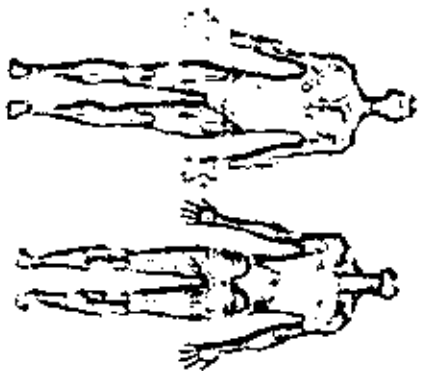
CONVÊNIO: SUS

Médico:

Especialidade:

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 ABR. 2018

OBS: FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Acirção
2. Amputação
3. Anelido
4. Contusão
5. Corteção
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Entalho subcutâneo
10. Enrijecimento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Corteção
16. F. Contusão
17. F. Perfuro-contusão
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injeção de Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Orelheja
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Peritaxia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Iaquema
- 36.

OBS:

QUANTIDADE: Suprimento corporal lesado = Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma de moto (B.E) queimadura de 2º grau em face lateral direita

Osteopatia

ALERGIA:

Rx fratura molinete lateral

MEDICAMENTOS:

ant. alvino

PARALISIA:

ca. Tala bta

EXAME FÍSICO

ca. Tala bta

PULSAÇÃO

Fotografias ( ) Isotônicas ( ) Anisotônicas ( )

PRESSÃO

PA - 120/80

TEMPERATURA

36,4

FREQUÊNCIA

72

SINAIS

Sinais vitais estáveis

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Ultrassonografia ( ) Radiografias ( )

EXAMES REALIZADOS:

( ) Ultrassonografia ( ) Radiografias ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

( )

Especialista:

Especialista: 35

Especialista:

Especialista: 35

MÉDICO SOLICITANTE

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

1

1

2

2

2

3

3

3

4

4

4

5

5

5

6

6

6

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARINHO NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000019464-5

---

Nr. da Autenticação 749EBA06E8175061

Comprobante de pago

Chil. para Dto. Antártica: 050-1411332

Canal de contato  
Fundo Social de Emergência - FSEB - 1558 horas para lei  
de 10.429, de 25 de abril de 2002

|       |       |       |       |      |               |
|-------|-------|-------|-------|------|---------------|
| 28.30 | 31.05 | 12.75 | 51.65 | 6.48 | 2.75          |
| TOTAL |       |       |       |      | TOTAL A PAGAR |

| Histórico de Consumo (KWh) |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01                         | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| 01                         | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| 01                         | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |

| Indicadores de Qualidade |                   |          | 6/2017 - Anual       |     | Quantitativos                          |  | Valor |
|--------------------------|-------------------|----------|----------------------|-----|----------------------------------------|--|-------|
|                          | Unidades do ANEEL | Aprovado | Limite de Tensão (V) |     |                                        |  | (R\$) |
| DE MENSAL                | 17,94             |          |                      |     | Servicos de O&M de Emergencia          |  | 8,20  |
| DE TRIMESTRAL            | 25,68             |          |                      | 270 | Controle de Energia                    |  | 8,25  |
| DE ANUAL                 | 3,48              | 0,00     |                      |     | Servicos de Transmissao                |  | 0,42  |
| DE MENSAL                | 6,87              |          |                      |     | Encargos Policiais                     |  | 2,23  |
| DE TRIMESTRAL            | 13,85             |          |                      | 202 | Importacao de Materiais e Equipamentos |  | 14,10 |
| DE ANUAL                 | 3,80              | 0,00     |                      | 231 | Outros Servicos                        |  | 0,00  |
| Dados                    | 17,22             |          |                      |     | Total                                  |  | 36,80 |
|                          |                   |          |                      |     | Valor de SUSC para 6/2017 (R\$) 0,35   |  |       |

[illegible]

COMPREV  
PREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
06 DEZ. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Comprovante de residência



|                 |       |                       |
|-----------------|-------|-----------------------|
| Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.75363 20164.112 |
|-----------------|-------|-----------------------|



CTC RECIFE PE PL7 PC-19  
 JOSE ALVES PESSOA  
 R JOSE FELIPE NERI 50  
 1 ANDAR - RESID IPES  
 58233-000 ARARUNA - PB



3211094



649320 250917

Postagem: 25/09/2017

Vencimento: 05/10/2017

Emissão: 24/09/2017

Encerramento próxima fatura: 31/10/2017

Titular **JOSE ALVES PESSOA**

Cadastro **60523444000025563**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para

vencimento

A) pagamento total

R\$

ou

B) pagamento mínimo

R\$





# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE ALVES PESSOA inscrito (a) no CPF 037.201.094 / 59 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE MARINHO NETO inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.822.834 / 80 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOSE MARINHO NETO inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.822.834 / 80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                         |                           |                         |                                                  |
|-----------------------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>RUA JOSE FELIPE NERY</u> |                           | Número<br><u>50</u>     | Complemento<br><u>1º ANDAR</u>                   |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>                 | Cidade<br><u>ARAQUANA</u> | Estado<br><u>PB</u>     | CEP<br><u>58233-000</u>                          |
| Email                                   |                           | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>(83)9.9947.9100</u> |

CASIMBA DE DENTRO, 23 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

JOSE ALVES PESSOA  
Assinatura do Declarante

73



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VERÔNICA DA SILVA PEREIRA,  
 RG nº 2464164, data de expedição 14/08/1997,  
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 061.531.464-30,  
 com Domicílio na cidade de CACIMBA DE DENTRO, no Estado  
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA FRANCISCO GOMES,  
DE SOUZA nº S/Nº, complemento, CONJUNTO, declaro, sob as  
 penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
 data do acidente ocorrido com a vítima  
JOSE MARINHO NETO, cujo o condutor  
 era JOSE MARINHO NETO.

Veículo.....: MOTO HONDA/CG 150 FAN EST  
 Ano.....: 2012  
 Modelo.....: 2012  
 Placa.....: OFA8446/PB  
 Chassi.....: 9C2KC1670CA571454  
 Data do acidente.: 31 DE AGOSTO DE 2017

Local e data: CACIMBA DE DENTRO, 30/10/2017



X Verônica da Silva Pereira

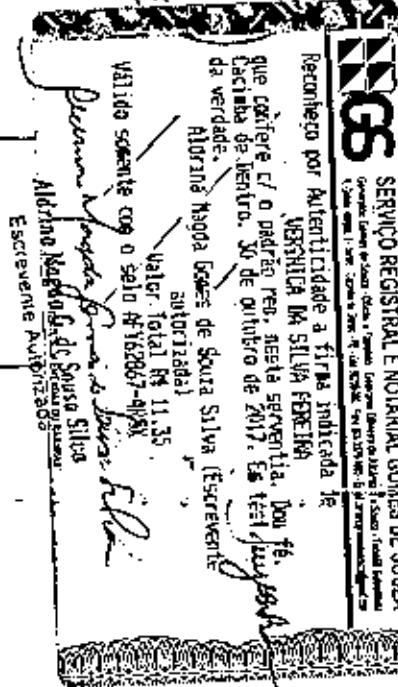
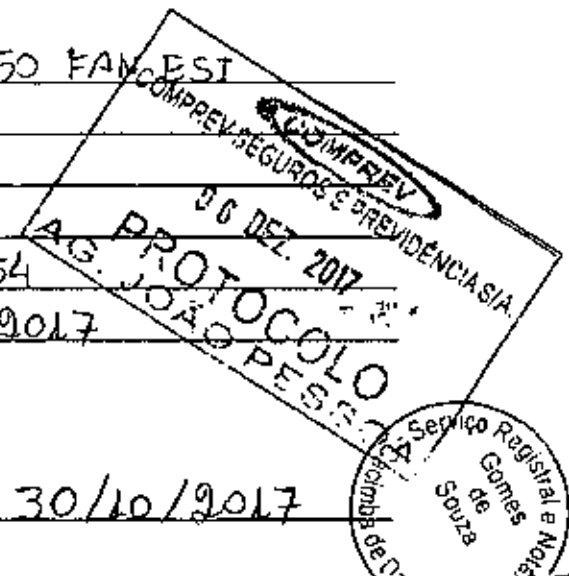
Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

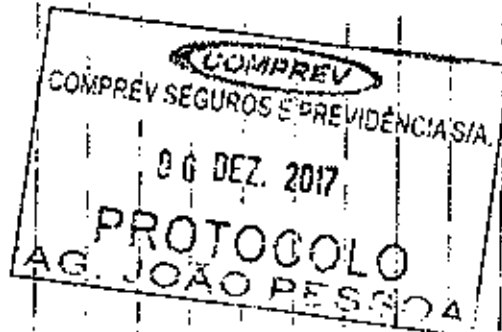
Assinatura do **CONDUTOR** (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

## Documentação médica - hospitalar



DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ hs.

☐ Centro cirúrgico☐ Internação (setor) \_\_\_\_\_☐ Transfêrência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_☐ Alta hospitalar / ☐ Já revela☐ Decisão Médico☐ Óbito

*Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)*

*Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)*

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Data de internação: 06/09/2017 Hora: 14:17:45

**SUS** Sistema Único da 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 LUÍZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES  
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES  
2362856

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
JOSE MARINHO NETO6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
15006627 - CARTÃO DO SUS  
7003099369263368 - DATA DE NASCIMENTO  
19/01/19659 - SEXO  
Masculino ☒ F ☐10 - TEM ☐ NÃO ☒11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
JOSEFA GOMES DA SILVA12 - TELEFONE EM CONTATO  
83 8194086013 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
CONJ FRANCISCO GOMES SOUSA, 58, CENTRO14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Cacimba de Dentro15 - CEP  
25035016 - UF  
PB17 - CEP  
58230000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor e dificuldade torácica (D).

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessária tto cirúrgica.

20 - PRINCIPAIS EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM REALIZADOS

Anamnese, R.O. físico e Rx.

21 - DIAGNÓSTICO SUSCITA

Infarto torácico (D).

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Abc no infarto torácico (D).

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

02

29 - DOCUMENTO  
(1) CNES (2) CPF

30 - Nº DO DOCUMENTO (Nº CNES) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
ROSSANA CAVALCANTE ALMEIDA32 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
06/09/2017

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPREGADOR

40 - CNAL DA EMPRESA

41 - CBOB

39 - ( ) ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - MEI/MEIA

45 - LAURINDO

46 - DESAFREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - AUTORIZAÇÃO

51 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO  
(1) CNES (2) CPF

54 - Nº DO DOCUMENTO (Nº CNES) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

56 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 DEZ. 2017  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

## AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Jose Manoel Neto IDADE: 52 SEXO: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

## 1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática
 ☐ Sintomática
 ☐ Oligossintomática

## SINTOMAS:

|                                              |                                                                |                                       |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia            | <input type="checkbox"/> Tontura                               | <input type="checkbox"/> Síncope      |
| <input type="checkbox"/> Dispneia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande                                | <input type="checkbox"/> Pequena      |
| <input type="checkbox"/> Palpitações         | <input type="checkbox"/> Média                                 | <input type="checkbox"/> Ortópnea     |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial      | <input type="checkbox"/> Tosse Seca                            | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| Relacionada <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Típica                                | <input type="checkbox"/> Atípica      |
|                                              | <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: \_\_\_\_\_

## 2 - DOLOGIAS EM CURSO:

|                                                         |                                                     |                                                                 |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar       | <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Outros   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus              | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana              |
| <input type="checkbox"/> Arritmias                      | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal               | <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica |

## 3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

|                                                                   |                                       |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <u>Dermatite</u> | <input type="checkbox"/> Tabagismo    |
| <input type="checkbox"/> Etilismo                                 | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia                             | <input type="checkbox"/> Outros       |
| <input type="checkbox"/> Cirúrgico _____                          |                                       |

Medicamentos em uso ☐ Não ☐ Sim \_\_\_\_\_

## 4 - EXAME FÍSICO:

( ☒ ) Estado Geral ( ☒ ) Bom ( ☐ ) Regular ( ☐ ) Comprometido ( ☐ ) Precário ( ☐ ) Altura ( ☐ ) PesoAp. Cardiovascular - Comentários: RVR 2T B B HTFC: 65 b.p.m P.A.: 120/80Ap. Respiratório - Comentários: lves 57 RRAbdômen - Comentários: pyado no RVD RVDMembros inferiores - Comentários: normal5 - E.C.G.: RVR: dentro dos limites da normalidade

Ex. Laboratoriais: \_\_\_\_\_

## 6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: \_\_\_\_\_

DR. JOSÉ MÁRCIO COSTA

CRM: 100.000  
CRL: PB 3847

Ass. do Médico

2017  
2018  
2019

COMPREV  
COMPREV  
06/11/2017  
D5 0100010  
AC 0200010  
2017

Planilha Monitoramento

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

06-06-2017

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

|           |                                          |            |                  |          |              |
|-----------|------------------------------------------|------------|------------------|----------|--------------|
| Sr(a):    | JOSE MARINHO NETO                        | Protocolo: | 0000355953       | RG:      | ANABELA 05   |
| Dr(a):    | ROSSANA CAVALCANTE                       | Data:      | 07-09-2017 13:44 | Origem:  | AREA AMARELA |
| Convênio: | HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES | Idade:     | 52 anos          | Destino: | Leito - 05   |

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 07/09/2017 14:10 ]

**Resultados**

**Valores de Referência**

**SÉRIE VERMELHA**

|                  |                              |                                   |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | 5,16 milhões/mm <sup>3</sup> | 4,2 A 6,0 milhões/mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina..... | 14,3 g/dL                    | 13,5 A 16,0 g/dL                  |
| Hematócrito..... | 43 %                         | 40,0 A 52,5 %                     |
| V.C.M.....       | 83 fL                        | 82,0 A 92,0 fL                    |
| H.C.M.....       | 28 pg                        | 27,0 A 31,0 pg                    |
| C.H.C.M.....     | 33 g/dL                      | 32,9 A 36,0 g/dL                  |

**SÉRIE BRANCA**

|                 |                        |                                 |
|-----------------|------------------------|---------------------------------|
| Leucócitos..... | 7.300 /mm <sup>3</sup> | 5.000 A 10.000 /mm <sup>3</sup> |
|                 | (%)                    | (/mm <sup>3</sup> )             |

**Neutrófilos**

|                     |      |       |
|---------------------|------|-------|
| Promielócitos.....  | 0    | 0     |
| Mielócitos.....     | 0    | 0     |
| Metamielócitos..... | 0    | 0     |
| Bastonetes.....     | 4,0  | 292   |
| Segmentados.....    | 79,0 | 5.767 |

|                  |   |   |                                             |
|------------------|---|---|---------------------------------------------|
| Eosinófilos..... | 0 | 0 | 40 A 70 % - 1.200 A 5.200 / mm <sup>3</sup> |
| Basófilos.....   | 0 | 0 | 0,5 A 5,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>     |
|                  |   |   | 0 A 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>       |

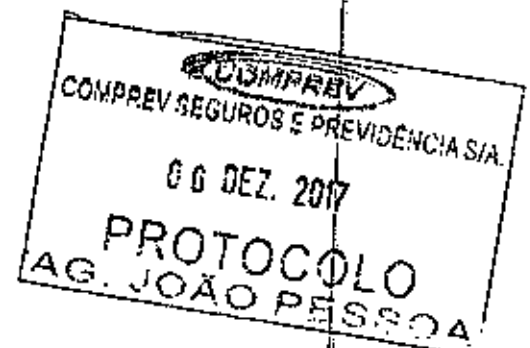
**Linfócitos**

|               |      |       |                                             |
|---------------|------|-------|---------------------------------------------|
| Típicos.....  | 15,0 | 1.095 | 20 A 45 % - 1.000 A 3.500 / mm <sup>3</sup> |
| Atípicos..... | 0    | 0     |                                             |

|                            |                         |     |                                          |
|----------------------------|-------------------------|-----|------------------------------------------|
| Monócitos.....             | 2,0                     | 146 | 2,0 A 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup> |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | 192.000 mm <sup>3</sup> |     | 140.000 A 400.000 mm <sup>3</sup>        |

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

*Assinatura*  
**Anna Claudia Barroso**  
 Biomédica  
 CRBM - 5793





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



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

|           |                                          |            |                  |          |              |
|-----------|------------------------------------------|------------|------------------|----------|--------------|
| Sr(a):    | JOSE MARINHO NETO                        | Protocolo: | 0000355953       | RG:      | AMARELA 05   |
| Dx(a):    | ROSSANA CAVALCANTE                       | Data:      | 07-09-2017 13:44 | Origem:  | AREA AMARELA |
| Convênio: | HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES | Idade:     | 52 anos          | Destino: | Leito - 05   |

**GLICOSE (JEJUM)..... 76 mg/dl**

[DATA DA COLETA: 07/09/2017 14:12 ]

Material: Plasma

Método: Automatizado CM 200 K15TER

Valores de Referência:

Pré-termo...: 20 a 60 mg/dL - Crianças...: 60 a 100 mg/dL  
 Termo...: 30 a 60 mg/dL - Adultos...: 60 a 105 mg/dL  
 1 a 5 dias...: 40 a 80 mg/dL - 56 anos e mais: 80 a 115 mg/dL  
 NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum...: 110 a 125 mg/dL  
 Diabetes Mellitus: Maior ou igual a 126 mg/dL.  
 NOTA: Estes critérios seguem a nova classificação para Diabetes Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Boston 1997, e as alterações devem ser confirmadas com uma nova coleta.

**URÉIA**

[DATA DA COLETA: 07/09/2017 14:12 ]

**Resultado..... 31 mg/dl**

De 15 A 41 mg/dL

Resultados Anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observações:

**CREATININA**

[DATA DA COLETA: 07/09/2017 14:12 ]

**Resultado..... 0,7 mg/dl**

Referência: 0,3 a 1,0 mg/dl  
 Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl  
 Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl  
 EXAMES RELACIONADOS: Uréia, Separação da Creatinina

a Sumário do

urina.

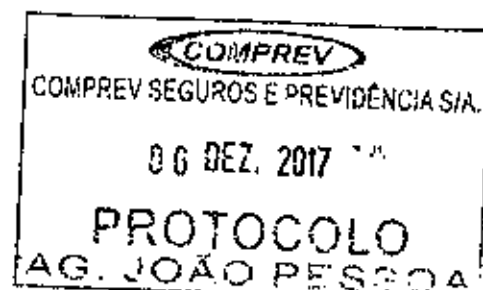
NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 NIEHER

*[Assinatura]*  
 Ana Claudia Barroso  
 Biomédica  
 CRBM - 5793



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade



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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): JOSE MARINHO NETO      Protocolo: 0000355953      RG: AMARELA 05  
Dr(a): ROSSANA CAVALCANTE      Data: 07-09-2017 13:44      Origem: AREA AMARELA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 52 anos      Destino: Leito - 05

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 2'30''

(DATA DA COLETA: 07/09/2017 14:12 )

Valores de Referência:  
De 1 a 3 minutos

Materiais: sangue

Método: Duto

TEMPO DE COAGULACAO ..... 8'30'' min

(DATA DA COLETA: 07/09/2017 14:12 )

Valores de Referência:  
De 5 a 11 minutos

Materiais: Sangue

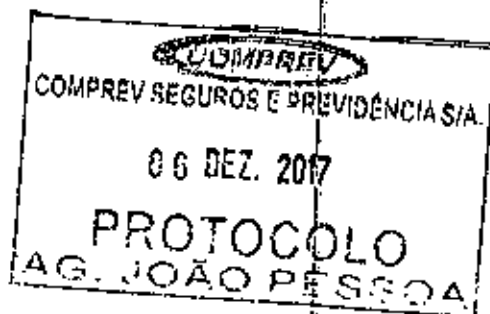
Método: Gen-Heile

Ana Claudia Barroso  
Biomédica  
CRBM - 5793

Encerrado : 07/09/2017 14:53 - Página 3 de 3



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João Maciel Registro: 7 Leito: 1 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
09 DEZ 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

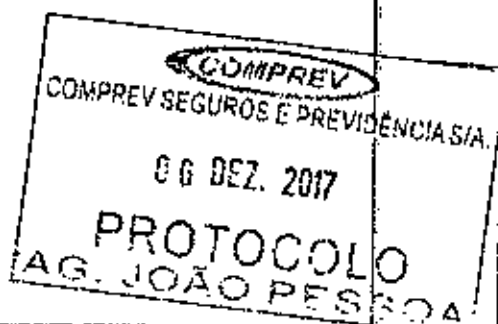
Nome: Renê Marinho Neto Registro:                      Leito: 7-1 Setor Atual:                     

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):                      Drogas (Sedação/Analgesia):                     

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

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

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

Obs:                     

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: ☒ Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudoroso ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( )  $\leq 3$  segundos; ( )  $>3$  segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

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

Cateter vascular: ☒ Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M50 Data da punção: 15/09/17

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

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**

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

Dentição: ☒ Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: ☒ VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: \_\_\_\_\_ Data: 1/1/1

Alterações: ☒ Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

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

RHA: ( ) Normoalivos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: ☒ Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há \_\_\_\_\_ dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: ☒ Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito \_\_\_\_\_ ml/h;

Aspecto: ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**

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

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

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

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: \_\_\_\_\_ Curativo em: 1/1/1

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: \_\_\_\_\_ Débito: \_\_\_\_\_ Retirado em: 1/1/1

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_ Curativo: 1/1/1

**CUIDADO CORPORAL**

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

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

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

**SONO E REPOUSO**

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

**4- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

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

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

**5- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

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

**INTERCORRÊNCIAS**

**Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:**

**DATA:** 15/09/17 **HORA:** 16 h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

S2 anos

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Henrique Neto Registro:                      Leito: 7-1 Setor Atual: Usp. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P:            bpm; FR: 12 lpm; PA:            mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 99 %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 DEZ. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |
| Tempo de enchimento capilar: ( ) $\leq 3$ segundos; ( ) $>3$ segundos. ( ) Turgência jugular: ( )                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |
| Drogas vasoativas: ( ) Quais?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Precordialgia ( )                                       |
| Ausculta cardíaca: (X) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |
| Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>LS</u> Data da punção: <u>22/09/17</u>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |
| Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |
| <b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |
| Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |
| Dentição: ( ) Completa (X) Incompleta ( ) Prótese.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |
| Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |
| Alterações: ( ) Inapetência ( ) Dislágia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| Abdômen: (X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |
| RHA: ( ) Normoalivos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |
| Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |
| Aspecto: ( ) Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Observações:                                            |
| <b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |
| Condição da pele: (X) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |
| Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Turgor da pele: ( ) Preservado                          |
| Condições das mucosas: (X) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |
| Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Retirado em: ____/____/____                             |
| Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Descrição: _____ Curativo: ____/____/____               |
| <b>CUIDADO CORPORAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |
| Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Higiene Corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória.  |
| Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro: <u>Deambula com apoio</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |
| <b>SONO E REPOUSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| (N) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| <b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |
| <b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |
| Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo ( ) Medo: |
| ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| <b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |
| <b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |
| Tipo: <u>Católico</u> ( ) Praticante (X) Não praticante. Observações:                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| <b>INTERCORRÊNCIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| <u>Paciente aguardando cirurgia e segue em cuidados de enfermagem.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;"><b>COMPREV</b></p> <p style="text-align: center;">COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</p> <p style="text-align: center;">06 DEZ. 2017</p> <p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO</b></p> <p style="text-align: center;">AG. JOÃO PESSOA</p> </div> |                                                         |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | DATA: <u>23/09/17</u> HORA: <u>8:30</u> h               |



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



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

[illegible]

[illegible]



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

| BOLETIM DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NOME: <u>Adriano Mauro</u>                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IDADE: <u>32</u> SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DATA DE NASCIMENTO: <u>/</u> <u>/</u> às <u>:</u> h                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SETOR: <u>Amarela</u> LEITO: <u></u>                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Infarto</u>                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS: <u></u>                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS: <u></u>                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOENÇA CRÔNICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS: <u></u>                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PRÉSENÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: <u></u>                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): NORMAL <input type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IMOBILIDADE: DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MOBILIDADE: DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL: VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DADOS VITAIS: PA: <u></u> T: <u></u> FR: <u></u> FC: <u></u> PESO: <u></u>                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA CD/FR: <u></u>                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO CD/FR: <u></u>                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO CD/FR: <u>AKD</u>                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL CD/FR: <u></u>                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL CD/FR: <u></u>                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA CD/FR: <u></u>                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO CD/FR: <u></u>                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA CD/FR: <u></u>                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA CD/FR: <u></u>                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ CD/FR: <u></u>                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA CD/FR: <u></u>                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO CD/FR: <u></u>                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA CD/FR: <u></u>                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA CD/FR: <u></u>                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO CD/FR: <u></u>                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> CD/FR: <u></u>                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> CD/FR: <u></u>                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> CD/FR: <u></u>                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> CD/FR: <u></u>                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> CD/FR: <u></u>                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assinatura do Enfermeiro Responsável: <u>Karyanna A. A. Rocha</u><br>Enfermeira<br>COREN 518319                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA<br>FR: FATOR RELACIONADO                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. APRAZAMENTO: <u>21/2</u>                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O <sub>2</sub> A LÍNGUA OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

COMPREV  
COMPREV SEGURANÇA  
COMPREV  
26 DEZ. 2017  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

| BOLETIM DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----|-----|--------------------------------------------------------|--|------------|--|--|
| NOME: José Máximo Neto                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| IDADE: 52                                                                                                                                                                                              | SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                                                                                             | DATA DE NASCIMENTO: 19/08/1965 às h |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| SETOR: AMARELO                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | LEITO:                                                 |  |            |  |  |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO:                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| ALERGIAS:                                                                                                                                                                                              | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               | QUAIS:                              |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA:                                                                                                                                                                                    | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               | QUAIS:                              |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| DOENÇA CRÔNICA:                                                                                                                                                                                        | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               | QUAIS:                              |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| PRESENÇA DE ESCARA:                                                                                                                                                                                    | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               | LOCAL:                              |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| PRESSÃO ARTERIAL:                                                                                                                                                                                      | HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>                                            |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| SISTEMA NEUROLÓGICO:                                                                                                                                                                                   | CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>                                 |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO:                                                                                                                                                                                  | DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>          |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):                                                                                                                                                                        | NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/>                         |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| MOBILIDADE:                                                                                                                                                                                            | DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>                                                              |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
|                                                                                                                                                                                                        | DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOP <input type="checkbox"/> |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
|                                                                                                                                                                                                        | TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input checked="" type="checkbox"/>    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA):                                                                                                                                                                       | VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>                                                                   |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| ESTADO NUTRICIONAL:                                                                                                                                                                                    | NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>                  |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| DADOS VITAIS:                                                                                                                                                                                          | PA:                                                                                                                                                                | T:                                  | FR: | FC: | PESO:                                                  |  |            |  |  |
| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL                                                                                                                                |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICÊMIA INSTÁVEL                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA                                                                                                                                |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO                                                                             |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD/FR:                                                 |  |            |  |  |
| Liliana C. de Queiroz e Melo<br>ENFERMEIRA ESPECIALISTA<br>COREN-PA 242474<br>ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA<br>FR: FATOR RELACIONADO |  |            |  |  |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | APRAZAMENTO                                            |  | ASSINATURA |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | 08/20                                                  |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICÊMIA CAPILAR.                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.                                                                                                                           |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.                                                                                                                |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).                                                                               |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.                                                                                                                 |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     |                                                        |  |            |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).                                                                                |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | NUNCA                                                  |  |            |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | SEMPRE                                                 |  |            |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE. |                                                                                                                                                                    |                                     |     |     | SEMPRE                                                 |  |            |  |  |

[illegible]



[illegible]

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
00 DEZ. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

# DIAGNÓSTICO

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente | João Pedroso Neto                                                                                   |         | Alojamento:                                                                                                                                                                                                                          | 7 | Leito | 1 | Convênio | de 1002 |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|---|----------|---------|
| Data     | Prescrição Médica                                                                                   | Horário | Evolução Médica                                                                                                                                                                                                                      |   |       |   |          |         |
| 15/09    | 1. Dieta Humil<br>2. SRL 1500ml EV/24h                                                              |         | Prescrição mantida humil.                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |          |         |
|          | 3. Dipirona 02ML + AD EV 05/06h<br>4. Ipratropina 20mg + AD EV 12/12h<br>5. Omeprazol 40mg EV/jejum | 12h     |                                                                                                                                                                                                                                      |   |       |   |          |         |
|          | 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN<br>7. Nauseofron 01 FA + AD EV 8/8h SN                   | 12h     | Cid: Prescrição mantida.                                                                                                                                                                                                             |   |       |   |          |         |
|          | 8. Clexane 40mg SC/dia<br>9. SSVV + CCGG                                                            | 22h     |                                                                                                                                                                                                                                      |   |       |   |          |         |
|          |                                                                                                     |         | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>COMPREV</b><br/>             COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S.A.<br/>             06 DEZ. 2017<br/> <b>PROTOCOLO</b><br/> <b>AG-JOAO PESSOA</b> </div> |   |       |   |          |         |
|          |                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                      |   |       |   |          |         |
|          |                                                                                                     |         | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; transform: rotate(-45deg);">             Dr. Roberto Costa<br/>             CRM 5523<br/>             Otorrinolaringologista           </div>              |   |       |   |          |         |
|          |                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                      |   |       |   |          |         |

15109117 17:10 PA 140X100

paciente segue aos cuidados de enfermagem m.e.p. m feito 3 mais vitais e sem queixa no momento

Assinatura  
DIRETOR  
DIRETOR

1/6  
p/p

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 DEZ. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## DIAGNÓSTICO

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
06 DEZ. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

PA- 120/80

Paciente consciente, orientado,  
sem queixas, medicado conforme  
prescrição.

Ela



**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

**പരിഷ്ക**

Johnnie - 229 Columbia Avenue -

## Alajärven t

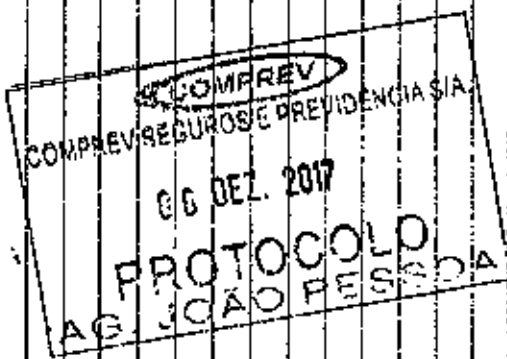
## Testo

## Convenio

## Evolução Médica

② 12/23

| Data  | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Horário                                                                                                                       | Evolução Médica                                                                              |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13/09 | 1. Dieta <i>h<sup>1</sup> vent</i><br>2. SRL 1500ml EV/24h<br>3. Digiprona 02ml + AD EV 05/06h<br>4. Tilaal 20mg + AD EV 12/12h <i>11h</i><br>5. Omeprazol 40mg EV/12h<br>6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN<br>7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN<br>8. Cleaxe 40mg SC/dia <i>(3x4x)</i><br>9. SSVV + CCGG | <i>11h 15</i><br><i>12h 00</i><br><i>12h 00</i><br><i>06</i><br><i>06</i><br><i>06</i><br><i>06</i><br><i>06</i><br><i>06</i> | <i>Pct em RCG satisf. sem</i><br><i>distúrbios</i><br><i>CD. Vau</i><br><i>Hyndia unigra</i> |


  
 COMPREV REGUROSSE PREVIDENCIA S/A
   
 06 DEZ. 2017
   
 PROTOCOLO 106
   
 AG. JOÃO FELI

COMPREV  
COMPREV REGUOSE PREVIDENCIA S/A  
06 DEZ. 2017  
PROTOCOLO  
AG. SÃO PESSOA

Paciente admitido da Alta Amarela.

13.09.17.

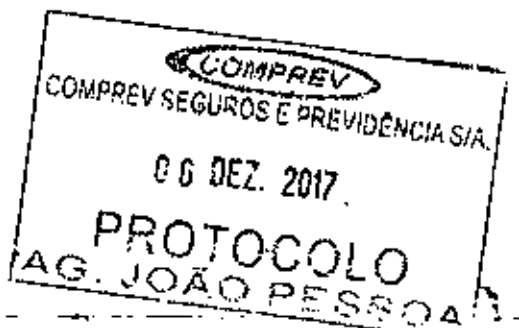
av. 13 horas.

Ana Rita Ricardo da Silva

Téc. Enfermagem

COREN-PB 432.154

Medicado conforme prescrição medicado  
Serviço.





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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): JOSE MARINHO NETO

Dr(a): ROSSANA CAVALCANTE

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Prontuário: 0000355953

Data: 07-09-2017 13:44

Idade: 52 anos

RG: AMARULA, OS

Origem: AREA AMARELA

Destino: Leito - 05

TEMPO DE SANGRAMENTO

2'30''

[DATA DA COLETA: 07/09/2017 14:12]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:  
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO

8'30'' min

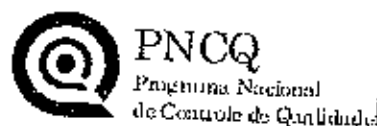
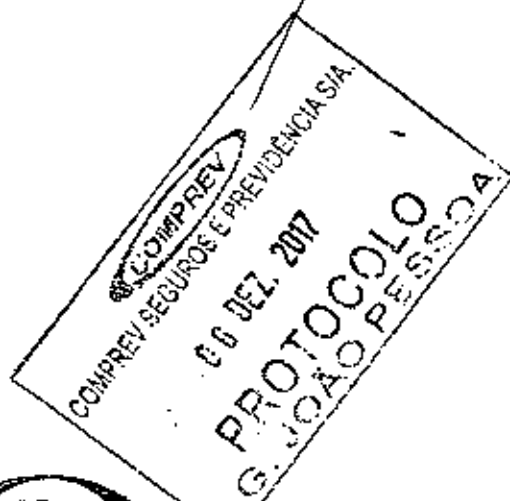
[DATA DA COLETA: 07/09/2017 14:12]

Material: Sangue

Procedimento: Teste-White

Valores de Referência:  
De 5 a 11 minutos

Ana Claudia Barroso  
Biomédica  
CRBM - 5793









# SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO  
DA PARAIBA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

|                                                                             |  |                                                                                                |                |                             |                                  |                      |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------|
| NOME: <b>JOÃO PAULO</b>                                                     |  | IDADE: <b>52</b>                                                                               | SEXO: <b>M</b> | F: <input type="checkbox"/> | DATA DE NASCIMENTO: <b>08/07</b> | SETOR: <b>TRAUMA</b> | LEITO: <b>1</b> |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO:                                                         |  | ALERGIAS:                                                                                      |                |                             |                                  |                      |                 |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAS:  |  | MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAS: |                |                             |                                  |                      |                 |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAS:  |  | DOENÇA CRÔNICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAS:     |                |                             |                                  |                      |                 |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: |  | PRESEÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: |                |                             |                                  |                      |                 |
| HIPOTENSO <input type="checkbox"/>                                          |  | PRESSÃO ARTERIAL:                                                                              |                |                             |                                  |                      |                 |
| NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>                            |  | SISTEMA NEUROLÓGICO:                                                                           |                |                             |                                  |                      |                 |
| CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>                              |  | SISTEMA RESPIRATÓRIO:                                                                          |                |                             |                                  |                      |                 |
| DISPNEICO <input type="checkbox"/>                                          |  | SIST. GENITOURINÁRIO:                                                                          |                |                             |                                  |                      |                 |
| NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>                                  |  | MOBILIDADE:                                                                                    |                |                             |                                  |                      |                 |
| DUSÚRIA <input type="checkbox"/>                                            |  | SIST. GAS. ROINTEATINAL:                                                                       |                |                             |                                  |                      |                 |
| DEAMBULAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/>                             |  | (DIETA)                                                                                        |                |                             |                                  |                      |                 |
| TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>                                        |  | ESTADO NUTRICIONAL:                                                                            |                |                             |                                  |                      |                 |
| VO <input checked="" type="checkbox"/>                                      |  | PA: <b>1</b>                                                                                   |                |                             |                                  |                      |                 |
| DEAMBULAÇÃO/APOIO <input type="checkbox"/>                                  |  | T: <b>1</b>                                                                                    |                |                             |                                  |                      |                 |
| HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>                                         |  | FR: <b>1</b>                                                                                   |                |                             |                                  |                      |                 |
| SNC <input type="checkbox"/>                                                |  | FC: <b>1</b>                                                                                   |                |                             |                                  |                      |                 |
| DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>                                         |  | OBESO <input type="checkbox"/>                                                                 |                |                             |                                  |                      |                 |
| SNE <input type="checkbox"/>                                                |  | CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>                                                             |                |                             |                                  |                      |                 |
| PARESIA <input type="checkbox"/>                                            |  | PESO: <b>1</b>                                                                                 |                |                             |                                  |                      |                 |
| ACAMADO <input type="checkbox"/>                                            |  | DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM                                                                      |                |                             |                                  |                      |                 |
| ANÚRIA <input type="checkbox"/>                                             |  | RISCO DE Queda                                                                                 |                |                             |                                  |                      |                 |
| OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>                                           |  | RISCO DE ASPIRAÇÃO                                                                             |                |                             |                                  |                      |                 |
| EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>                                |  | RISCO DE INFECÇÃO                                                                              |                |                             |                                  |                      |                 |
| ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>                               |  | RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal                                                 |                |                             |                                  |                      |                 |
| HIPERTENSO <input type="checkbox"/>                                         |  | RISCO DE retenção urinária                                                                     |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | RISCO DE retenção urinária                                                                     |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | RISCO DE sangramento                                                                           |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | NÁUSEA                                                                                         |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | DOR AGUDA                                                                                      |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | DOR CRÔNICA                                                                                    |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                                                                   |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                                                                |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | DEFICIT NO AUTO CUIDADO                                                                        |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                                                                |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA                                                               |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO                                                                    |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA                                                                  |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | FR: FATOR RELACIONADO                                                                          |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL                                                           |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                       |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | APAZAMENTO                                                                                     |                |                             |                                  |                      |                 |
|                                                                             |  | ASSINATURA                                                                                     |                |                             |                                  |                      |                 |

PROTÓCOLO  
04 DEZ. 2017  
COMPREENSÃO DE ENFERMAGEM



[illegible]

**RECEBUE**

**COMPREV E PREVIDENCIA SIA**

**06 DEZ. 2017**

**PROTOCOLO**

**AG. JOAO PESSOA**



Ex. 123:

42



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

Diagnóstico

Enl. B

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK OK

F. 7112

Paciente José Mariano Neto, 52

Alojamento 8

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

10/11

1-BIETA 60mg

2-SRL 1500mg EV 12/24h

3-DIPHRONA 1g EV 6/6h

4-TRIMET 20mg + RBD EV 12/12h (Suspensão)

5-OMEPRAZOL 40mg + GUTUENTE EV EM ALVIM

6-TRIMET 100mg + 300mg EV 6/6h 5N

7-NAUSEBROM 8mg/ml 14g + RBD EV 6/6h 5N

8-55V+EGGG

9-Clonazepam 1mg SC 1x/dia

10-Fluconazol 150mg 1x/dia

11

Evolução Médica

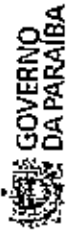
ORTOPEDIA

PROTÓCOLO  
CORRETORES E PREVIDENCIA S/A  
60 DEZ 2017  
JOÃO PEDROBil. Espinal, 01/11/2017  
Dignare (J) Zucc. (J)

Col. Vp 104

Aguarda cirurgia.

Vivay de Paula Câmara  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/RB-119807Vivay de Paula Câmara  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/RB-119807

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente com manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

para manutenção de patina de

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT-B-E Nº 1500616 CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.248/000852

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809

Endereço de Emergência (B-1) - MÓDULO 07 Atendente: Ana Carolina Silva De Souza

PACIENTE: JOSE MARTINHO NETO - CEP: 58230000 Nascimento: 19/01/1965

Endereço: EBN FRANCISCO GOMES SOUSA

Cidade: Cacimba do Dentro

Nome da Mãe: JOSEFA GOMES DA SILVA

Responsável: VERÔNICA DA SILVA PEREIRA

Estado Civil: Divorciada

Motivo: Queimadura

Médico: Dr. Eduardo de Aguiar

Data de Atendimento: 06/09/2017

Hora: 13:03:28

CRM: 1047385

CPF: 1047385

CNS: 700309936928336

Profissão: AGRICULTOR

Especialidade:

CONVÊNIO SUS

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

Especialidade:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

DIGNOSTICO / CID:

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

GOVERNO

DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

DE ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HORA REALIZADO

HORA REALIZADO

[illegible]

COMPROVANTE  
COMPANHIA  
DE SEGUROS E PREVIDENCIA S.A.  
06 DEZ 2017  
AG. JOAO PESSOA

[illegible]



4105.021



|                                                                      |  |                    |  |                |  |                         |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|----------------|--|-------------------------|--|
| NOME: <u>João Manoel Neto</u>                                        |  | IDADE: <u>52</u>   |  | SEXO: <u>M</u> |  | DATA: <u>05/05/2010</u> |  |
| PROCEDÊNCIA: <u>PROFISSÃO</u>                                        |  | PROFISSÃO: <u></u> |  | DATA: <u></u>  |  | SEXO: <u></u>           |  |
| 1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:                                   |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Assintomática ( ) Sintomática ( )                                    |  |                    |  |                |  |                         |  |
| SINTOMAS:                                                            |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Cefaleia ( ) Torção ( ) Grande ( ) Média ( ) Pequena ( ) Sincope ( ) |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Dispneia de esforço ( )                                              |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Palpitações ( )                                                      |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Dor precordial ( )                                                   |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Relacionada ( ) Esforço ( )                                          |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Comentários: <u></u>                                                 |  |                    |  |                |  |                         |  |
| 2 - DOENÇAS EM CURSO:                                                |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Hipertensão Arterial Sistêmica ( )                                   |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Diabetes Mellitus ( )                                                |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Artrite ( )                                                          |  |                    |  |                |  |                         |  |
| 3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:                                           |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Alergia a Medicamentos: <u>Penicilina</u>                            |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Dislipidemia ( )                                                     |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Tabagismo ( )                                                        |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Sedentarismo ( )                                                     |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Outros ( )                                                           |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Medicamentos em uso ( ) Não ( ) Sim ( )                              |  |                    |  |                |  |                         |  |
| 4 - EXAME FÍSICO:                                                    |  |                    |  |                |  |                         |  |
| (1) Estado Geral: ( ) Abom ( ) Regular ( )                           |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Comprimido ( ) Precário ( )                                          |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Altura ( ) Peso ( )                                                  |  |                    |  |                |  |                         |  |
| FC: <u>65</u> b.p.m P.A. <u>120/80</u> mmHg                          |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Ap. Respiratório - Comentários: <u>Libre no ausc</u>                 |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Membros Inferiores - Comentários: <u>Libre</u>                       |  |                    |  |                |  |                         |  |
| 5 - ECG: <u>Trac. dentro da normalidade</u>                          |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Ex. Laboratoriais: <u></u>                                           |  |                    |  |                |  |                         |  |
| 6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO: <u></u>                               |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Observações Enfermagem: <u></u>                                      |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Diurese: <u></u>                                                     |  |                    |  |                |  |                         |  |
| PA: <u></u>                                                          |  |                    |  |                |  |                         |  |
| R: <u></u>                                                           |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Ass: <u></u>                                                         |  |                    |  |                |  |                         |  |
| Data: <u>05/05/2010</u>                                              |  |                    |  |                |  |                         |  |

Ass. do Médico



## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Nº 100.120.120.120

Alcance

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

10º DIA

11º DIA

12º DIA

1º DIA

2º DIA

3º DIA

4º DIA

5º DIA

6º DIA

7º DIA

8º DIA

9º DIA

### Fracture on multiple lateral D's

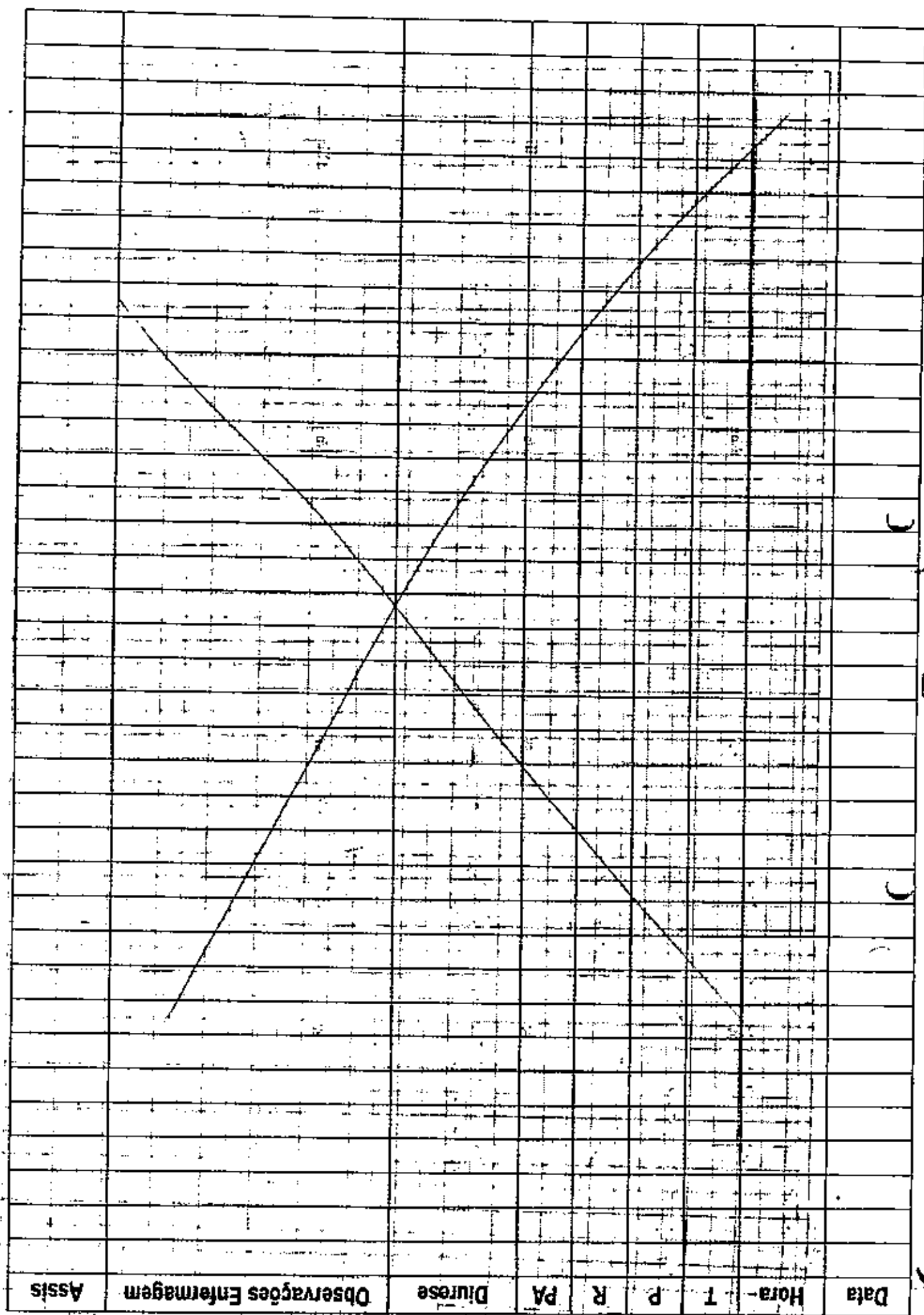
**FOLHA DE ATRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

Compendio

[illegible]



| Data     | Hora  | T | OP | R | PA | Diurese | Observações Enfermagem                | Assis |
|----------|-------|---|----|---|----|---------|---------------------------------------|-------|
| 02/05/17 | 08:00 |   |    |   |    |         | paciente segue em cuidados de higiene |       |



## Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

$\Gamma_x \cdot \Gamma_{\mu z} = 0$

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA  
06 DEZ. 2017  
PROTO

06 DEZ. 2017  
PROTOCOLADO  
AG. JOAO PESSOA

SL

[illegible]





UNIDADE DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

21/4

Paciente: José Maurício Neto

Alcance: 52

Leito: 05

Data: 21/4

Prescrição Médica

Horário

Convenção

DETA: 100mg  
SNT: 150mg EV/24h  
DIPRON: 150mg EV/24h  
TIPIR: 100mg EV/12h  
ONE: 100mg EV/24h  
TAC: 100mg EV/24h  
ANALG: 100mg EV/24h  
SMA: 100mg EV/24h

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

Unidade de Pronto Atendimento  
Ortopedia e Traumatologia  
CRAMP 100mg

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica

DIH: ORTOPEDIA

Evolução Médica



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

|                                 |                   |                |  |
|---------------------------------|-------------------|----------------|--|
| Nome do Paciente                |                   | Nº Prontuário  |  |
| JOSE M NETO                     |                   |                |  |
| Data da Operação                | Enf.              | Leito          |  |
| 16/9/77                         |                   |                |  |
| Operador                        |                   | 1º Auxiliar    |  |
| Dr. Wilson                      |                   |                |  |
| 2º Auxiliar                     | 3º Auxiliar       | Instrumentador |  |
|                                 |                   | André          |  |
| Anestesia                       | Tipo de Anestesia |                |  |
| Dr. Elmar                       |                   |                |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório      |                   |                |  |
| 92 147 ⑤                        |                   |                |  |
| Tipo de Operação                |                   |                |  |
| 1170 Cistocistostomia           |                   |                |  |
| Diagnóstico Pós-Operatório      |                   |                |  |
| A mesmo                         |                   |                |  |
| Relatório Imediato da Patologia |                   |                |  |
| /                               |                   |                |  |
| Exame Radiológico no Ato        |                   |                |  |
| Sim                             |                   |                |  |
| Acidente Durante a Operação     |                   |                |  |
| /                               |                   |                |  |

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

Parte DDA sob anestesia.

Ureapna : Anest. Zepso. PEB.

Remoção Estômago.

Injeção local bilateral T4 @

Indução : fentanyl

Ligadura M. J. - Drenagem

anura

exatino

Tela lona @

Elaborado por: *[assinatura]*  
Cirurgião Geral de Anest. e  
Cirurgião Geral de Anest. e

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
06 DEZ. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
06 DEZ. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

|                                                                                                                 |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------|----|---|---|---|------|------|--|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida. |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Tempo de enchimento capilar: ( ) $\leq 3$ segundos; ( ) $>3$ segundos. ( ) Turgência jugular: ( )               |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Drogas vasoativas: ( ) Quais?                                                                                   |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Ausculta cardíaca: (X) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( )                             |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>AS</u>                              |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:                                                    |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| <b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>                                                        |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.                                              |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Dentição: ( ) Completa (X) Incompleta ( ) Prótese.                                                              |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gavage ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: _____                            |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:           |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Abdômen: (X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:                                       |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados                                                 |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros:                          |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;    |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações:                                                                         |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| <b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>                                                                      |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Condição da pele: (X) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outros:             |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica                                    |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Condições das mucosas: (X) Úmidas ( ) Secas. Manifestações de sede: ( )                                         |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____                                                                     |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____                                                                    |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____                                             |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| <b>CUIDADO CORPORAL</b>                                                                                         |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:                     |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória. Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória.   |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outros: <u>Deambula com apoio</u>                        |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| <b>SONO E REPOUSO</b>                                                                                           |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| (X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:                          |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| <b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>                                                             |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| <b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>                                                              |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo ( ) Medo.            |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:                                                     |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| <b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>                                                                        |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| <b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>                                                            |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Tipo: <u>Católico</u> ( ) Praticante. (X) Não praticante. Observações:                                          |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| <b>INTERCORRÊNCIAS</b>                                                                                          |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| <u>paciente encaminhado para cirurgia e após a cirurgia</u>                                                     |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| <u>em repouso</u>                                                                                               |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____                                                                       |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| DATA: <u>23/09/17</u> HORA: <u>8:30</u>                                                                         |                        |         |    |   |   |   |      |      |  |
| Assis                                                                                                           | Observações Enfermeiro | Diurese | PA | R | P | T | Hora | Data |  |

**Unidade de Segurança do Paciente**  
**TRAUMA - CC**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Yazı manzumesi

IDADE: 52 anos PRONTUÁRIO: 1500612

## ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

## ENTRADA

- ☐ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

**PAUSA CIRÚRGICA**

ANTES DA INCISÃO ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲

**ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA**

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ **OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO**

**2/ O PACIENTE POSSUI:**

## ALERGIA CONHECIDA?

16 DEZ 2017  
FOTOCOPIAÇÃO  
VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE BRONCOASPIRACÃO  
NÃO  
SIM  
NÃO  
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL  
RISCO DE PERDA SANGÜEA > 500 mL  
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

**SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO**

### EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☐ **REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIÁ? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?**

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PROTÊSES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)

A PROFILAXIA ANTINICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

NÃO SE APLICA  
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

NÃO SE APLICA

Adriano Pereira dos Santos  
Técnico de Enfermagem  
- Matrícula COREN-SP 326 -  
Assinatura

## Diagnóstico

GOVERNO  
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

520500

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOSE GONCALVES Registro: 123456 Leito: 2-1 Setor Alua: 6-2

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 35 °C PR: 98 bpm FR: 12 irpm: PA: 120/80 mmHg: FC: 70 bpm SPO2: 96 %HGT: 1.70 mg/dl: Peso: 70 Kg: Altura: 1.70 cm: Dor: 1 Local: abd Obs.: CSF

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW (3/15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): 0

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D&gt;E ( ) E&gt;D ( ) Fotorreagentes ( ) Míóticas ( ) Midríaticas

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

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

Obs:

## OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi ( ) % Imin ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VM ( ) MM TO ( ) Corissura labial ( ) FIO2 ( ) % FEEP ( ) cmH2O

(X) Espúria: ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular: Presente: Diminuídos ( ) D ( ) VE

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

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

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

Data da inserção do dreno:

Gasometria arterial: PH: 7.38 PO2: 100 RS2: 100 HCO3: 26 FEE: 100 SpO2: 96 Data: 1/1/1 Hora: 10:00

## PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

9-0-0

Leito

Alojamento

Horário

Paciente

Data

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

JOÃO MARINHO NETO

LEITE Sula 04 CONVÊNIO SUS IDADE 52 anos REGISTRO 1500616

CIRURGIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

- André -

DATA

16/09/17

INÍCIO

09:40

FIM

10:50

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS      |    | Bolsa Colostoma              | Qtd. | FIOS                      | CODIGO |
|------|-------------------------------|----|------------------------------|------|---------------------------|--------|
|      | Adrenalina amp.               |    | Calet. p/ Oxi.               |      | Catgut cromado Serlix     |        |
|      | Atropina amp.                 |    | Calet. De Urinar Sist. Fech. |      | Catgut cromado Serlix     |        |
|      | Diazepam amp.                 | DS | Compressa Grande             |      | Catgut cromado Serlix     |        |
| 01   | Dinico amp.                   |    | Compressa Pequena            |      | Catgut Simples            |        |
|      | Dofanina amp.                 |    | Colonoide                    |      | Catgut Simples Serlix     |        |
|      | Efranc ml                     |    | Dreno                        |      | Catgut Simples Serlix     |        |
|      | Fenegan amp.                  |    | Dreno Kerr nº                |      | Catgut Simples Serlix     |        |
|      | Fentanil ml                   |    | Dreno Penrose nº             |      | Cera p/ osso              |        |
|      | Inova ml                      |    | Dreno Pozzer nº              |      | Ethibond                  |        |
|      | Ketalar ml                    |    | Equipo de Macrogolas         |      | Ethibond                  |        |
| 01   | Mercaína <i>Princha</i> % ml  |    | Equipo de Macrogolas         |      | Ethibond                  |        |
|      | Nubahin amp.                  |    | Equipo de Sangue             |      | Fio de Algodão Serlix     |        |
|      | Pavulon amp.                  |    | Equipo de PVC                |      | Fio de Algodão Serlix     |        |
|      | Protigmine amp.               |    | Esparadrapo Largo cm         |      | Fio de Algodão Sutupak    |        |
|      | Protóxido l/m                 |    | Furacim ml                   |      | Fio de Algodão Sutupak    |        |
|      | Quetia ml                     |    | Gase Pacote c/ 10 unidades   |      | Filo cardiaca             |        |
|      | Rapifen amp.                  |    | H <sub>2</sub> O ml          | 02   | Mononylon 2-0             |        |
|      | Thionembul ml                 |    | Intracath Adulto             |      | Mononylon                 |        |
|      | Tracrium amp.                 |    | Intracath Infantil           |      | Prolene Serlix            |        |
| Qtd. | MEDICAÇÕES                    | DL | Lâmina de Bisturi nº 23      |      | SOROS                     |        |
|      | Água Destilada amp.           |    | Lâmina de Bisturi nº 11      |      | SG Normotérmico fr 500 ml |        |
|      | Decadron amp.                 |    | Lâmina de Bisturi nº 15      |      | SG Gelado fr 500 ml       |        |
|      | Dipirona amp.                 |    | Luvas 7.0                    |      | SG Hipertérmico fr 500 ml |        |
|      | Flaxidol amp.                 |    | Luvas 7.5                    |      | SG Ring fr 500 ml         |        |
|      | Flebocorid amp.               | 03 | Luvas 8.0                    |      | SG 500 ml                 |        |
|      | Geramicina amp.               | 01 | Luvas 8.5                    |      |                           |        |
|      | Glicose amp.                  |    | Oxigênio l/m                 |      |                           |        |
|      | Glucon de Cálcio amp.         |    | Polilix                      |      |                           |        |
|      | Haemacel ml.                  | 03 | PVPI Degermante ml           |      |                           |        |
|      | Heparema ml.                  |    | PVPI Tópico ml.              |      |                           |        |
|      | Kanaktion amp.                |    | Sabão Antisséptico           |      |                           |        |
|      | Lasix amp.                    |    | Saco coletor                 |      |                           |        |
|      | Medrofinazot.                 | 01 | Seringa desc. 10 ml          |      |                           |        |
|      | Plasil amp.                   |    | Seringa desc. 20 ml          |      |                           |        |
|      | Protamina                     | 01 | Seringa desc. 05 ml          |      |                           |        |
|      | Revivan amp.                  |    | Sonda                        |      |                           |        |
|      | Stuplanon amp.                |    | Sonda Foley                  |      |                           |        |
|      | Cefalotina 1g                 |    | Sonda Nasogálica             |      |                           |        |
|      |                               |    | Sonda Uretral nº             |      |                           |        |
|      |                               |    | Sierydrem ml                 |      |                           |        |
|      |                               |    | Torneirinha                  |      |                           |        |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES          |    | Vaselina ml                  |      |                           |        |
|      | Agulha desc. 25 x 7           |    | Gelcon 18                    |      |                           |        |
|      | Agulha desc. 28 x 28          | 02 | Látex                        |      |                           |        |
|      | Agulha desc. 3 x 4.5          | 05 | Algodão <i>Algodão</i>       |      |                           |        |
| 01   | Agulha p/ raque nº 25         | 01 | Algodão <i>Algodão</i>       |      |                           |        |
| 05   | Álcool de Enfermagem 70%      |    |                              |      |                           |        |
|      | Álcool Iodado ml              |    |                              |      |                           |        |
|      | Aladuras de Creon <i>15ml</i> |    |                              |      |                           |        |
|      | Aladuras de Gessada           |    |                              |      |                           |        |
|      | Azul metileno amp.            |    |                              |      |                           |        |
|      | Benzina ml                    |    |                              |      |                           |        |

PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA

ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

- (- ) Oxímetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- (- ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Electrocautério
- ( ) Oxigênio
- ( ) Cardíaco
- ( ) Perímetro

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

DIAGNÓSTICO

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

| Paciente e Assinatura do Enfermeiro                                                                                      | Data     | Prescrição Médica | Carimbo |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|---------|
| 1. Data: 15/09/13                                                                                                        | 15/09/13 | 15/09/13          |         |
| 2. Sinais vitais: 120/80 mmHg, 72 bpm, 20°C, 95% O2                                                                      |          |                   |         |
| 3. Diagnóstico: D24.0 - Depressão maior                                                                                  |          |                   |         |
| 4. Tratamento: 20mg AD EV 12/12h                                                                                         |          |                   |         |
| 5. Omeprazol 40mg EV/jornal                                                                                              |          |                   |         |
| 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV B/8h SN                                                                               |          |                   |         |
| 7. Nauseadron 10mg + AD EV B/8h SN                                                                                       |          |                   |         |
| 8. Clonazepam 1mg SC de 8 em 8h                                                                                          |          |                   |         |
| 9. SSV + CCG                                                                                                             |          |                   |         |
| INTERCORRÊNCIAS                                                                                                          |          |                   |         |
| Tipo: ( ) Não praticante ( ) Observações:                                                                                |          |                   |         |
| RELIGIÃO/RELIGIOSIDADE/OU ESPRITUALIDADE                                                                                 |          |                   |         |
| S: NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS                                                                                         |          |                   |         |
| Ansiiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:                                                                 |          |                   |         |
| Comunicação ( ) Reservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:                        |          |                   |         |
| ORGANIZAÇÃO GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL                                                                               |          |                   |         |
| SAÚDE DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS                                                                                     |          |                   |         |
| ( ) Preservado ( ) Não preservado ( ) Lembre durante o dia ( ) Sono interrompido Observações:                            |          |                   |         |
| Sono e repouso                                                                                                           |          |                   |         |
| Limite físico: ( ) Acumulado ( ) Cauda de sono ( ) Outros:                                                               |          |                   |         |
| Higiene corporal ( ) Insatisfeita ( ) Insatisfeita Corporal: ( ) Satisfeita ( ) Insatisfeita                             |          |                   |         |
| Estado corporal: ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente ( ) Observações:                                             |          |                   |         |
| CIDADO CORPORAL                                                                                                          |          |                   |         |
| Mera de pressão: ( ) Estágio: ( ) Local: ( ) Debito: ( ) Curativo em: ( ) Curativo                                       |          |                   |         |
| Incisão/cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: ( ) Outros:                                                                        |          |                   |         |
| Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )                                                   |          |                   |         |
| Colapso da pele: ( ) Normotônica ( ) Hipotônica ( ) Hipertônica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado ( ) Outros: |          |                   |         |
| Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outros:                      |          |                   |         |
| INTEGRIDADE FÍSICA/ECUTÂNEO-MUCOSA                                                                                       |          |                   |         |
| Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVO Dito m/h:                       |          |                   |         |
| Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipada há dias ( ) Outros:                                         |          |                   |         |
| RHA: ( ) Normotônica ( ) Ausentes ( ) Diminuídas ( ) Aumentadas                                                          |          |                   |         |
| Abdome: ( ) Normotônico ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:                                                |          |                   |         |
| Aterogênese: ( ) Inapetência ( ) Distúrbio ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Prisão ( ) Outros:                  |          |                   |         |
| Alimentação: ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gatrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT Hora: ( ) Prótese:                                 |          |                   |         |
| Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese:                                                                       |          |                   |         |
| Tipo sonolência: ( ) Intenso ( ) Moderado ( ) Leve ( ) Nenhum ( ) Outros:                                                |          |                   |         |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)                                                                        |          |                   |         |
| Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Extremidades Observações:                                                          |          |                   |         |
| Catear vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissociação Localização: ( ) M S S Data de início: 15/09/13              |          |                   |         |
| Ausência cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Spd ( ) Duto Marcapasso ( ) Transição ( ) Derivação ( ) Preservação ( ) |          |                   |         |
| Drogas vasoativas: ( ) Quais?                                                                                            |          |                   |         |
| Tempo de enchimento capilar: ( ) < 3 segundos ( ) > 3 segundos ( ) Turgência jugular: ( )                                |          |                   |         |
| Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Diaprose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida                                          |          |                   |         |

Paciente admitido da Ala Amarela  
Data: 13.09.13  
Av. I. L. Marcondes, Ana Rita Ricardo da Silva  
Téc. Enfermagem  
CORRIGIDA 13/09/13

032  
01

12

07 11/11/2017  
03 11/11/2017  
01 11/11/2017

03 11/11/2017  
01 11/11/2017  
01 11/11/2017  
01 11/11/2017  
01 11/11/2017

07  
01

03 11/11/2017

07  
01

07

03 11/11/2017

07 11/11/2017

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
00 DEZ 2017  
PROTOCOLO  
AG JOAO PESSOA

07 4

02

02 11/11/2017

10 20

11/11/2017

11/11/2017

11/11/2017

02

02

12/0021

01 11/11/2017

(A)

GOVERNO  
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dr. Marinho Nilton Registro: 7-1 Setor: Atual

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: ax: BCIP: FR: PR: FC: SP02: %  
HGT: 0 mg/dl, Peso: Kg: Altura: cm Dor: ( ) Local: ( ) Obs: ( )

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW (3-15):

Próprio (Sedação/Analgesia):

Pupila: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D.E. ☐ E.O. ☐ Fotoreagentes ☐ Mióticas ☐ MídricasMobilidade Física: ☐ Preservada ☐ Paresia ☐ Paraplegia ☐ Paresia LocalLinguagem: ☐ Qual? ☐ Disfonia ☐ Afasia ☐ Disfasia ☐ Disartria

Obs:

## OXIGENIZAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ☐ Cateter Nasal ☐ Venturi ☐ % ☐ Vmin ☐ Traqueostomia ☐ Ayre/TuboVmin: ☐ Vmax: ☐ TOT: ☐ Cont. saturação: ☐ HIO2: ☐ % PEEP: ☐ cmH2OEupneia: ☒ Taquipneia ☐ Bradipneia ☐ Dispneia ☐ OutrosAusculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☐ Diminuído ☐ D. ☐ ERuidos adventícios: ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ OutrosTosse: ☐ Inprodutiva ☐ Produtiva ☐ Expectoração: ☐ Quantidade de expecto:Aspiração: Quantidade de aspirado: ☐ Dreno de tórax: ☐ D. ☐ E. ☐ Selo d'água:Data da inserção do dreno: ☐ Aspecto da drenagem torácica:Gasometria Arterial: ☐ pH: ☐ pO2: ☐ pCO2: ☐ Sa: ☐ SpO2: ☐ Data: ☐ Hora: ☐

## PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ☐ Visão ☐ Audição ☐ Tato ☐ Paladar ☐ Observação:

## SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo: ☒ Agitado ☐ Agressivo ☐ Risco de queda: ☐ Observação:

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impalpável ☐ Filiforme ☐ Cadeia

Assis

Observações Enfermeiro

Diagnose

PA

R

T

Data

**PEDIDO DE FATURAMENTO**

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TIJUBA

CIDADE

Ca. GRANDE

TEL/FAX/E-MAIL

NOME DO PACIENTE

JOSE MARINHO NETO

Nº DO PRONTUÁRIO

1500646

Nº ALH

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVENIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

MOI. CIRUR. DE TRATAM. DE TORN. DE

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

PLACA 3.5 TUBULAR OBF.

01

W. B. 3.5 x 14

02

// 3.5 x 13

02

DATA DA UTILIZAÇÃO

16/07/2017

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. Edgimar

OBSERVAÇÕES

Q 3.5 TOL N. 84

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Assinatura

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
06 DEZ. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

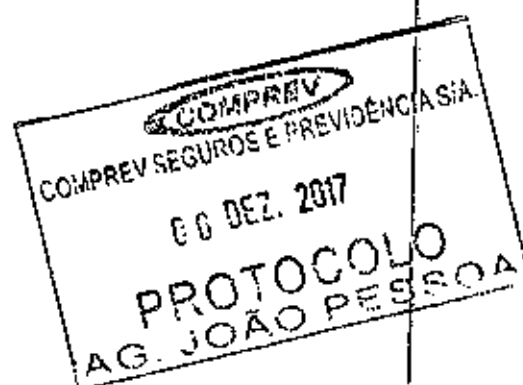


**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

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

 CRM 130

Assinatura do anestesista





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**HUECC**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

HISTÓRICO

**FOLHA DE ANESTESIA**

NOME

JOSE MARILHO NETO

IDADE

SEXO

COR

DATA

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

TIPO SANGÜÍNEO

HEMÁCIAS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLUCEMIA

UREIA

OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO

ASMA

BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO

ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO

DENTES

PESCOÇO

AP. URMÁRIO

ESTADO MENTAL

ATARRAÇOS

DORTICÓRDES

ALERGIA

HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FRAT. TORAX ZELO D.

ESTADO FÍSICO

RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

APLICADA

AS

EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS

CÓDIGOS  
VP. ARTERIAL; O. PULSO; O. RESPIRAÇÃO  
AX. ANESTESIA; O. OPERAÇÃO

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSICÃO

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

INDICAÇÃO

Satisf.: \_\_\_\_\_ Excl.: \_\_\_\_\_ Tosse: \_\_\_\_\_

Laringo espasmo: \_\_\_\_\_ Lenta: \_\_\_\_\_

Náuseas: \_\_\_\_\_ Vômitos: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Não, por quê? \_\_\_\_\_

DESPERTAR

Reflexos na SO: \_\_\_\_\_

Obst.: \_\_\_\_\_ Co.: \_\_\_\_\_ Excl.: \_\_\_\_\_

Náuseas: \_\_\_\_\_ Vômitos: \_\_\_\_\_

COMPROMISSO DE SEGURANÇA  
 COPIA DE  
 06 DEZ. 2017  
 AG. JOÃO PESSOA  
 PROTOCOLO

Para o Leito Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
 CONDIÇÕES:

CÂNULAS

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGÜÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha  
1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

6 - NOME DO PACIENTE

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

10 - SEXO

Mes. 1

Ann. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO DICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 DEZ. 2017  
PROTOCOLADO  
AG. JOAO PEREIRA

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1 - CNS

2 - CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

**AUTORIZAÇÃO**

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DE SOLICITAÇÃO

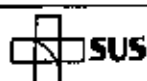
47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1 - CNS

2 - CPF



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE

3 - CIES

4 - CIES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC. ☐ 1 FEM. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - Nº DE TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CID

18 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR

20 - CDD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

23 - DIAGNÓSTICO ESPECIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

29 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - QTD

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - QTD

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - QTD

39 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIARIA

06 DEZ. 2017

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DATA DE SOLICITAÇÃO

42 - DOCUMENTO

43 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CRM

( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - DATA DE SOLICITAÇÃO

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CRM

( ) CPF



**POLICLÍNICA**

Nossa Senhora Aparecida

Documentação médica - hospitalar



Paciente:

João Manoel Neto

End.:

LAUDO

20 MAR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Oac. Augusto S. L. Neto  
T 932 documento - 1 - ac.  
Lente Microscópica, com  
uma a 100x. Terc. no  
tráfego de, malha lateral.  
De 1.000 a 1.000, 1.000  
tráfego de 1.000

Dr. Ojama Bento F. Junior  
CRM 3874  
Classe 3 - 1.000

10  
3  
18

Praça Getúlio Vargas - 68 - Centro - Santa Rita - PB

CNPJ: 27.451.002/0001-53 - Fones: (83) 3032-2331 - 98605-6016

Paciente: JOSE MARINHO NETO

DN.: 19/01/1965

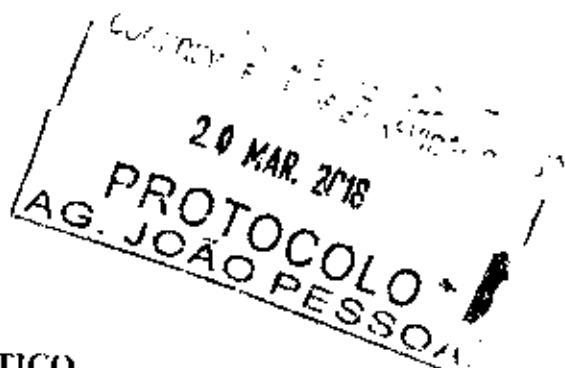
RG.: 1047385

Nº: 18

Exame: RX TORNOZELO DIREITO

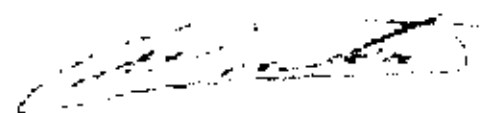
Data do exame: 02/03/2018

Convênio: PARTICULAR



### RADIODIAGNÓSTICO

A radiografia de controle mostra fratura antiga consolidada no terço distal da fíbula, fixada por placa metálica.



**Dr. MARCILIO MENDES CARTAXO**  
**MÉDICO RADIOLOGISTA**  
CRM- PB 2044

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínicos-epidemiológicos do(a) paciente.

20 MAR.  
PROT  
AG. JOA



Documentação médica - hospital



GOVERNO  
DO ESTADO  
DE PARAIBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: JOSÉ MARINHO NETO  
DATA DO EXAME: 31.08.2016  
RADIOGRAFIA DE TÔRNOZELO

- Fratura alinhada no maléolo lateral.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas

Dr. Raíff R Cavalcanti  
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino  
CRM/PB 6435

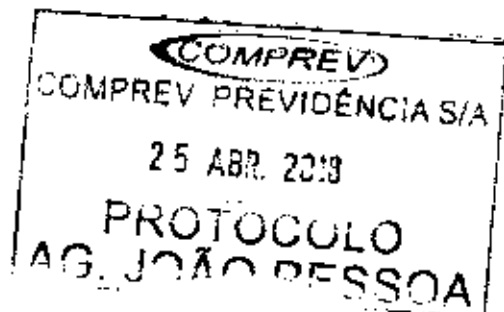
Dra. Marcelle Farias  
CRM/PB 6560

Dr. Rafael Borges  
CRM/PB: 6485

Dr. William R. T. Neto  
CRM/PB: 6733

Dr. Roberto Maia  
CRM/PB: 6101

78



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA  
Rua Prof Alaide Silva, 131 - Fone: (83) 3363-2257

ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇO HOSPITALAR

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: Jose Miguel Nób

PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

Pela com. de  
de Tênis.  
Solic. provida de  
de Pedista.

Humberto de Almeida Lima  
Médico CRM/PB 1744  
CNS: 708403/03717464

Solânea (PB), 31 / 07 / 2017

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### Ficha de Acolhimento

|                       |                                            |                             |                                    |
|-----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Nome:                 | Vitorino Neto                              |                             |                                    |
| End:                  | Rua Manoel Gons de Sousa 58 Bairro: Fátima |                             |                                    |
| Data de Nascimento:   | 19.01.1965                                 | Documento de Identificação: | Facimbele e identidade             |
| Queixa:               | 1º mole                                    | Data do Atend:              | 31.08.17 Hora: 15:00 Documento: 23 |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim                                    | ( ) Não                     |                                    |

### Classificação de Risco

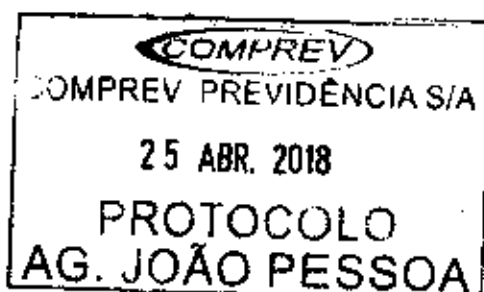
|                          |                                         |                      |                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| Nível de consciência:    |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

### Estratificação

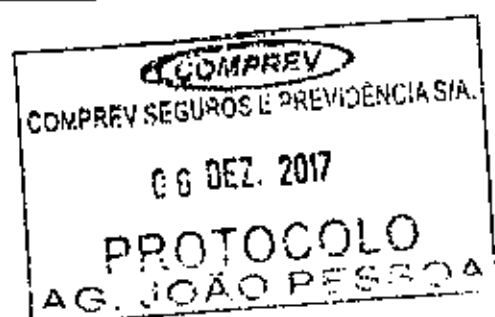
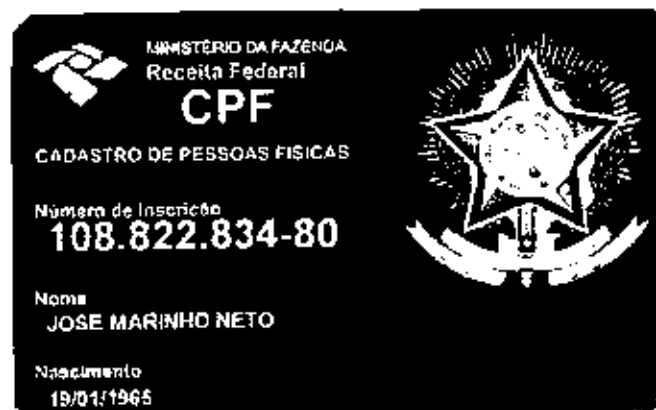
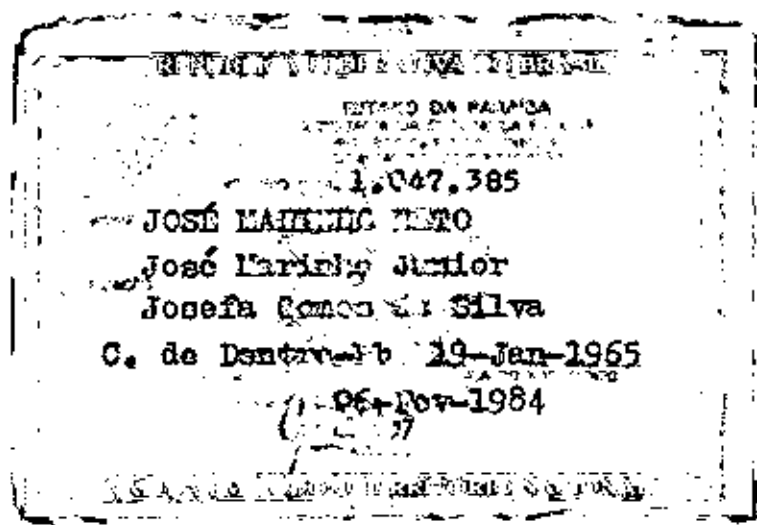
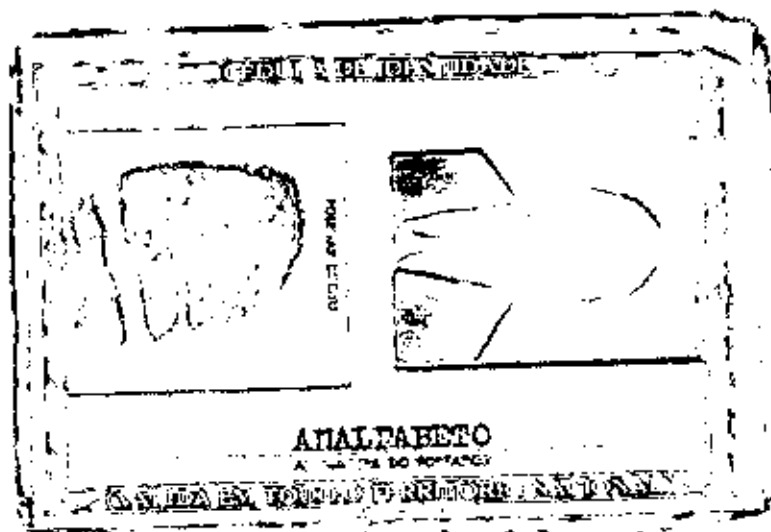
- ( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional



Documentos de identificação





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CANTILHAR/NACIONAL DE TRANSITO

Nome: ALVES, ALVES  
 Data de Nascimento: 02/12/1977  
 Sexo: M  
 Estado Civil: SOLTEIRO  
 Profissão: MOTORISTA  
 Data de Emissão: 14/10/2017  
 Data de Validade: 14/10/2021

Assinatura: *Alves, Alves*  
 Data: 14/10/2017  
 Local: DEPT. NACIONAL DE TRANSITO  
 Assinatura: *Alves, Alves*  
 Data: 14/10/2017  
 Local: DEPT. NACIONAL DE TRANSITO

313975247

313975247

313975247

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
 06 DEZ. 2017  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO PESSOA

DUT



|                                    |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL     |                 |
| MINISTÉRIO DAS CIDADES             |                 |
| DETRAN - PB                        | Nº 011374256174 |
| 56109005676                        |                 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO |                 |
| PRT 20152500000318-3               |                 |
| 1                                  | 0047550523-9    |
| 00/00000000                        |                 |
| VERONICA DA SILVA PEREIRA          |                 |
| RUA FRANCISO G DE SOUSA SN         |                 |
| CENTRO                             |                 |
| 58230000 CACIMBA DE DENTRO-PB      |                 |
| 06153146430                        | 0FA8446/PB      |
| ANTONIO DE PAULA ARAUJO            |                 |
| NOVO                               | PB              |
| 9C2KC1670CR571454                  |                 |
| PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC            | ALCO/GASOL      |
| HONDA/CG 150 FAN ESI               | 2012 2012       |
| 2 P/149 /CI                        | PARTIC          |
| VERMELHA                           |                 |
| SEM RESERVA DE DOMINIO             |                 |
| N.Motor : KC16E7C571454            |                 |
| CACIMBA DE DENTRO-PB               |                 |
| 14346                              | 09/02/2015      |
| 31054                              |                 |

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 06 DEZ. 2017  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CILIAS

CONTRAN

L. DETRAN - PB  
A. CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 013152523130  
DATA DE EMISSÃO 13/07/2017  
DATA DE VENCIMENTO 13/07/2017  
CATEGORIA 2 P/149 /CI  
PARTIC. VERNEIRA

VERONICA DA SILVA PEREIRA

NOVO PB 2012 C1678CR571454

HONDA/CG 150 FAN ESI

2 P/149 /CI PARTIC. VERNEIRA

P. VALOR ÚNICA 00/00/0000  
V. VALOR ÚNICA 00/00/0000  
A. VALOR ÚNICA 0

SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
VERONICA DA SILVA PEREIRA  
16021-1534526-20170713

CAGIMBA DE DENTRO - PB

14346 13/07/2017 16/21

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OUTRA - SEGURO DPVAT

PB Nº 013152523130 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VERONICA DA SILVA PEREIRA

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

VERONICA DA SILVA PEREIRA

1 06153146430 OFA8446/PB

00475505239 HONDA/CG 150 FAN ESI  
2012 9 9C2KC1670CR571454

SEGURO  
PARCELADO

SEGURO LIDER - DPVAT

16021-1534526-20170713

COMPREV  
COMPREV  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA  
05 DEZ. 2017


**INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO**  
**CPF**  
 Cadastro de Pessoas Físicas  
 Número de Inscrição  
**006.4.531.464-30**  
 VERÔNICA DA SILVA FERREIRA  
 28/04/1983

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**006.4.531.464**  
 DATA DE EMISSÃO: 11 ABO. 1987  
 NOME: VERÔNICA DA SILVA FERREIRA  
 NOME COMPLETO: Manuel Pereira dos Santos  
 Obseira Gonçalves da Silva  
 Nascimento: 23.12.1983  
 Local de Nascimento: Cacimba de Dentro-PB  
 Data de Nascimento: 23.12.1983  
 Local de Nascimento: Cacimba de Dentro-PB  
 Data de Nascimento: 23.12.1983  
 Assinatura do Emissor:   
 Assinatura do Emissor:   
 Assinatura do Emissor: 

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
 006.4.531.464-30  
  
  
 Verônica da Silva Ferreira  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº 006.4.531.464-30  
 06 DEZ. 2017  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3170653739**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE MARINHO NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA FRANCISCO GOMES DE SOUZA, SN - CENTRO - Cacimba de Dentro - PB - CEP 58230-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1047385**

Data e local do acidente: [ **31/08/2017** ] **Solânea - PB**

Data e local do exame: [ **14/05/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Fratura do maléolo lateral DIR*

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Submetido a tratamento cirúrgico com placa 3,5mm + parafusos, em posição póstero-lateral no tornozelo DIR (traz Radiografias em AP e P).*

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Pct chega deambulando com dificuldade, assistido por 02 pessoas. Relata ter sofrido AVC há +/- 03 meses.*

**IV.** Nexó de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**V.** Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Tem diminuição da amplitude de movimento do tornozelo DIR, com dorsiflexão de 0º do tornozelo DIR.*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo DIR

% do dano: ( ) 10% residual ( ☒ ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Jocemir Paulino da Silva Junior - CRM: 6979 - PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

República Federativa do Brasil  
Estado da Paraíba  
Município de Cacimba de Dentro  
~~Comarca Cacimba de Dentro~~

Gomes de Souza Serviço Registral e Notarial  
Rua Getúlio Vargas, n° 03 - centro - telefone (83) 3379-1003

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
06 DEZ. 2017  
Livro-001  
Fls. 004

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ: JOSE MARINHO NETO  
AG. JOÃO PESSOA

SAIBAM, quantos está publica--Escritura Pública Declaratória virem que, aos trinta e um (31) dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade de Cacimba de Dentro - Esta do Paraíba, nesta Serventia de Registro Civil das Pessoas Naturais e Anexos "Gomes de Souza", perante mim Tabelião compareceu como OUTORGANTE DECLARANTE: JOSÉ MARINHO NETO, brasileiro, divorciado, agricultor, portador da Cédula de Identidade RG nº 1.047.385-SSP/PB, expedido em 06/02/1984, CPF nº 108.822.834-80, filho de: José Marinho Júnior e Josefa Gomes da Silva, residente e domiciliado na Rua Projetada, nº 52 - Conjunto Francisco Gomes de Souza, nesta cidade de Cacimba de Dentro-PB; reconhecida como próprio por mim Tabelião, pelos documentos que me foram apresentados do que dou fé: E, assim pelo outorgante declarante, me foi dito de sua consciência, para todos os efeitos da Lei e a quem interessar possa: 1º) JOSÉ MARINHO NETO, brasileiro, divorciado, agricultor, residente na Rua Projetada, nº 52 - Conjunto Francisco Gomes de Souza, nesta cidade portador da Cédula de Identidade RG nº 1.047.385-SSP/PB, expedido em 06/02/1984 e CPF nº 108.822.834-80, na qualidade de beneficiário do valor referente à indenização/reembolso do seguro DPVAT na qualidade de vítima, autorizo que seja efetuado crédito a que tenha direito na conta poupança sob o nº 0038-013 conta 19464-5 - CAIXA ECONÔMICA FEDERAL S/A, BANCO 104, na cidade Bananeiras-PB. Declara que a referida conta é de sua titularidade, uma efetuado o pagamento/crédito da indenização, de acordo com as informações acima descritas, reconhece o recebimento e dá como quitado o valor de referida indenização. DECLARA ainda que reside na Rua Projeta, nº 52 - Conjunto Francisco Gomes de Souza, nesta cidade de Cacimba de Dentro-PB, conforme comprovante de residência em anexo. Declara, sob as penas da lei, que está impossibilitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML, para fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT (Lei 6.194/74). Uma vez que no município de sua residência não há estabelecimento do IML, com o objetivo de permitir o exame do seu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicita que esta declaração permita o prosseguimento a analisar de sua documentação sem a apresentação do laudo de Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já, em se submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação e aferição do grau da lesão, ou lesões, para fins do § 19 do art. 3 da Lei nº 6.194/74. Declara ainda estar ciente de que a autorização para realização dessa perda não significa prévia concordância com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo. E como mais nada declararam, me pediram e eu lavrei esta Escritura Pública Declaratória, que lida em voz alta foi lida e lida, conforme aceitaram e assinam. Certifico que esta

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO.

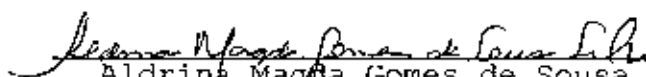
LN 466387-B

## SCUMBLE

# THE CORLETT

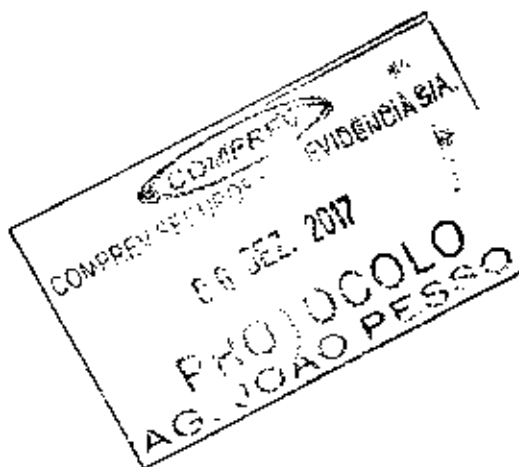
instrumento público é lavrado em observância ao artigo 215 do Código Civil Brasileiro. Emolumentos da Escritura R\$ 82,87. FARPEM: R\$ 55,01. FEPJ: 8,49. MP. R\$074. Assim o disse e outorga dou  me pediu este e lavrei este instrumento, que lhe li, aceita e assina perante mim Tabelião de Notas que esta subscreve. Assim como disse lavrada a presente, lhe sendo lida e achada conforme, aceita(m)-na, e a assina(m), MIGUEL PINHEIRO DE ASSIS, VERÔNICA MARIA FIALHO DA COSTA PINHEIRO, SEVERINO PINHEIRO DE ASSIS, LUCIANE ALMEIDA PINHEIRO DE ASSIS, MARIA DAS DORES PINHEIRO, JORGE LUIZ PINHEIRO DE ASSIS, WALQUIRIA VALÉRIA DE MACÊDO PINHEIRO, JOÃO PINHEIRO DE ASSIS, REIGES PINHEIRO DE ASSIS, JOSINEIDE PINHEIRO QUEIROZ DA COSTA, JURANDIR PINHEIRO DE LIMA. O outorgante e outorgados declaram sob ainda, sob pena da Lei Eximindo este 1 Ofício de Notas de quaisquer responsabilidades. O OUTORGANTE declara ainda, sob pena da Lei, que não é(s/o) nem nunca foram contribuinte(s) da Previdência Social como empregador/a(es) (Lei 3.308 de 27 de agosto de 1960). Assim como disseram, lavrada a presente, lhes sendo lida e achada conforme, aceitam-na e a assinam. Eu, Ruyber, Genivaldo Gomes de Souza, Oficial e Tabelião, a digitei, subscrevi, dou fé e assino. Emolumentos: R\$ 46,16. FARPEM: R\$ 27,48. FEPJ: R\$ 8,49. MP: R\$ 0,74. SELO:

Cacimba de Dentro-PB, 03 de novembro de 2017.

  
Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva  
escrevente

SELO DIGITAL  
AEZ32507-8XKS  
consulte Autenticidade em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Aldrino Magda G. de Sousa Silva  
Escrevente Autorizada



# SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE MARINHO NETO  
 DATA DO ACIDENTE 31/08/17 CPF DA VITIMA 108.822.834-80  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VITIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM  
 A VITIMA É PROCURADOR  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOSE FELIPE VENTURA  
 Nº 50 COMPLEMENTO CENTRO BAIRRO CENTRO  
 CIDADE PARARUNA UF PB CEP 58233-000  
 E-MAIL TELEFONE (83) 999.479100

MARKER (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLEIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE RENDIMENTO DE INDEMNIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDEMNIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDEMNIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30-11-2017  
 IDENTIDADE 9511611  
 ASSINATURA JOSE ALVES RIBEIRO

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471507/17  
Vítima: JOSE MARINHO NETO  
CPF: 108.822.834-80

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 31/08/2017  
Titular do CPF: JOSÉ MARINHO NETO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### JOSE ALVES PESSOA : 037.201.024-59

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JOSE MARINHO NETO : 108.822.834-80

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/12/2017  
Nome: JOSE ALVES PESSOA  
CPF/CNPJ: 037.201.024-59

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2017  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

JOSE ALVES PESSOA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170653739 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARINHO NETO **Data do acidente:** 31/08/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

## 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170653739

**Cidade:** Solânea

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE MARINHO NETO

**Data do acidente:** 31/08/2017

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do maléolo lateral do tornozelo direito

**Descrição do exame médico pericial:** Pct chega deambulando com dificuldade, assistido por 02 pessoas. Relata ter sofrido AVC há +/- 03 meses. Dorsiflexão do tornozelo direito = 0°; flexão plantar preservada.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com placa 3,5mm + parafusos, em posição póstero-lateral no tornozelo DIR (traz Radiografias em AP e P).

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: adequamos o percentual de indenização ao descrito pelo examinador. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Jocemir Paulino da Silva Junior

**CRM do médico:** 6979

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

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

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

LIVRO 56

FOLHA 114V



## GOMES DE SOUZA SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL

CNPJ/MF 09285784000116  
Cacimba de Dentro - PB - OFÍCIO ÚNICO

Genivaldo Gomes de Souza

Tabelião

Geovânia Oliveira de Alcântara e Souza

Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva

Sheila Cristina Paulino Gomes

Substitutos

TRASLADO DE PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: JOSÉ MARINHO NETO.

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que a(os) 26 dia(s) do mês de outubro do ano de 2017, nesta cidade de Cacimba de Dentro, Estado do Paraíba, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu como **OUTORGANTE** JOSÉ MARINHO NETO, brasileiro, divorciado, agricultor, CPF nº 108.822.834-80, RG nº 1.047.385 SSP/PB residente e domiciliado na Rua Projetada, nº 51 - Conjunto Francisco Gomes de Souza, neste cidade de Cacimba de Dentro-PB, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos originais a mim apresentados, bem como a capacidade para o ato pelas respostas às perguntas que lhes fiz, do que dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui seu bastante **PROCURADOR** JOSÉ ALVES PESSOA, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG. nº 2.511.611 SSP/PB, CPF. nº 037.201.024-59, residente e domiciliado na Rua José Felipe Nery, nº 50 - Centro, Araruna-PB, a quem concede **PODERES** Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário JOSÉ MARINHO NETO, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada ao processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. As: Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva; a rogo pelo outorgante, VERÔNICA DA SILVA PEREIRA, brasileira, solteira, agricultora, CPF nº 061.531.464-30, RG nº 1.047.385 SSP/PB residente e domiciliada na Rua Projetada, nº 51 - Conjunto Francisco Gomes de Souza, neste cidade de Cacimba de Dentro-PB. Eu Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva, Escrevente Autorizado(a), subscrevo Aldrina Magda e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho da verdade Dou fé. Cacimba de Dentro, 26 de outubro de 2017. original. Traslada hoje.

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO

Tipo Normal A  
Procuração

AFK90256-197T

Confira os dados do ato em:

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emolumentos R\$: 92,32

FARPEN R\$: 5,01 FEJ R\$: 18,47

Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva

Escrevente Autorizada

Aldrina Magda G. de Sousa Silva  
Escrevente Autorizada

Farpen.

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ALTERAÇÃO OU RASUR INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Rua: Getúlio Vargas, 03, centro - Cacimba de Dentro-Paraíba - Fone: 33-3379-1005 / Fax: 33-3379-1003

Nº 466477-B

ORIGINAL

09 DEZ. 2017

Farpen.