



Número: **0849178-72.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MARINHO NETO (AUTOR)		ANYELLE CIRNE ARAGAO (ADVOGADO)	
		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38482867	18/01/2021 15:22	2776706_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JOSE MARINHO NETO**
Nº Sinistro: **3170653739**
Vítima: **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

Pag. 00515/00516 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12111220



Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE MARINHO NETO

Nº Sinistro: 3170653739

Vítima: 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

Pag. 01447/01448 - carta_01 - INVALIDEZ

00020724



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE MARINHO NETO**
Nº Sinistro: **3170653739**
Vítima: **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

Pag. 00537/00538 - carta_03 - INVALIDEZ



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** 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

Pag. 01073/01074 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12780028



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Carta nº: 12839655

A/C: JOSE MARINHO NETO

Nº Sinistro: 3170653739
Vitima: 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.

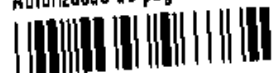
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00503/00504 - carta_15R - INVALIDEZ



Autorização de pagamento



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 a 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: 108.892.834-80 CPF da vítima: 108.892.834-80 Nome completo da vítima: JOSE MARINHO NETO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: JOSE MARINHO 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: PB CEP: 58230-000
Email: _____ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0038 DV: 013 CONTA: 00019464 DV: 5
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: _____

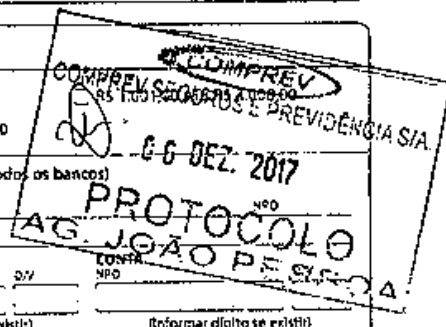
AGÊNCIA: _____

DV: _____

CONTA: _____

DV: _____

(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 NOVEMBRO de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





77



Declaração de Inexistência de IML



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

E-mail

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.

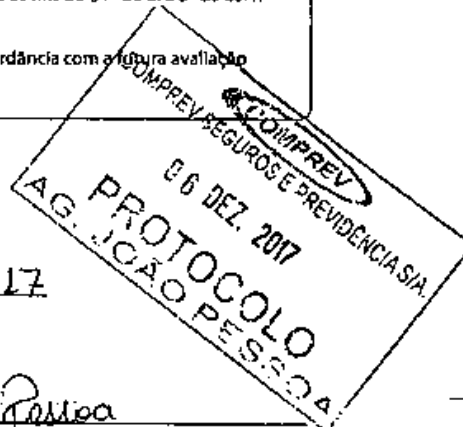
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

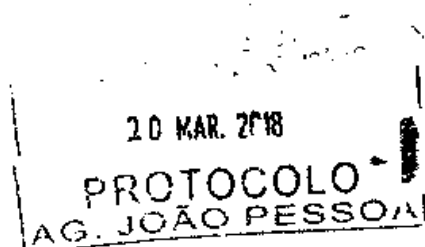
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
CNPJ: 08.778.268/0010-51

DECLARAÇÃO

Comprovação de ato declaratório



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

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

Scanned by CamScanner



31/08/2017

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

HTCC-Painel Administrativo

EXAME FÍSICO - DADOS CLÍNICOS

Exame físico realizado de acordo com o modelo (HTCC) gerado em 31/08/2017 em 14h00min.

Carla Pereira



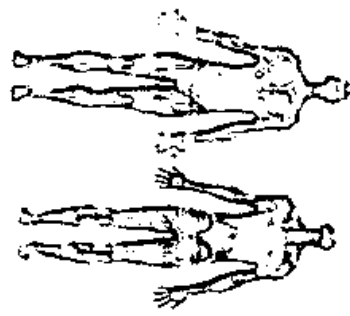
ATENDIMENTO URGÊNCIA

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

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Manguinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 31/08/2017
Bolsim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patrícia Sales Do Nascimento
PACIENTE: JOSE MARINHO NETO CPF: 58230000 Nascimento: 19/01/1965
Endereço: CONJ FRANCISCO GOMES SOUSA

Cidade: Cacimba de Dentro Sexo: M Telefone: 81940890
Nome da Mãe: JOSEFA GOMES DA SILVA Idade: 052- Bairro: CENTRO
Responsável: VERONICA DA SILVA PEREIRA RG: 1047385 N°-58
Estado Civil: Divorciada(a) CPF: Profissão: AGRICULTOR
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Data de: 31/08/2017 CNJ: 7003093892-88
Médico: Hora: 15:04:49 CONVENIO: SUS
CRM: Especialidade:

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



- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| 1. Abuso | 19. Ferida aberta fechada |
| 2. Amputação | 20. Ferida aberta aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hemorragia |
| 4. Contusão | 22. Injeção de veneno |
| 5. Corte | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão térmica |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Enfisema | 26. Mordedura |
| 9. Estafira subcutânea | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Enfisema | 28. Objeto Enfiado |
| 11. Equimose | 29. Orelha |
| 12. F. Arma branca | 30. Pericula |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Pericula |
| 14. F. Cortado | 32. Pericula |
| 15. F. Cortado | 33. Queimadura |
| 16. F. Cortado | 34. Rinite |
| 17. F. Cortado | 35. Sinal de laqueia |
| 18. F. Cortado | 36. |

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
25 ABR. 2018

ALERGIA: R. p. alergia mobilidade lateral

MEDICAMENTOS:

PARAFARMACOS:

EXAME FÍSICO

PULSAÇÃO

PRESSÃO

TEMPERATURA

SINAIS VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS

SINAIS DE VITAIS



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

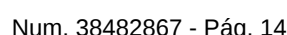


Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letras	Data	Letras	1	2	3	4	5	6
18/07/17	2018	20/08/17	2019						
Demonstrativo									
Categorias: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100									
001	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
002	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
003	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
004	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
005	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
006	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
007	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
008	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
009	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
010	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
011	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
012	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
013	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
014	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
015	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
016	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
017	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
018	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
019	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
020	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
021	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
022	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
023	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
024	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
025	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
026	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
027	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
028	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
029	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
030	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
031	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
032	Consumo	20.000	20.000	2.00	2.00	2.00			

28/08/2017 R\$ 38,00

ee1e.8ca9.94c7.576e.dc6d.98f3.fa7e.84a3.

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

[illegible]

Comprovante de residência



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



CTC RECIBE PL7

PC-15

JOSE ALVES PESSOA
R JOSE FELIPE NERES
1 ANDAR - RESID IPES
58233-000 ARARUNA - PB



3211094



147520 250917

Portagem: 25/09/2017

Vencimento: 05/10/2017

Emissão: 24/09/2017

Encerramento próxima fatura: 31/10/2017

Titular JOSE ALVES PESSOA

CPF 00522111094

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

vencimento

(A) pagamento total

R\$

(B) pagamento mínimo

R\$



72



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:22:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815221061000000036696477>

Número do documento: 21011815221061000000036696477



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=18;CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

² 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.

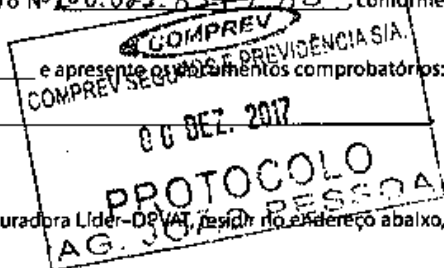
Pelo exposto, eu JOSE ALVES PESSOA inscrito (a) no CPF 037.201.094 / 59 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE MARINHO NETO inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.822.834 / 80 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOSE MARINHO NETO inscrito (a) no CPF sob o Nº 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		Número	Complemento
RUA JOSE FELIPE NERY		50	1º ANDAR
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	ARRAUNA	PB	58233-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			(83)9.9947.9100

CASIMBA DE DENTRO AB, 23 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

JOSE ALVES PESSOA
Assinatura do Declarante





Declaração do Proprietário do Veículo

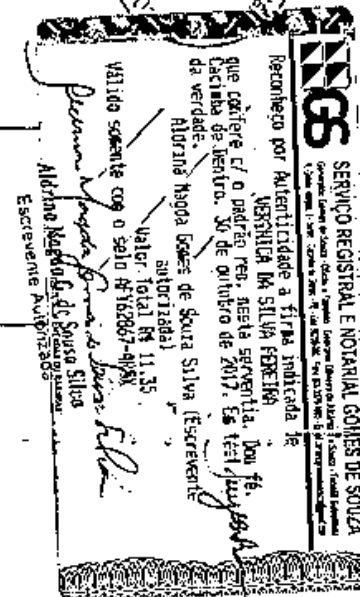
Eu, VERÔNICA DA SILVA PEREIRA,
 RG nº 2464164, data de expedição 14/08/1997,
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 061.531.464-30,
 com Domicílio na cidade de CACIMBA DE DENTRO, no Estado
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA FRANCISCO GOMES,
DE SOUZA nº S/Nº, complemento, CONJUNTO, declaro, sob 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.....: OFA 8446 / 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)

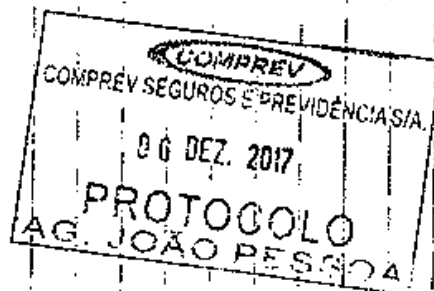
X _____
 Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



06/09/2017

EXAME SECUNDÁRIO / PARÊCER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo



Documentação médica - hospitalar



SERVIÇOS REALIZADOS:	CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	DESTINO DO PACIENTE		Ass.	
				/	as	/	as
				() Centro cirúrgico		() Alta hospitalar / () Já revelia	
				() Internação (setor)		() Decisão Médica	
				() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL		() Óbito	

Suelio Moreira Torres
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

http://10.1.1.148/projetohctg/impreuigencia.php?contar=1500616



Data de internação: 06/09/2017 Hora: 14:17:49

 SUS Sistema Único da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5.1 - NOME DO PACIENTE JOSE MARINHO NETO		6 - Nº DO PROTOCOLO 1500662	
7 - CARTÃO DO SUS 700309936928336		8 - DATA DE NASCIMENTO 19/01/1965	
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOSEFA GOMES DA SILVA		11 - TELEFONE EM CONTATO 83 81940840	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) CONJ FRANCISCO GOMES SOUSA, 58, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Cacimba de Dentro		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250350	
		15 - UF PB	
		16 - CEP 58230000	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>Dor e dificuldade de deglutição</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessária de cirurgia</i>			
19 - PRINCIPAIS EXAMES DE LABORATÓRIO, EXAMES DE IMAGEM, EXAMES DE EXAMES REALIZADOS <i>Anamnese e físico + Rx</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura torácica			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Abc na fratura torácica			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA 02		27 - N° DO DOCUMENTO IDENTIFICADOR DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 201561341300007	
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ROSSANA CAVALCANTE ALMEIDA		29 - DATA DA SOLICITAÇÃO 05/09/2017	
30 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO			
31 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (AGENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - Nº DO BILHETE	
36 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO		37 - SÉRIE	
38 - CNPJ-EMPRESA		39 - CNAL DA EMPRESA	
40 - CNOR		41 - CBO	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EFETUADO () EM RELAÇÃO () AUTOMÁTICO () DESAFETUADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - COD. ORGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO () CNES () CPF			
46 - Nº DO DOCUMENTO IDENTIFICADOR DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DE AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - DATA DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

http://10.1.1.142/projeto/htccg-ngr/internamento.php?cc=150X662

171 6





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:

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

Comentários:

2 - DOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

(☐) Alergia a Medicamentos: <u>Dor de cabeça</u>	(☐) Tabagismo
(☐) Etilismo	(☐) Sedentarismo
(☐) Dislipidemia	(☐) Outros
(☐) Cirúrgico: <u></u>	

Medicamentos em uso (☐) Não (☐) Sim

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: RVR 2T R 2HT

FC: 65 b.p.m P.A.: 120/80

Ap. Respiratório - Comentários: limes 57 RR

Abdômen - Comentários: pequeno no RVD e RVD

Membros inferiores - Comentários: pequeno

5 - 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 MARIA C. SIA
CRM: 3847

Ass. do Médico

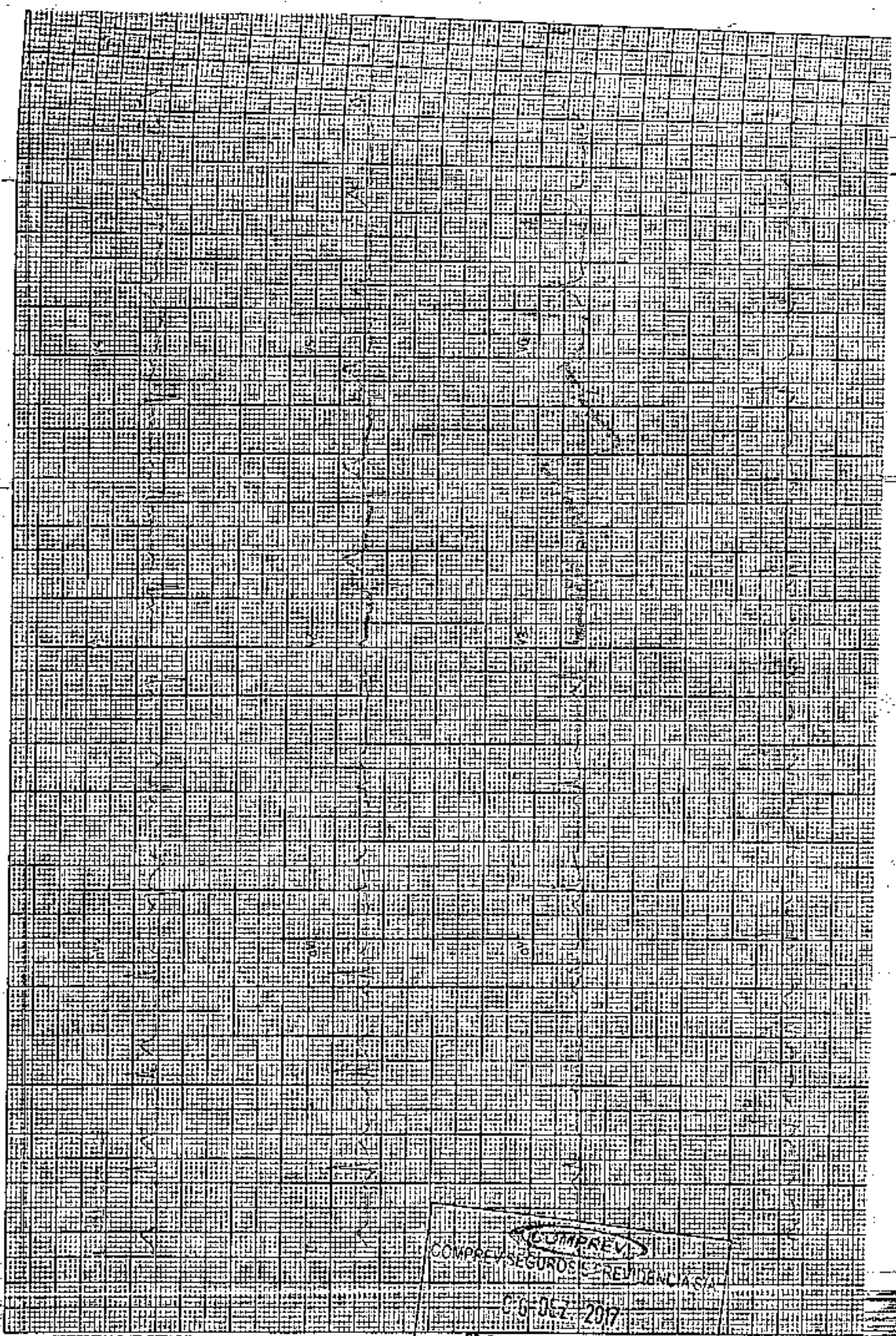


for notary 11/10

COMPREV
COMPREV
06/11/2017
PROTÓCOLO
AG. 1000000036696477



João Moreira Neto



COMPRESA
COMPRESA SEGURAS PREVIDENCIA S/A
06-DEC-2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

9





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: Lello - 05

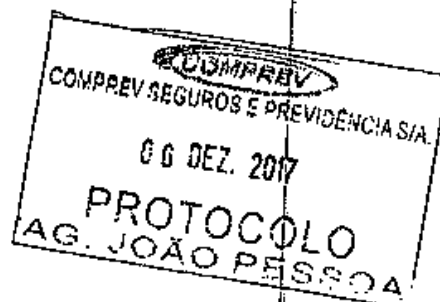
HEMOGRAMA

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

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos.....	5,16 milhões/mm ³	4,2 A 6,0 milhões/mm ³
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 ³ (%)	5.000 A 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	292
Segmentados.....	79,0	5.767
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	15,0	1.095
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	146
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	192.000 mm ³	140.000 A 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Assinatura
Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



Enviado : 07/09/2017 14:53 - página 2 de 3

6 10





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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

GLICOSE (JEJUM) 76 mg/dl

DATA DA COLETA: 07/09/2017 14:12
Material: Plasma
Método: Automático CM 200 METER

Valores de Referência:
Pré-natal: 20 a 60 mg/dL - Crianças: 60 a 100 mg/dL
Término: 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 os alterados devem ser confirmados 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:

Método: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

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

Resultado: 0,7 mg/dl

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

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

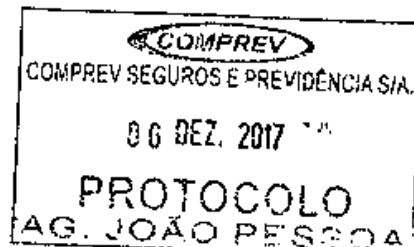
Resultados anteriores:

Método: Soro

Método: Automático CM 200 METER

Enviado: 07/09/2017 14:53 - Página 1 de 3

Ana Cláudia 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

Material: sangue

Método: Duto

TEMPO DE COAGULACAO 8'30'' min

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

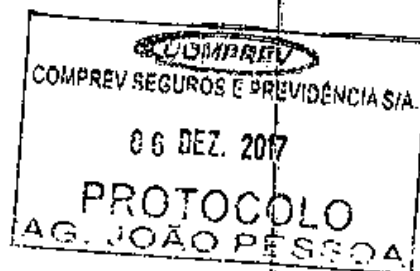
Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Material: sangue

Método: Lee-White

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

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



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

12



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

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

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: (x) 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 % /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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

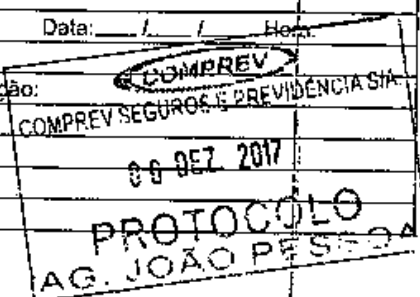
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

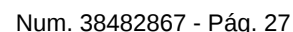
Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



13



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

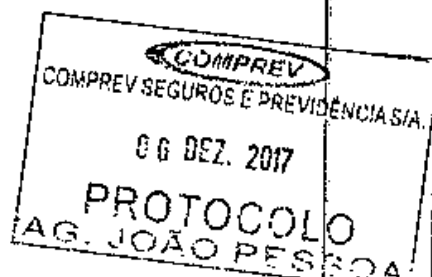
Nome: Jose Marinho Neto Registro: Leito: 7-1 Setor Atual:

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/Analgésia):

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.

35



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

26



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

S20000

1. IDENTIFICAÇÃO

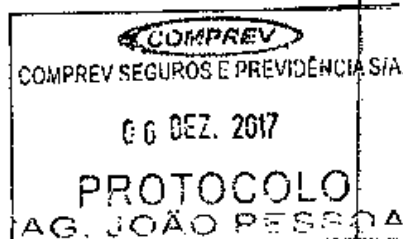
Nome: Paulo Henrique Neto Registro: Leito: 7-1 Setor Atual: Exp. #

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:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Língua: () 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: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Auscultação cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>LS</u> Data da punção: <u>13/09/17</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa (X) Incompleta () Prótese.
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: <u>13/09/17</u>
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:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
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: <u>13/09/17</u>
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u>13/09/17</u>
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>13/09/17</u>
CUIDADO CORPORAL
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>
SONO E REPOUSO
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo;
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: <u>Católico</u> () Praticante (X) Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
<u>Paciente apresentando sinusite e sequelas da cirurgia</u>
<u>da equipe.</u>
COMPREV COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 06 DEZ. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>13/09/17</u> HORA: <u>8:30</u> h

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

38





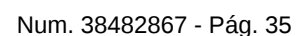
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

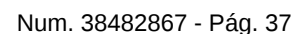
NOME: <u>Jose Marches</u>		BOLETIM DE ENFERMAGEM		08/04	
IDADE: <u>52</u>	SEXO: <u>M</u>	F	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>88</u>	AS	
SETOR: <u>Amarelo</u>		LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐	TAQUIPNEICO ☐	EUPNEICO ☒	BRADIPNEICO ☐	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐	SVD ☐	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☒	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐	SI DEFICITE MOTOR ☐	
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PAREZIA ☐	RESTRITO NO PEITO ☐	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☐	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐	CAQUÉTICO ☐	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		<u>proc. unan</u>		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
☐ NÁUSEA	CD/FR:				
☐ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:			
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE	☐ PARA BANHO	CD/FR:		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	APRAZAMENTO		ASSINATURA		
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	08/04		<u>COMPREV</u>		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS		
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DLIMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			06 DEZ. 2017		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			PROTOCOLO		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			AG. JOÃO PESSOA		
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	sempre		sempre		
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	contínuo		sempre		
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					

137 תמונה



22



24



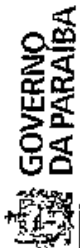
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**



BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME:	José Maximino Neto	
IDADE:	62 SEXO: M F DATA DE NASCIMENTO: 19/08/1965 às	
SETOR:	AMARELO LEITO:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:		
ALERGIAS:	SIM NÃO X QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM NÃO X QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM NÃO X QUAIS:	
PRESENCIA DE ESCARA:	SIM NÃO X LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO HIPERTENSO NORMOPOTENSO X	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE INCONSCIENTE ORIENTADO X	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEÚCA TAQUIPNEÚCA EUPNEÚCA X BRADIPNEÚCA SVD	
SIST.GENTOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL POLÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA	
MOBILIDADE:	DEAMBULA DEAMBULAC/APOIO ACAMADO SI DEFICITE MOTOP TETRAPLEGIA HEMIPLEGIA PARESIA RESTRITO NO PEITO	
SIST. GAS. POINTENTAL: (DIETA)	VOLUNTARIO SNG SNE	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO DESNUTRIDO OBESO CAQUÉTICO	
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM		
RISCO DE QUEDA	CD/R:	
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/R:	
RISCO DE INFECÇÃO	CD/R:	
RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal	CD/R:	
RISCO DE GLICÊMIA INSTÁVEL	CD/R:	
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA [] RETENÇÃO URINÁRIA	CD/R:	
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/R:	
NÂUSEA	CD/R:	
DOR AGUDA [] DOR CRÔNICA	CD/R:	
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/R:	
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/R:	
DEFÍCIT NO AUTO CUIDADO [] ALIMENTAR-SE [] PARA BANHO	CD/R:	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/R:	
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/R:	
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/R:	
[]	CD/R:	
[]	CD/R:	
[]	CD/R:	
Liliana C. de Oliveira Melo	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
ENFERMEIRA ESPECIALISTA	FR: FATOR RELACIONADO	
COREN RJ - 271.674		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO ASSINATURA	
X MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	08/20	
[] REALIZAR CONTROLE DE GLICÊMIAS CAPILARES.		
[] ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
[] INSTALAR CATETER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
[] AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NAZAL).		
[] ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
[] POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		
[] MANter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado.		
X MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPERMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).	MUITO SEMPRE	
X ASSISTÊNCIA AO AUTOCUIDADO.	SEMPE	
[] REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		
[] RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPÓS DAS ATIVIDADES.		





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

Diagnóstico

o.k. e.v.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

- 1056 m 11270

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
		7-1	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/12/2017	Diagnóstico: fratura de fêmur	14h	Proc. de internamento
17/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
18/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
19/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
20/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
21/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
22/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
23/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
24/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
25/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
26/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
27/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
28/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
29/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
30/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
31/12/2017	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
01/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
02/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
03/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
04/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
05/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
06/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
07/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
08/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
09/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
10/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
11/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
12/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
13/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
14/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
15/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
16/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
17/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
18/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
19/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
20/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
21/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
22/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
23/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
24/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
25/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
26/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
27/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
28/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
29/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
30/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
31/01/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
01/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
02/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
03/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
04/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
05/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
06/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
07/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
08/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
09/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
10/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
11/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
12/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
13/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
14/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
15/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
16/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
17/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
18/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
19/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
20/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
21/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
22/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
23/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
24/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
25/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
26/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
27/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
28/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
29/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
30/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	
31/02/2018	Exame físico: fratura de fêmur	14h	

COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA
60 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

27

MOD. 035

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



Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento:	Leito	Convênio	Evolução Médica
Jane Peruvato Neto	15/09	Dietas	7		L	
		1. Dieta				
		2. SRL 1500ml EV/24h				
		3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h				
		4. Paracetamol 20mg + AD EV 12/12h				
		5. Omeprazol 40mg EV/jelum				
		6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN				
		7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN				
		8. Clovane 40mg SC/dia				
		9. SSVV + CCGG				

Dr. Gledson Costa
O.M. 12.12.2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S.A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLADO
AG- JOAO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

6 6 09Z, 2017

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

29



15/09/17 17:10 PA 140X100

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

[Handwritten signature]
Carina

[Handwritten signature]

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



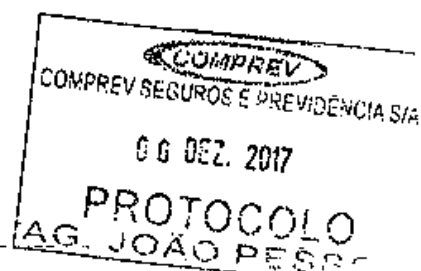
四下

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



32



1. **Introduction**

234

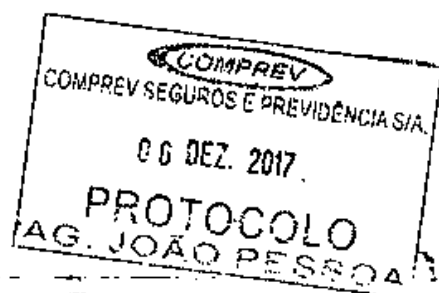
33

[illegible]

Paciente admitido da Ala Oncologia.
13.09.17. 09.13 horas. Ana Rita Ricardo da Silva

Téc. Enfermagem
COREN-PB 432.154

Medicado conforme prescrição medicada
Sônia.



34





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: AMARELA 05
Origem: AREA AMARELA
Destino: Leito - 05

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'30''

[DATA DA COLETA: 07/09/2017 14:12]
Material: sangue
Método: Duke

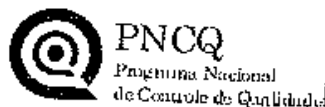
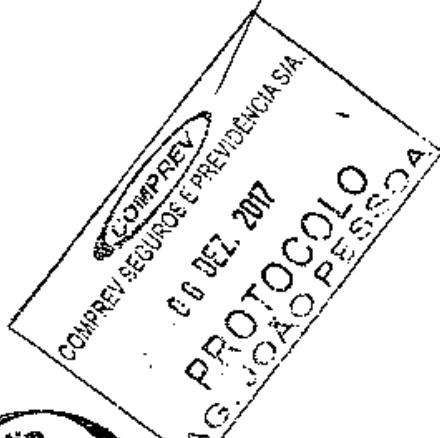
Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO 8'30'' min

[DATA DA COLETA: 07/09/2017 14:12]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 3 a 11 minutos

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 6793



Emissão : 07/09/2017 14:53 - Página 2 de 3



RESULTADOS ESPERADOS									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	ASSINATURA/ CARIMBO	
PROTÓCOLO AG. JOÃO PEDRO 08 DEZ 2017 COMPREV SENIORS E PREVIDÊNCIA S/A									
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA									
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA									



[illegible]

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO
DO PARÁIBA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: Dr. Paulo		IDADE: 52		SEXO: M		DATA DE NASCIMENTO: 08/04		LEITO: 1		AS: 1	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Insuficiência cardíaca											
ALERGIAS: NÃO											
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: NÃO											
DOENÇA CRÔNICA: NÃO											
PREVENÇÃO DE ESCARA: NÃO											
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80											
SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE											
SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPNEIA											
SIST. GENITOURINÁRIO: NORMAL											
MOBILIDADE: DEAMBULANDO											
SIST. GAS. RONTÉGIAL: VOZ											
ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO											
DADOS VITAIS: PA: 120/80											
RISCO DE QUESA: NÃO											
RISCO DE ASPIRAÇÃO: NÃO											
RISCO DE INFECÇÃO: NÃO											
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL: NÃO											
RISCO DE GICEMIA INSTÁVEL: NÃO											
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA: NÃO											
RISCO DE SANGRAMENTO: NÃO											
NÁUSEA: NÃO											
DOR AGUDA: NÃO											
DOR CRÔNICA: NÃO											
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ: NÃO											
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA: NÃO											
DEFICIT NO AUTO CUIDADO: NÃO											
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA: NÃO											
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA: NÃO											
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO: NÃO											
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: [Assinatura]											
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: CD: 1											
FR: FATOR RELACIONADO: FR: 1											
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 1											
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS: 1											
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR: 1											
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA: 1											
INSTALAR CATETER DE O2 A DUMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA: 1											
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ): 1											
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS: 1											
POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°: 1											
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO: 1											
MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA): 1											
ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO: 1											
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE: 1											
EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE: 1											

PROTÓCOLO
08/04/2017
08/04/2017
08/04/2017



[illegible]

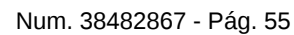
Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasotivas: () Quais?	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>U 3 D</u> Data da punção <u>12/11/17</u>	
Edemas: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gatrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: <u>12/11/17</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Fírose () Outros:	
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há <u>3</u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito <u>ml/h</u> ;	
Aspecto: () Outras: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (x) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica () Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Umidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Curativo em: <u>1/1/17</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Retirado em: <u>1/1/17</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: ()	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visitas () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Assis	
Observações Enfermagem	
Diurese	
PA	
R	
P	
T	
Hora	
Data	

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



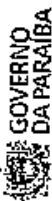
DIAGNOSTICO

42





18/01/2017



GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONTUÁRIO Nº: 1500616 CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.26/0003852

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

Bolacha de Emergência (B.E.) - Modelo 07

PACIENTE: JOSE MARINHO NETO - GEP: 56236000

Endereço: DOM FRANCISCO GOMES SOUSA

Cidade: Cacimba do Dentro

Nome da Mãe: JOSEFA GOMES DA SILVA

Responsável: VERONICA DA SILVA PEREIRA

Estado Civil: Divorciado

Motivo: Lesão por queda

Médico: Dr. Suelio Moreira Torres

Observação: Paciente com trauma de cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

Local da Lesão: Região da cabeça e membros superiores.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

HTCG-Pront. Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

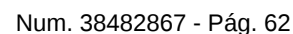
EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

[illegible]

[illegible]

4:05.67

[illegible]

GOVERNO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
AValiação CARDIOLOGICA COM RISCO CIRURGICO Nome: <u>João Manoel Neto</u> IDADE: <u>52</u> SEXO: <u>M</u> DATA: <u>18/01/2021</u>			
PROCEDÊNCIA: <u>PROFISSÃO:</u>			
SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:			
Sintomas: <u>Assintomático</u> Relacionada () Estorço () Dor Precordial () Palpitações () Dispneia de estorço () Cefaleia () Tontura () Grande () Média () Tosse Seca () Tipica () Emopões () Frio ()			
Comentários:			
2 - DOENÇAS EM CURSO: Hipertensão Arterial Sistêmica () Diabetes Mellitus () Arteriosclerose () Hipertensão Pulmonar () Insuficiência Cardíaca Congestiva () Insuficiência Renal () Insuficiência Coronariana () Outros () DPOC () Insuficiência Cardíaca () Aguda () Crônica () Tabagismo () Sedentarismo () Outros ()			
3 - ANTECEDENTES PESSOAIS: Alergia a Medicamentos: <u>Penicilina</u> Dislipidemia () Cirurgia () Medicamentos em uso () Sim () Não			
4 - EXAME FÍSICO: (1) Estado Geral () Bem () Regular () Comprometido () Precário () Ap. Cardiovascular - Comentários: <u>Curva 27/20/140</u> FC: <u>65</u> bpm PA: <u>120/80</u> mmHg Ap. Respiratório - Comentários: <u>Normal</u> Abdomen - Comentários: <u>Normal</u> Membros Inferiores - Comentários: <u>Normal</u> 5 - ECG: <u>Normal</u> Ex. Laboratoriais:			
6 - CONCLUSÃO RISCO CIRURGICO: Grau I - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico) () Grau II - AVC e ECG - com alterações (Risco Cirúrgico Normal) () Grau III - AVC e ECG - com alterações (Risco Cirúrgico Normal) () Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico) () Grau V - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico) ()			
Observações Enfermagem: <u>Ass. de Enfermagem</u> PA: <u>120/80</u> mmHg FC: <u>65</u> bpm Ass. de Enfermagem: <u>Ass. de Enfermagem</u>			
Diurese: <u>Normal</u> PA: <u>120/80</u> mmHg R: <u>Normal</u> Ass. de Enfermagem: <u>Ass. de Enfermagem</u>			
Data: <u>18/01/2021</u> Ass. do Médico: <u>Ass. do Médico</u>			

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: João Manoel Nóbrega, 52Alcance: 52Horário: 08hLeito: 2Convênio: UniãoData: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica

Data: 01/01

Prescrição Médica

Horário: 08hLeito: 2

Evolução Médica



Paciente: **Apelido**

Data: **14/01/2021**

Prescrição Médica

1. Dieta **LM**
2. SRT 1500ml EV/24h
3. Diltiona 02ML + AD EV 06/06h
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h
5. Omeprazol 40mg EV/jejum
6. Trainal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN
7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN
8. Siexane 40mg SC/6h
9. SSV + CCGG

Assinado

FOHIA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Alimentação: **LM**

Hidratação: **LM**

Resultado: **31 mg/dl**

Conveniente: **LM**

Glucose: **LM**

Condição: **LM**

Dr(a): **LM**

Local: **LM**

OK DIAGNÓSTICO

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



SUS
Sistema Único de Saúde

Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
07/09-2017 13:44
000355953
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:22:11
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815221061000000036696477
Número do documento: 21011815221061000000036696477



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ex. 107. Q

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
06 DEZ. 2017
PROCOLO
AG. JOÃO PESSOA

52

Paciente	Prescrição Médica	Horário	Enfermagem	Evolução Médica
01	Dieta livre			
02	SE 0,9% 1000 ml + EV 24hs	12h 18h 05h 19h		
03	Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs			
04	Omeprazol 40 mg EV / dia			
05	Tilatil 20mg EV 12/12hs			
06	Tramadol 100mg + SF EV 8/8hs SN			
07	Pasill 2ml + AD EV 8/8hs SN			
08	Glecorne 40mg SC 12/12hs			
09	SSIV + CCGG			
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: JOR Manoel Neto, 52

Alcance: 1

Horário: 08:00

Leito: 1

Série Vermelha

Série Branca

Série Verde

Série Amarela

Série Azul

Série Rosa

Série Laranja

Série Verde-claro

Série Verde-escuro

Série Verde-muito-claro

Série Verde-muito-escuro

Série Verde-muito-claro-escuro

Série Verde-muito-claro-escuro-claro

Série Verde-muito-claro-escuro-claro-claro

Série Verde-muito-claro-escuro-claro-claro-claro

Série Verde-muito-claro-escuro-claro-claro-claro-claro

Série Verde-muito-claro-escuro-claro-claro-claro-claro-claro

Prescrição Médica

Horário

Evolução

Médico

Médico

Médico

Médico

Médico

Médico

Médico

Médico

Médico

Médico

Médico

Médico

Newlab

SEU DE ORIENTAÇÃO

PNO

PNO

Ana Cláudia Barroso

Yany de Paula Camargo

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI

CRMI



SUS

Sistema Único de Saúde

SUS

SUS

SUS



[illegible]

FOLHA DE REGISTRO E EVOLUÇÃO

Paciente

Isaci Mourão Neto

Idade

52

Sexo

M

Conteúdo

Data

Prescrição Médica

Horário

Leito

PC

Evolução Médica

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico



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

Nome do Paciente <u>JOSE M NETO</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>16 9 11</u>	Enf.		Leito
Operador <u>Dr. Edmon</u>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <u>André</u>	
Anestesia <u>Dr. Elton</u>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
<u>92 117 10</u>			
Tipo de Operação			
<u>1170 Cistocistostomia</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
<u>1170 Mesmo</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <u>Sim</u>			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Pte ODI sob anestesia.

Unidade: Anti. Sepsis. PEB.

Com 10 Estêtuas.

Inclusão face bilateral T4 @

Indução: frígida

Lavagem Sg. - Hematologia.

Sutura

Curativo

Tela bota @

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Secretaria de Saúde

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

Met. 019

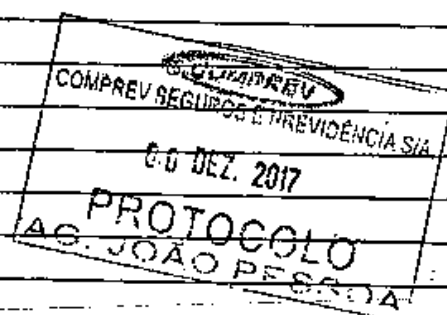
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

53



NOME		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
IDADE		DIAGNÓSTICO	
SEXO		SIST. NEUROLÓGICA	
DATA DE NASCIMENTO		SIST. RESPIRATÓRIA	
LEITO		SIST. GASTROINTESTINAL	
		SIST. CIRCULATÓRIA	
		SIST. MUSCULOESQUELÉTICA	
		SIST. ENDOCRINA	
		SIST. REPRODUTIVA	
		SIST. IMUNOLÓGICA	
		SIST. ALÉRGICA	
		SIST. OÍTIATÓRIA	
		SIST. DERMATOLÓGICA	
		SIST. OCULARES	
		SIST. AUDITIVA	
		SIST. NERVIOSAS	
		SIST. PSÍQUICA	
		SIST. SENSITIVA	
		SIST. MOTORA	
		SIST. COGNITIVA	
		SIST. LINGUAGEM	
		SIST. SOCIALIZAÇÃO	
		SIST. INTERAÇÃO	
		SIST. ADAPTAÇÃO	
		SIST. QUALIDADE DE VIDA	
		SIST. Satisfação	
		SIST. Segurança	
		SIST. Acesso	
		SIST. Custo	
		SIST. Eficácia	
		SIST. Eficiência	
		SIST. Equidade	
		SIST. Transparência	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Ética	
		SIST. Legalidade	
		SIST. Normatização	
		SIST. Monitoramento	
		SIST. Avaliação	
		SIST. Melhoria	
		SIST. Inovação	
		SIST. Sustentabilidade	
		SIST. Governança	
		SIST. Liderança	
		SIST. Cultura	
		SIST. Valores	
		SIST. Missão	
		SIST. Visão	
		SIST. Estratégia	
		SIST. Planejamento	
		SIST. Organização	
		SIST. Gestão	
		SIST. Operações	
		SIST. Manutenção	
		SIST. Segurança	
		SIST. Saúde	
		SIST. Bem-estar	
		SIST. Qualidade	
		SIST. Excelência	
		SIST. Distinção	
		SIST. Reconhecimento	
		SIST. Prestígio	
		SIST. Reputação	
		SIST. Imagem	
		SIST. Marca	
		SIST. Identidade	
		SIST. Coerência	
		SIST. Credibilidade	
		SIST. Confiança	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	
		SIST. Caridade	
		SIST. Virtude	
		SIST. Sabedoria	
		SIST. Coragem	
		SIST. Força	
		SIST. Resistência	
		SIST. Perseverança	
		SIST. Determinação	
		SIST. Comprometimento	
		SIST. Responsabilidade	
		SIST. Respeito	
		SIST. Justiça	
		SIST. Igualdade	
		SIST. Liberdade	
		SIST. Paz	
		SIST. Amor	
		SIST. Fé	
		SIST. Esperança	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



54



Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.									
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()									
Drogas vasoativas: () Quais?									
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo									
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MS</u> Data da punção: <u>13/09/17</u>									
Edemas: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:									
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)									
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.									
Dentição: () Completa (X) Incompleta () Prótese.									
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gatrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /									
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:									
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:									
RHA: () Normotativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados									
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipada há dias () Outros:									
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;									
Aspecto: () Outros: Observações:									
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA									
Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:									
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:									
Dreno: () Tipo/Aspecto:									
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo em: / / Retirado em: / /									
CUIDADO CORPORAL									
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>Deambulatorio</u>									
SONO E REPOUSO									
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:									
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS									
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL									
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:									
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:									
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS									
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE									
Tipo: <u>Católico</u> () Praticante (Y) Não praticante. Observações:									
INTERCORRÊNCIAS									
<u>paciente encaminhado para cirurgia de urgência</u>									
<u>em espera</u>									
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>13/09/17</u> HORA: <u>13:30</u>									
Assis	Observações Enfermeiro	Diurese	PA	R	P	T	Hora	Data	

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



Diagnóstico

GOVERNO DA PARAIBA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES							
EVOLUÇÃO MÉDICA		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM							
1. IDENTIFICAÇÃO		2. AVALIAÇÃO GERAL							
Nome:	Registro:	Leito:	Sector Alua:						
Sinais vitais: Tax: 36	PR	bpm: 128	ipm: PA: mmHg: FC: 70 bpm: SPO2: 99 %						
HGT: mg/dl: Peso: Kg: Altura: cm	Dor: Local: Obs:								
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS									
<table border="1"> <tr> <th>Horário</th> <th>Alcance</th> <th>Leito</th> </tr> <tr> <td>08:00</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </table>				Horário	Alcance	Leito	08:00	2	2
Horário	Alcance	Leito							
08:00	2	2							
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS									
4. REGULAÇÃO NEUROLÓGICA									
Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letargico () Torporoso () Comatoso () Outro Pupila: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Drogas (Sedação/Analgesia): Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Paresia Local: Linguagem: () Qual? () Distúrbio () Afasia () Disfasia () Disartria. Obs:									
5. OXIGENAÇÃO									
Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal 2 Venturi % Umir () Traqueostomia () Ayre/Tubo T () VMI () MM TOSH° Comissura labial 2 FIC2 % REEP cmH2O (X) Eufôica () Taquipnéia () Bradipnéia () Eupnéia () Outros Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () NE Ruidos adventícios: () Róscos () Sibilos () Estridor () Outros: Tosse: () Impedível () Redutível Expectoração: () Quantidade e aspecto: Aspiração: Quantidade e aspecto: () Dreno de tórax: () ID () E () Saco d'água: Data da inserção do dreno: () Aspecto da drenagem torácica: SpO2 Data: / / Hora:									
6. PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS									
7. SEGURANÇA FÍSICA									
(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação: 8. REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio									



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

JOÃO MARINHO RATO

DN: 06/07/77

01

LEITE

Sala 04

CONVÊNIO

SUS

IDADE

52 anos

REGISTRO

1500616

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

Tratamento cirúrgico de torção de intestino

CIRURGIÃO

Dr. Elcio Mendes - (Adm. 1)

ANESTESIA

Roberto

ANESTESIA

Dr. Almir

INSTRUMENTADORA

- André -

DATA

16/09/17

INÍCIO

09:40

FIM

10:50

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CODIGO
------	--------------------------	-----------------	------	------	--------

	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Serlix	
--	-----------------	----------------	--	-----------------------	--

	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
--	---------------	------------------------------	--	-----------------------	--

	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
--	---------------	------------------	--	-----------------------	--

01	Dilma amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
----	------------	-------------------	--	----------------	--

	Dolanina 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>pronta</i> % ml	Equipo de Macrogolas		Ethibond	
----	-----------------------------	----------------------	--	----------	--

	Nubain amp.	Equipo de Sanguê		Fio de Algodão Serlix	
--	-------------	------------------	--	-----------------------	--

	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
--	--------------	---------------	--	-----------------------	--

	Proclina amp.	Espaldrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak	
--	---------------	---------------------	--	------------------------	--

	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sulapak	
--	---------------	------------	--	------------------------	--

	Queflic ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fio cardiaca	
--	------------	----------------------------	--	--------------	--

	Rapifen amp.	H ₂ O ml	02	Mononylon 2-0	
--	--------------	---------------------	----	---------------	--

	Thionembul ml	Intracath Adulto		Mononylon	
--	---------------	------------------	--	-----------	--

	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serlix	
--	---------------	--------------------	--	----------------	--

Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix
------	------------	----	-------------------------	--	----------------

	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix
--	---------------------	--	-------------------------	--	----------------

	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix
--	---------------	--	-------------------------	--	----------------

	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serlix
--	---------------	--	-----------	--	---------------

	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serlix
--	---------------	--	-----------	--	---------------

	Flebocorid amp.	03	Luvas 8.0		Vicryl Serlix
--	-----------------	----	-----------	--	---------------

	Geramicina amp.	01	Luvas 8.5		
--	-----------------	----	-----------	--	--

	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
--	--------------	--	--------------	--	--

	Glucon de Cálcio amp.		Polilix		
--	-----------------------	--	---------	--	--

	Haemacel ml	05	PVPI Degermante ml		
--	-------------	----	--------------------	--	--

	Heparina ml		PVPI Tópico ml		
--	-------------	--	----------------	--	--

	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		
--	---------------	--	--------------------	--	--

	Lasix amp.		Saco coletor		
--	------------	--	--------------	--	--

	Medrolinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		
--	---------------	----	---------------------	--	--

	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		
--	-------------	--	---------------------	--	--

	Protamina	01	Seringa desc. 05 ml		
--	-----------	----	---------------------	--	--

	Revivan amp.		Sonda		
--	--------------	--	-------	--	--

	Stupitanon amp.		Sonda Foley		
--	-----------------	--	-------------	--	--

	Cefakolina 1g		Sonda Nasogálica		
--	---------------	--	------------------	--	--

			Sonda Uretral nº		
--	--	--	------------------	--	--

			Sterydren ml		
--	--	--	--------------	--	--

			Torniquinha		
--	--	--	-------------	--	--

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
------	----------------------	--	-------------	--	--

	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
--	---------------------	--	-----------	--	--

	Agulha desc. 25 x 28	02	Lasep		
--	----------------------	----	-------	--	--

	Agulha desc. 3 x 4.5	05	Elavex		
--	----------------------	----	--------	--	--

01	Agulha p/ raque nº 25	01	Algodão estéril		
----	-----------------------	----	-----------------	--	--

05	Álcool de Enfermagem 70%				
----	--------------------------	--	--	--	--

	Álcool Iodado ml				
--	------------------	--	--	--	--

	Aladuras de Crecon 15 cm				
--	--------------------------	--	--	--	--

	Aladuras de Gessada				
--	---------------------	--	--	--	--

	Azul metileno amp.				
--	--------------------	--	--	--	--

	Benzina ml				
--	------------	--	--	--	--

EQUIPAMENTOS

(-) Oxímetro de Pulso
() Serra
() Desfibrilador
() Foco Frontal
(-) Fonte de Luz
() Foco Auxiliar
() Eletroautêrio
() Oxímetro
(-) Cardíaco monitor
(-) Perímetro de Cintura
(-) Termômetro

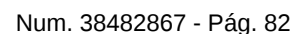
Adm. de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRCULANTE RESPONSÁVEL

1100 006

56

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

Paciente admitida da Ala Amarela	
ANV. 17	Ana Rita Ricardo de Silva



57

(A)

GOVERNO
DO PARÁ

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Marinho Netto Registro: 7 Leito: 7 Setor: Atual

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 100 PC: 10 FR: 20 Impm: PA mmHg: 90 bpm: 90 %
HGT: 10 mg/dl: 10 Kg: 60 Alt: 1,60 em Dor: () Local: () Obs: ()

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGISTRO NEUROLÓGICO

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Outro
GLASGOW (3-15): 15 Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D-E ☐ M-D ☐ Fotorreagentes ☐ Mióticas ☐ Midriáticas
Mobilidade Física: ☐ Preservada ☐ Paresia ☐ Paralisia ☐ Paresia Local
Linguagem: ☐ Qual? ☐ Disfonia ☐ Afasia ☐ Disfasia ☐ Disartria
Obs: ()

OXIGENIZAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ☐ Cateter Nasal ☐ Venturi ☐ Umir ☐ Traqueostomia ☐ Ayre/Tubo
() VMN ☐ VOT ☐ Comissura labial ☐ HIO2 ☐ PEEP ☐ cmH2O
☒ Eupneia ☐ Taquipneia ☐ Bradipneia ☐ Dispneia ☐ Outros
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☐ Diminuídos ☐ D ☐ E
☐ Ruídos adventícios e rales ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Outros
Tosse: ☐ Não produtiva ☐ Produtiva ☐ Expectoratória ☐ Quantidade de expecto:
Aspiração: Quantidade de aspirado: 100 ml Dreno de torax: ☐ D ☐ E ☐ Selo d'água:
Data da inserção do dreno: 18/01/2021 Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria Arterial: pH: 7,38 pO2: 100 pCO2: 35 SaO2: 98 SpO2: 98 Data: 18/01/2021 Hora: 14:00

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ☐ Visão ☐ Audição ☐ Tato ☐ Paladar ☐ Observação:
SEGURANÇA FÍSICA: ☒ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Agressivo ☐ Risco de queda: ☐ Observação:
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Assis: PA R: PA T: PA Hora: 14:00 Data: 18/01/2021





Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

Nº 3691

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TIJUBA

CIDADE

Pe. GRANDE

TEL/FAX/E-MAIL

NOME DO PACIENTE

JOSE MARINHO NETO

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº ALH

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Impl. Cirúrg. de Tratam. de Tornozelo

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Placa 3.5 tubular 06F.

01

W. Bacia 3.5 x 14

02

// 3.5 x 13

02

DATA DE UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Dr. Edmundo

Q 3.5 T02 N. 84

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Assinatura

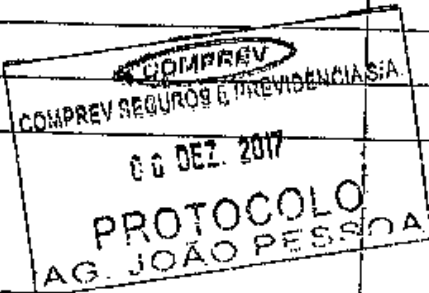


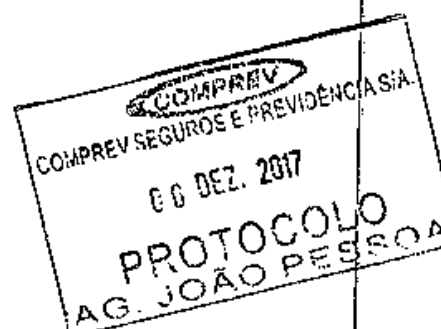


TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

[Assinatura]

Assinatura do anestesista



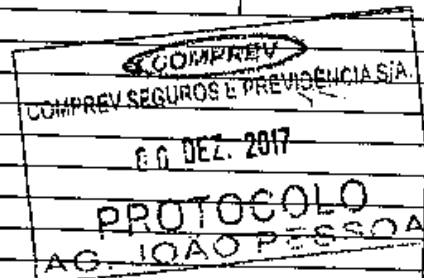
59



Paciente: <u>João Marinho Neto</u>			Idade: <u>58</u>		
Convênio: <u>Sus</u>			Data: <u>16.09.19</u>		
Procedimento: <u>tt= aravç de Frac. TNZ</u>					
Cirurgião: <u>Dr Edman</u>		Auxiliar:		Anestesista: <u>Dr</u>	
Início:		Término:		Anestesia	

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

1400, 103





	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 da 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 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	19 - Cód. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO DICIAL	23 - Cód. ICD 10 PRINCIPAL		
	24 - Cód. ICD 10 SECUNDÁRIO		
	25 - Cód. ICD 10 CAUSAS ASSOCIADAS		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - Cód. 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
	35 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		

36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

06 DEZ. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOAC. PEG. 24

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
38 - DOCUMENTO	39 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
40 - CNES	41 - CPF
42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
47 - CNES	48 - CPF
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

MOD. 017

63





SUS 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	3 - CRES
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CRES

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - SEXO Masc. ☐ 1 Fem. ☐ 3
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CDD. IDGG MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CID

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 INICIAL	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	29 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III	30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIÁRIA 06 DEZ. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
-----------------------------------	--

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DE SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	49 - DATA DE SOLICITAÇÃO

MDD. 017





POLICLÍNICA
Nossa Senhora Aparecida



Paciente: João Manoel Neto

End.: _____

LAUDO

20 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Oac. abdominal e pélvica
Tg32 documentada em
lente microscópica, com
margem de interesse no
tríplice dia, malha lateral
de Ektina 401, comite
tríplice malha

Dr. Opina Bento F. Junior
CRM 3874
Classe de Radiologia

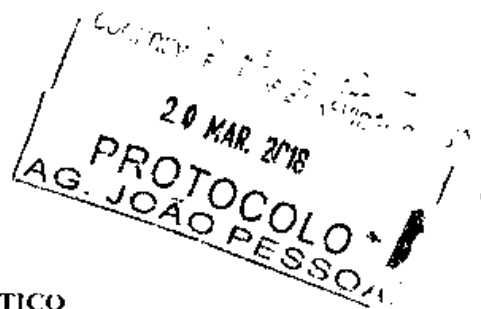
10
3
18

Praça Getúlio Vargas - 68 - Centro - Santa Rita - PB
CNPJ: 27.451.002/0001-53 - Fones: (83) 3032-2331 - 98605-6016

Scanned by CamScanner

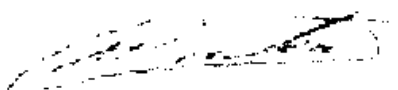


Paciente: JOSE MARINHO NETO
DN.: 19/01/1965
RG.: 1047385
Nº: 18
Exame: RX TORNOZELO DIREITO
Data do exame: 02/03/2018
Convênio: PARTICULAR



RADIODIAGNÓSTICO

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


Dr. MARCÍLIO 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.

Av. Liberdade, 2727, Bayeux
(83) 3232-0636 | 9 8184.1415

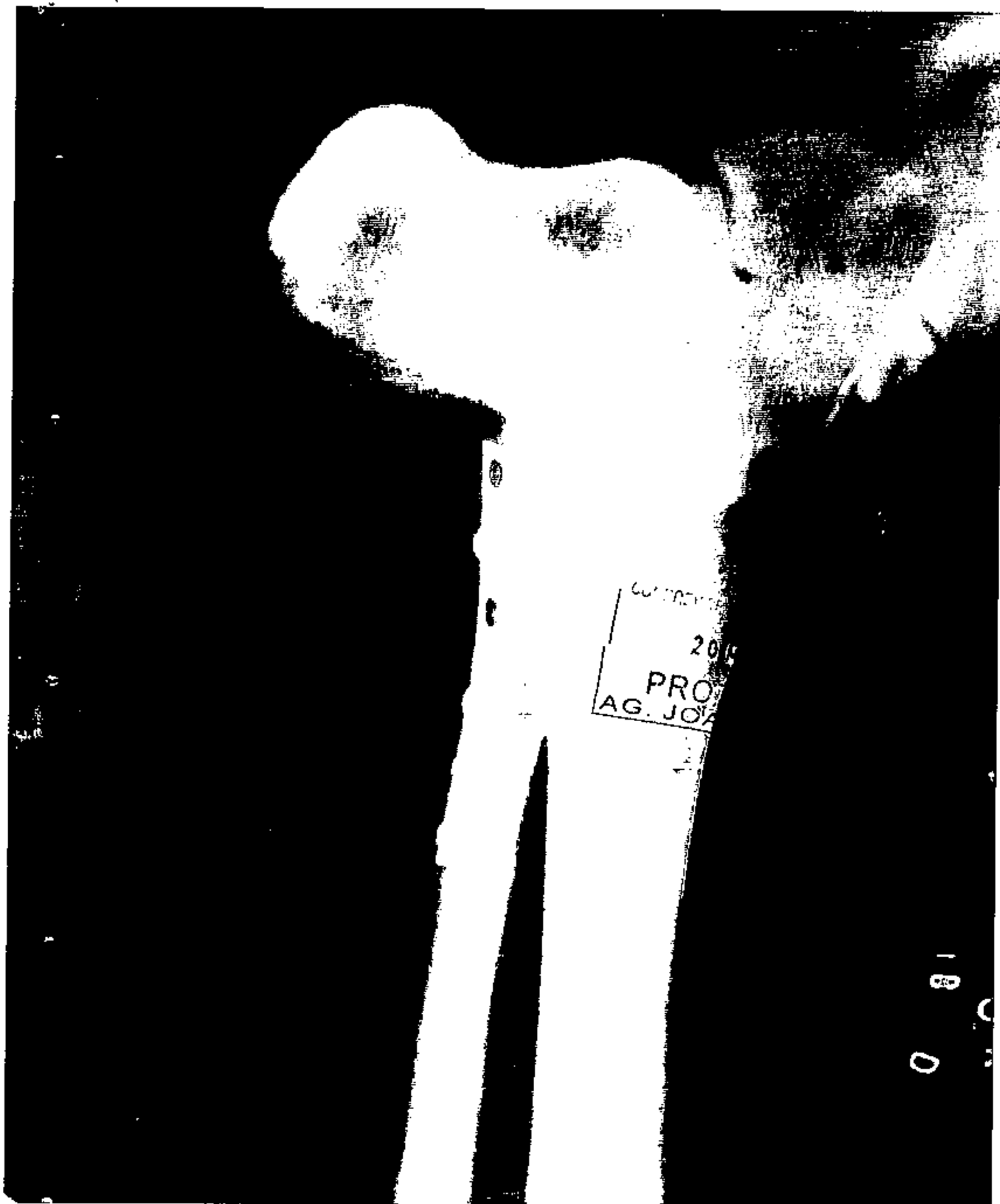
www.policlinicabayeux.com.br
@policlinicabayeux

Scanned by CamScanner



20 MAR.
PROT
AG. JOA





Scanned by CamScanner



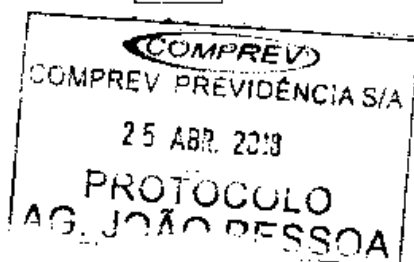


GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

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

78



Dr. Raitir R. Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcelia Farias
CRM/PB 6560

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

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

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



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 Nob 52 an

PROCEDÊNCIA: _____

Per com Trein
de Trein
Solic. Atend de
Ortodontia

Humberto de Almeida Lima
Médico CRM/PB 1744
CNS: 708402/03717464

Solânea (PB), 31/10/2012

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

Scanned by CamScanner



Ficha de Acolhimento

Nome: Dr. Alexandre Neto
 End: em Paraisópolis de Sousa S8 Bairro: Teresita
 Data de Nascimento: 19.01.1965 Documento de Identificação: Faculdade de Identidade
 Queixa: 1º mola Data do Atend: 31.08.17 Hora: 5:00 Documento: 29
 Acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não

Classificação de Risco

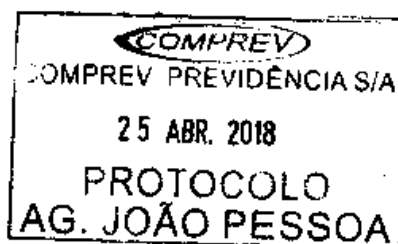
Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☒ Calmo ☐ Fácil de dor ☐ Gemente
 Frequência respiratória: 18 Frequência cardíaca: 80
 Pressão arterial: 120/80 Temperatura axilar: 36,5
 Dosagem de HGT: 120 Mucosas: ☒ Normocorada ☐ Pálida
 Desambulação: ☐ Livre ☒ Cadeira de rodas ☐ Maca

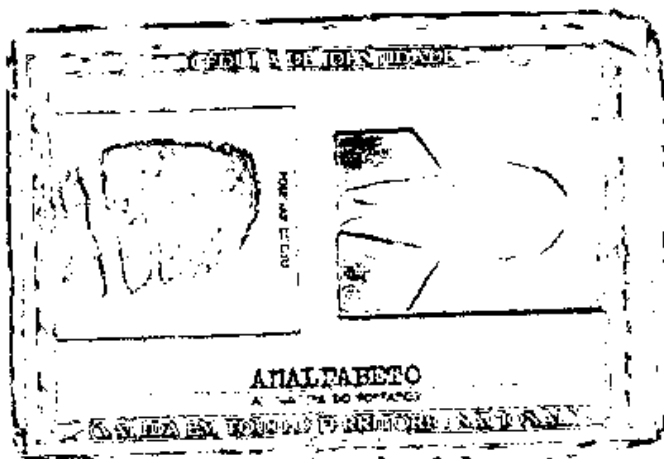
Estratificação

☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

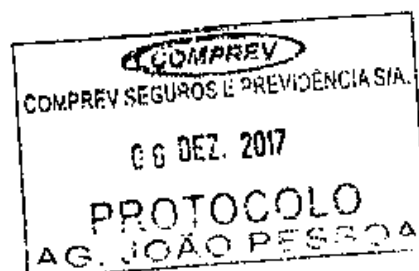
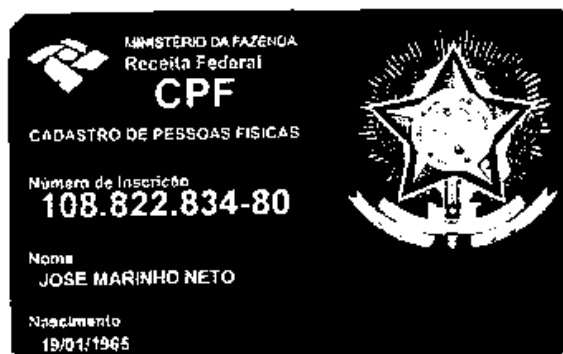
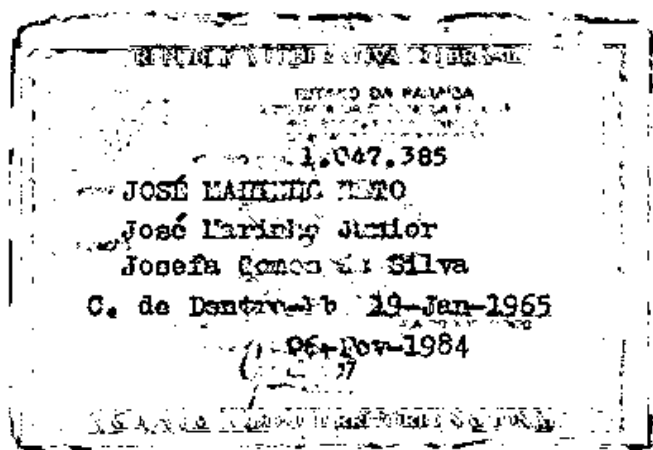
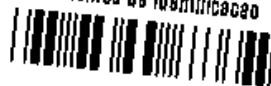
☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





Documentos de identificação





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: ALVES, PIMENTA
 Data de Nascimento: 02/12/1977
 CPF: 027.261.024-87
 Sexo: M
 Estado: RJ
 Data de Validade: 02/12/2023
 Data de Emissão: 02/12/2017

Assinatura: *João Pessoa*
 Data: 02/12/2017

313975247

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



DUT



REPÚBLICA 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 PREVIDENCIA S/A.
 08 DEZ. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

63



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE. OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU LAD. SEGURO DE VIT

PB Nº 013152523130 **BILHETE DE SEGURO PRIVAT**

VERONICA DA SILVA PEREIRA

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguiradotallider.com.br
SAC DPVAT 0800 042 1204

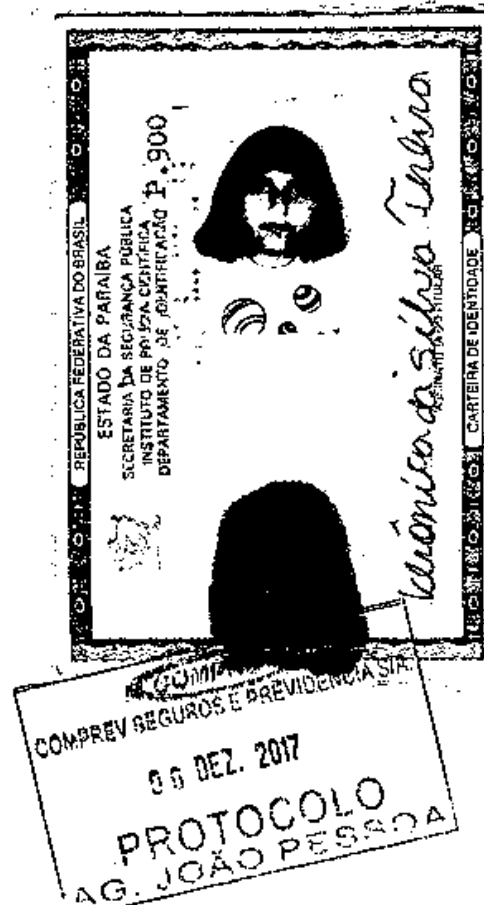
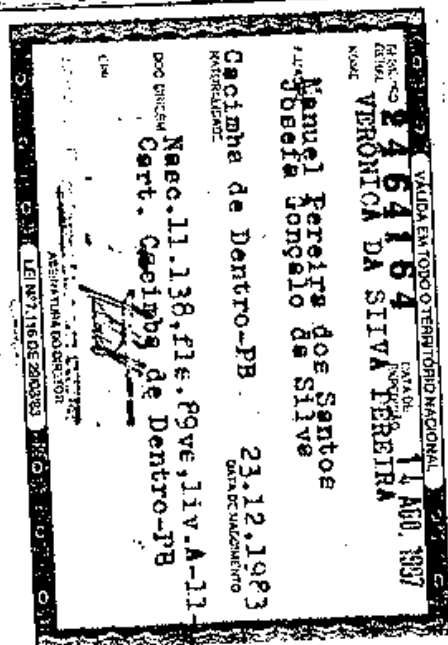
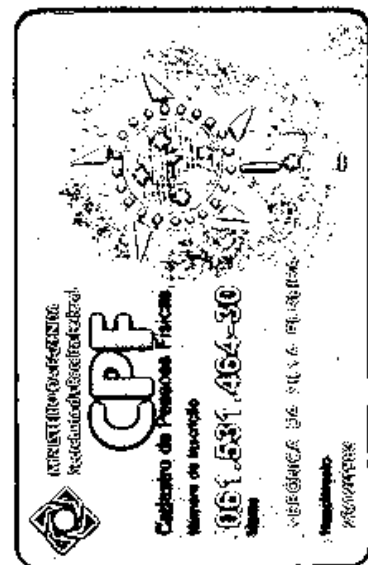
COMPREV
PROSEPRE

COMPRÉ
85 DEZ. 2001
PROTOGOLO
AG. JOÃO PESS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
L. DETRAN - PB A. CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO C.R.E. CON. RENAVAM - 228 90/00000000 2017	Nº 013152523130 VERONICA DA SILVA PEREIRA PLACA ANO/UF NOVO PB 2017 01678CR571454 PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC HONDA/CG 150 FAN EST 2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA 00/00/00000 0 13/07/2017
SEM RESERVA DE DOMINIO 12346 13/07/2017 16121	VERONICA DA SILVA PEREIRA PLACA ANO/UF NOVO PB 2017 01678CR571454 PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC HONDA/CG 150 FAN EST 2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA 00/00/00000 0 13/07/2017
SEGURO OBRIGATORIO DE OACIOS PERSONAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU TIPO - 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 PLACA ANO/UF NOVO PB 2017 01678CR571454 PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC HONDA/CG 150 FAN EST 2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA 00/00/00000 0 13/07/2017
SEGURO OBRIGATORIO DE OACIOS PERSONAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU TIPO - 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 PLACA ANO/UF NOVO PB 2017 01678CR571454 PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC HONDA/CG 150 FAN EST 2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA 00/00/00000 0 13/07/2017

66





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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Tem diminuição da amplitude de movimento do tornozelo DIR, com dorsiflexão de 0° 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, nº 03 - centro - telefone (83) 3379-1003

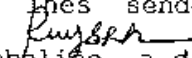
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 DEZ. 2017
LIVRO-001
Fls. 00

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ: JOSÉ MARINHO NETO

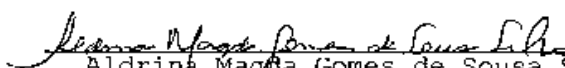
SAIBAM, quantos esta pública Escritura Pública Declaratória virem que, aos trinta e um (31) dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade de Cacimba de Dentro - Esta do Paraíba, nesta Serventia de Registro Civil das Pessoas Naturais e Anexos "Gomes de Souza", perante mim 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 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

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

Nº 466387-B
DOCUMENTO ORIGINAL
DOCUMENTO ORIGINAL

instrumento público é lavrado em observância ao artigo 215 do Código Civil Brasileiro. Emolumentos da Escritura R\$ 82,87. FAREM: 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,  Genivaldo Gomes de Souza, Oficial e Tabelião, a digitei, subscrevi, dou fé e assino. Emolumentos: R\$ 46,16. FAREM: 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>

Aldrina Magda G. de Sousa Silva
Escrevente Autizada



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



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE MARINHO NETO
 DATA DO ACIDENTE 31/08/17 CPF DA VÍTIMA 108.822.834-80
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOSE FELIPE VENT
 Nº 50 COMPLEMENTO CENTRO BAIRRO CENTRO
 CIDADE ARRAUNA UF PB CEP 58233-000
 E-MAIL TELEFONE (83) 999479100

MARKUX (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) 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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (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 FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA/ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 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 INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30-11-2017
 IDENTIDADE 2511611
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

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: JOSE 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 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

JOSE ALVES PESSOA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 = 0º; 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 do Souza

Taboão

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 *[assinatura]* e assino em público e raso com sinal *[sinal]*. 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

AEK90256-I97T

Confira os dados do ato em:

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

Emolumentos R\$: 92,32

FARPEN R\$: 5,00 FEJP R\$: 16,47

Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva

Escrevente Autorizada

Aldrina Magda G. de Sousa Silva

Escrevente Autorizada

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

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASUR INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 466477-B

ORIGINAL

ORIGINAL

ORIGINAL

ORIGINAL

ORIGINAL

ORIGINAL