



18/01/2021

Número: **0826089-35.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **03/11/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38493 571	18/01/2021 21:18	2778236_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607258

Vítima: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15029152

Pag. 00367/00368 - carta_01 - INVALIDEZ

00020184





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607258

Vítima: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000475516-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 037 56 49/19 3 - CPF da vítima: 121568484-32 4 - Nome completo da vítima: Caio Fabio Nobrega Medeiros

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

5 - Nome completo: Caio Fabio Nobrega Medeiros 6 - CPF: 121568484-32
7 - Profissão: RUA Rua Jose Pucipacio 8 - Endereço: 9 - Número: 061 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58430-490
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8128

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 475516 8 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viver ou não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande 28/10/19

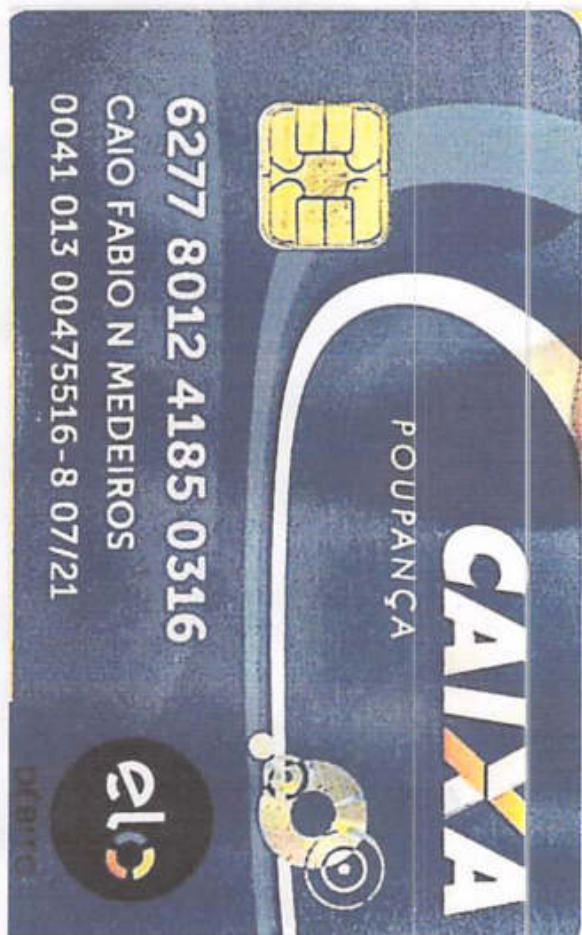
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10610.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10610.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:43 horas do dia 13 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Caio Fábio Nobrega Medeiros**, CPF nº 121.568.484-32, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar Administrativo, filho(a) de Marizete Nobrega Silva e Francisco de Assis Silva Medeiros, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 15/08/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Precipício, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Escola Presidente Kennedy, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Liberdade, Praça da Liberdade, Campina Grande/PB, bairro Liberdade; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/07/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 18/07/2019, POR VOLTA DAS 17:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN ANO 2016, PLACA QFO-7867/PB, CHASSI 9C2KC2210GR511955, REGISTRADA EM NOME DE PEDRO SILVA MEDEIROS, NO BAIRRO DA LIBERDADE, CAMPINA GRANDE/PB, QUANDO UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA NA MESMA RUA DESTA NOTIFICANTE, TROCOU DE FIXA DE ROLAMENTO SEM SINALIZAR E QUANDO ESTE NOTIFICANTE TENTOU DESVIAR PARA NÃO COLIDIR, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A VIR NO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE PATELA DIREITA, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. YWRY DE PAIVA CAMARA.

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

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS
Noticiante

Procedimento Policial: 10610.01.2019.1.00.401



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607258 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíntese (BANDA DE TENSÃO) E ALTA MÉDICA. (P34 P55 P72 P81)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0375649/19 3 - CPF da vítima: 121568484-32 4 - Nome completo da vítima: Caio Jobio Nobrega Medeiros

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

5 - Nome completo: Caio Jobio Nobrega Medeiros 6 - CPF: 121568484-32
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua José Pires 9 - Número: 261 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58430-490
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98708-8728

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 475516 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



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: 04/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000475516-8

Nr. da Autenticação DCE062E344C8DEBC



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento não é segunda via de conta.
Basta para sempre pagamento da fatura de energia elétrica. Nº DOI 230.136

DADOS DO CLIENTE
FELICIANO NUNES DA SILVA
RUA JOSE PRECIPICO 261
CAMPINA GRANDE

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	19/07/2019	138	26/07/2019	R\$ 121,75

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR 4/265836-7

energia
Energia Borboirema - Distribuidora de Energia S/A
Av. Dep. Raimundo Azeite, 4799 - 2º andar - CEP 58423-700
Campina Grande / PB - CNPJ 06.876.595/0001-05 - BULFAX 15.057A-3A-1

Assessor: www.energia.com.br

energia
Roteiro: 12-401-654-445
816700000001-8 21750147000-9 02658362019-5 07000401019-8

VERBIMINGO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA
26/07/2019 R\$ 121,75 26/07/2019 07.0

energia



19/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:17

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

8

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 19/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12 2 ^o 3 ^o 18 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	24
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	At

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
Cirurgião da Coluna
CRM/PB 5523





19/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:52

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

8

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 19/07/2019 HORA: 09:13:38

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS
CD AGUARDA TRANSFERENCIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CLINICA DA COLUNA
CRM/PB 5523



18/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/07/2019

Horas: 20:09:46

Médico (a) Diarista : Otavio Ferreira Junior

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 18/07/2019 HORA: 20:08:20

PACIENTE LOTE E BEG, COM QUEIXA ALGICA EM JOELHO D
CONDUTA: INTERNAÇÃO HOSPITALAR. 2. SOLICITO PRE-OPE

ASSINATURA + CARIMBO
Otavio Ferreira Junior

Dr. Otavio Ferreira Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 7103



Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD.	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
7	NECESSARIO	
8	RAMITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICOMF, 12h/12h	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISEKINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
11	NECESSARIO	
12	CAPTOPRIL 25 MG V.O. ICOMF, FAZER SE NECESSARIO	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Dr. Cláudio Ferreira Jr.
CRM 103.7103

DIA 18/07/2019
MÉDICO(A): Cláudio Ferreira Junior /

DADOS DO PACIENTE:
Nº do prontuário: 47233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019
Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M
Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO
DA PARAIBA

HTCG-Painel Administrativo

Data: 18/07/2019
Horas: 20:10:19
Médico (a): Cláudio Ferreira Junior







GOVERNO
DA PARAÍBA

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:52

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 19/07/2019 HORA: 09:13:38

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS
CD AGUARDA TRANSFERENCIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORÇAMENTO DE TRATAMENTO
Cirurgia da Coluna
CRM/PB 5523

1/1

119-07-18600-947234/DC=29834







GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:17

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigu

8

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 19/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12 20 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CAPTAPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	AT

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 47473 DA COLUNA
CRM 47473



$\frac{20}{07}$ P1. $\frac{120}{70}$ P. 77 T. 36,6
19
Yefraes



20/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 20/07/2019

Horas: 06:45:23

Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 20/07/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14, 20, 26
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12-18 20 016
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 20
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	12 20
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CT
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 24h)	12
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CT
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	CT
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

BEG. ext. si queixas.

ad. 4p-1

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

Data: 21/07/2019

Horas: 13:22:12

Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

8

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 21/07/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

em	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	ct
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1 FRASCO, 8h/8h	ct
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1 COMP. 12h/12h	(18) F 06 F.F
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1 COMP. FAZER SE NECESSARIO	SR
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ct

32054

336, estável. si queixas.

diurna (+) e noct (+)

cd: vpm

Aguarda unguie.

Ywry de Paiva Camara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907



22/07/19 Consciente, orientado, afebril,
aceto dieta. Admitido nesta unidade
proveniente da Ola Imarela. Segue
as cuidados. Ana Nery

Ana Nery de Lourdes Silva
COREN-PB 250705-TE

22/07 20:00H P.A.: 130x80.

Paciente evolui com afebrilização, o mesmo

na referida unidade. Lucas



22/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/07/2019

Horas: 10:04:39

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 22/07/2019 HORA: 10:04:18

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS
CD AGUARDA TRANSFERENCIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
Cirurgião da Coluna
CRM/PB 5523



22/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 22/07/2019

Horas: 10:03:47

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 22/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	3NO
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 00 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	12 00 F
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5N
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	14
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5N
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO	5N
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	5N

Dr. Schubert Costa
Médico(a) Diarista
CRM/PB 5523



23/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DO PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/07/2019

Horas: 09:16:03

Médico(a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18100

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 23/07/2019 HORA: 09:14:21

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO. SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

CONDUÇÃO:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

Abriu tala para avaliar condições de pele

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

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



23-07-19

Paciente estável, consciente e
sem queixas, foi aberta a
tala, trocado o acesso venoso,
medicado e segue aos cuidados
da Enfermagem.

PA - 120 x 70

Ø

FC - 74

23-07-19

Paciente estável, sem queixas,
medicado, segue aos cuidados
da Enfermagem.

PA - 110 x 70

Ø

FC - 77



23/07/2019

nTCG-Painel Administrativo

Data: 23/07/2019

Horas: 09:16:25

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 23/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	3 18 24 9 6
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h S/N	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	(12) (6) F
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	24
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	ciente

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7825



24/07/19 Paciente consciente, orientado, acuta de-
ta. 19º ano PA = 120x90; P = 68. Seguem os cui-
dados. *Assery*

Ana Nery de Lourdes Silva
COREN-PB 250705-TE

24/07/2019

21:00

PA = 120/80 *Re*



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 24/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12/18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24 14.22 06
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	SN
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Cient.
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	Cient.

Evolução

Paciente segue em leito de enfermaria, em BEG, consciente e orientado, com queixa de dor em joelho @ (-/+), principalmente à noite.

Sono preservado, diurese (+), evacuações (+).

Cd: - VPM.

- Aguarda cirurgia.

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



25-07-19

10h30 36,52 100x60

Paciente mantendo Jéco
realizado volvi reu Queixas
no momento, medicado conforme
prescrição médica. O mesmo aguarda
procedimento cirúrgico

Katia Silvana Mota de Figueiredo
COREN-PA 05.017-TE

25-07-19 20h11 PA: Por 70 mmHg

Paciente em BEG, segue sem queixas
até o momento. M.C.P. 11

Ficando A.V.P.

} Salvo



5/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/07/2019

Horas: 08:03:42

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18102

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 25/07/2019 HORA: 08:02:53

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO (+/4+).

SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

CONDUÇÃO:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
MR. Ortopedia
CRM-PB 7825



Dra. Ana Maria da Silva Anselmo
MRL. Ortopedia/Traumatologia
CRM 7825

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 MIL E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 36
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	12 18 24 36
4	Reconstituir 2ML ABD.	
5	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/MIL 1 MIL E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	12 18 24 36
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 MIL E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	12 18 24 36
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/MIL 2 MIL E.V. 1AMPOLA, 12h/12h	12 18 24 36
8	Diluir em 100 ML SF	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 MIL S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	12 18 24 36
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	MANTER COM JEI.CO HEPARINIZADO	

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

DIA 25/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FRAATURA DE PATELA D

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO
DA PARAIBA

5/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 25/07/2019
Horas: 01:31:19

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo



25-07-19

10hs - 36,5° 100x60

Paciente mantendo jejum
relembado volui reex. Queixas
no momento, medicado conforme
prescrição médica. O mesmo aguarda
procedimento cirúrgico

Kátia Silvana Monteiro de Figueiredo
COREN-PB 86.017-TE

25-07-19 20h PA: 120x70 mmHg

Paciente em BEG, segue sem queixas
até o momento. M.C.P. 11

Travado A.V.P. } Salina



5/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 25/07/2019

Horas: 01:31:19

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 25/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14 22 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	ciente

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR, Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 7825





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/07/2019

Horas: 09:37:12

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18103

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 26/07/2019 HORA: 08:42:40

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO (+/4+).

SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

CONDUTA:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA  CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dr. Ana Maria da S. Anselmo
CRM-PB 7825
MIR. Ortopedia - Traumatologia



26-07-19

10h → 36,5° 120x80

Paciente mantendo Jato raluzado
wobu sem Queixas no momento
medicado conforme prescrição
medica, e mereu aguarda procedimento
cirurgico

Katia Silvana Mota de Figueiredo
COREN-PR 486.017-TE

26/07 20:00h

PA 120x80

Débora



26/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 26/07/2019

Horas: 08:14:35

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 26/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12-18-24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12-24 06
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	14-22 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18-20 06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	



27/07
08:00h

P.A. 120x80

SAT.98

R. 77

Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue sob
cuidados da enfermagem.

Debona

27/07

21:00

PA 160/80 De,



27/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 09:41:15

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 D1 - 18104

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 09:41:01

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO (+/4+).

SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

≡ CONDOTA:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo



Data: 27/07/2019

Horas: 09:40:35

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 27/07/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00h)	
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	12.18.24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 24
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	14 22 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SV
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	Suspensa 20
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CRM - PE 8928



28/07 -> Paciente em pós operatório imediato.
PA: 100 x 70

Valéria nº

22 horas -> PA: 110 x 70 Valéria nº



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Admissão: 18/07/2019 DI - 10

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 28/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Otavio Ferreira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h OD/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 26
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 26
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/07/2019 HORA: 11:19:27

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DE FRATURA DE PATELA D SEM INTERCORRÊNCIAS.
CONDUTA: 1. VPM. 2. VBO. SOLICITO RX POS-ÓPEASSINATURA + CARIMBO
Otavio Ferreira Junior

29/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/07/2019

Horas: 09:08:19

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18106

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 29/07/2019 HORA: 09:06:29

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, EM 1º DPO, COM QUEIXA DE DOR DISCRETA (+/-4+). FO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

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

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

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



29/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

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

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 29/07/2019
NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Data da Internação: 18/07/2019

Data da Alta: 29/07/2019

Registro: 1947233

Tempo de Permanência: -18096

Diagnóstico Inicial: 0408050527

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA PATELA

Data: 29/07/2019

Equipe:

Cirurgião: OTAVIO FERREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: SIDDHARTA GUATANHA LACERDA

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL -
CAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO À
FISIOTERAPIA. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS +
RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES
AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR
IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia

Data: 29/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Ana Maria Da
Silva Anselmo



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

PACIENTE:	CAIO FABIO NÓBREGA MEDEIROS
DATA DO EXAME:	18/07/2019

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dra Ina Rossana L. Amorim
CRM 4386





2021





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

Cezio Fabio Nobrega Medeiros

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG FAST

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA:

18.01.19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Gabriel Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB: 7.993

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



1

3

8



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

REQUISIÇÃO

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

NOME: Fabio Nobrega Medeiros
IDADE: 210
SEXO: M
COR: P
PESO: 70
ALTURA: 1,80
CLÍNICA: 18/07/19
ENF:
LEITO:

DADOS CLÍNICOS: Poltrauma

MATERIAL A EXAMINAR: USG FAST

EXAME SOLICITADO: USG FAST

URGÊNCIA: ☒ **ROTINA:** ☐

DATA: 18.07.19 **HORA DA SOLICITAÇÃO:**

RESPOSÁVEL PELA S

Assinatura: Dra Ina Rossana L. Amorim
CRM: 4386

Observação: A ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como a ultrassonografia não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseada no resultado da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dra Ina Rossana L. Amorim
CRM 4386





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): CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000477397
Data: 19-07-2019 11:19
Idade: 19 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: Leito + 08

GRUPO SANGUINEO E Rh

GRUPO SANGUINEO: B (40%)

GRUPO SANGUINEO: B (40%)

RH: POSITIVO

INFORME: 19/07/2019

ANEXO: 19/07/2019 11:19


Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CREM - 7494

19/07/2019 11:19 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: 99CD-48B4-3491-32F1-DE05-5A94-5405-P921



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





NOME:

Caio Tasso

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Cor: 00
Reg. 1021
Reg. 1021

MATERIAL A EXAMINAR:

De 14 a 19

EXAME SOLICITADO:

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

28/07/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

U. de Pronto Socorro
de C. de 7103

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

Sr(a): CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDESProtocolo: 0000477397
Data: 19-07-2019 11:19
Idade: 19 anosRG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: 1660-08

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 19/07/2019 11:18]

Resultados

Valores de Referência

SERIE VERMELHA

Eritrócitos.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
V.C.M.....
H.C.M.....
C.H.C.M.....5.0 milhões/mm³
13.7 g/dL
41.5 %
83 fL
27 pg
33 g/dL4.2 a 6.0 mil/segmm³
13.5 a 14.5 g/dL
40.0 a 52.0 %
80.0 a 100.0 fL
27.0 a 31.0 pg
32.0 a 36.0 g/dL

SERIE BRANCA

Leucócitos.....

8.900 /mm³
(%) (/mm³)4.500 a 10.000 /mm³Neutrófilos.....
Promielócitos.....
Mielócitos.....
Metamielócitos.....
Bastonetes.....
Segmentados.....
Eosinófilos.....
Basófilos.....
Linfócitos.....
Típicos.....
Atípicos ou Reativos.....
Monócitos.....
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....0
0
0
0
2,0 178
69,0 6.141
2,0 178
0
23,0 2.047
0
4,0 356
198.000 mm³45 a 75 % = 1.800 a 4.500 /mm³
1 a 5 % = até 500 /mm³
1 a 3 % = até 100 /mm³
20 a 40 % = 1.000 a 4.000 /mm³
2 a 10 % = até 1.000 /mm³
140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÃO

Contagens revisadas e confirmadas.

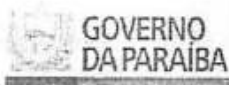
Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7454

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: PIAB-714F-710-8409-FDB1-EAB9-CE64-6CE8





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): CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Protocolo: 0000477397 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR Data: 19-07-2019 11:19 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: Leito 08

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'05"

DATA DA COLETA: 19/07/2019 11:19
MATERIAL: SANGUE
Método: Novo

Valores de Referência:
DE 1 A 10 MINUTOS

TEMPO DE COAGULACAO 8'30"

DATA DA COLETA: 19/07/2019 11:19
MATERIAL: SANGUE
Método: Novo

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRM - 7494

19/07/2019 11:35 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: CAP-3842-CLIC-PAIS-1867-7045-7045-7045



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Guia Fabio Registro: _____ Leito: 0103 Setor Atual: ortop-1

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ lrpm; 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: (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: (X) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O

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

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (X) Diminuídos () D () E

Ruídos 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.





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLEIM DE ENFERMAGEM					
NOME:					
IDADE:	SEXO:	M ☐	F ☐	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às h
SETOR:	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 ☐
	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☐	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐		S/ DEFICITE MOTOR ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐		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:		
☐ 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:		
☐ NAUSEA			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.					
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
☐ INSTALAR CATETER DE O ₂ A D/L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
☐ 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).					
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
☐ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					

MCO 123



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO	
Criso Fábio Medeiros D. N. 15/03/1991				Sua		19 anos		294.2153	
CIRURGIA T.O. Cirurgico, deitado					CIRURGIÃO				
Forma de Pólo "L.D."					Dr. O. Faria				
ANESTESIA					ANESTESIA				
2. aquil					Dr. Sinddabta				
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM			
JND		28.07.19		09h.30'		11:20			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Bolsa Colostoma			Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.			Calet. p/ Oxi.				Calgut cromado Serlix	
	Atropina amp.			Calet. De Urinar Sist. Fech.				Calgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.			Compressa Grande				Calgut cromado Serlix	
	Dimore amp.			Compressa Pequena				Calgut Simples	
	Colantina amp.			Colonóide				Calgut Simples Serlix	
	Efrane ml			Dreno				Calgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.			Dreno Kerr nº				Calgut Simples Serlix	
	Fentanil ml			Dreno Penrose nº				Cera p/ osso	
	Ineva ml			Dreno Pezzer nº				Ethibond	
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas				Ethibond	
	Mercaina % ml			Equipo de Macrogotas				Ethibond	
	Nubain amp.			Equipo de Sangue				Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.			Equipo de PVC				Fio de Algodão Serlix	
	Proglumina amp.			Espandrapo Larco cm				Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido Iim			Furacim ml				Fio de Algodão Sutapak	
	Queiclin ml			Gase Pacote c/ 10 unidades				Fila cardiaca	
	Rapifen amp.			H ₂ O ml				Mononylon 3-0"	
	Thionembutal ml			Intracath Adulto				Mononylon	
	Tracrium amp.			Intracath Infantil				Protene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			Lâmina de Bisturi nº 23				Protene Serlix	
04	Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 11				Protene Serlix	
01	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 15				Protene Serlix	
02	Dipirona amp.			Luvas 7.0				Vicryl Serlix	
	Flexidol amp.			Luvas 7.5				Vicryl Serlix	
	Fieboconid. amp.			Luvas 8.0				Vicryl Serlix	
	Geramcina amp.			Luvas 8.5				Vicryl Serlix	
01	Glicose amp.			Oxigênio Iim				Plasma	
04	Glucor de Cálcio amp.			Poliflix					
	Haemacel ml.			PVP Degemante ml					
	Heparina ml.			PVP Tópico ml.					
	Kanakion amp.			Sabão Antisséptico				SOROS	
	Lasix amp.			Saco coletor				SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrolinazol.			Seringa desc. 10 ml				SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.			Seringa desc. 20 ml				SG Hipotérmico fr 500 ml	
	Prolamina			Seringa desc. 05 ml				SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.			Sonda				SG fr 500 ml	
	Stupitanon amp.			Sonda Foley					
02	Celastina 1g			Sonda Nasogástrica				ORTESE E PRÓTESE	
				Sonda Uretral nº				Fio de Kirschmeyer	
				Sternidrem ml				Cefalex	
				Torneiinha					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml					
	Agulha desc. 25 x 7			Gelcon 18					
09	Agulha desc. 28 x 28			Látex					
	Agulha desc. 3 x 4,5			Lâmina de Bisturi					
01	Agulha p/ raque nº 26			Lâmina de Bisturi nº 11					
02	Alcool de Enfermagem			Lâmina de Bisturi nº 15					
	Alcool Iodado ml			Lâmina de Bisturi nº 23					
02	Ataduras de Crepon			Luvas 7.0					
	Ataduras de Gessada			Luvas 7.5					
	Azul melileno amp.			Luvas 8.0					
	Benzina ml			Luvas 8.5					
				Oxigênio Iim					
				Poliflix					
				PVP Degemante ml					
				PVP Tópico ml.					
				Sabão Antisséptico					
				Saco coletor					
				Seringa desc. 10 ml					
				Seringa desc. 20 ml					
				Seringa desc. 05 ml					
				Sonda					

P. Ortopedia I C. Limpas
/RPP.

Handwritten: *Marcelo*
 Teó. Edmundo
 CORREIO 250741

MOD 66



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:18:22

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821182204900000036706367>

Número do documento: 21011821182204900000036706367

Num. 38493571 - Pág. 62

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

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

Assinatura do anestesista

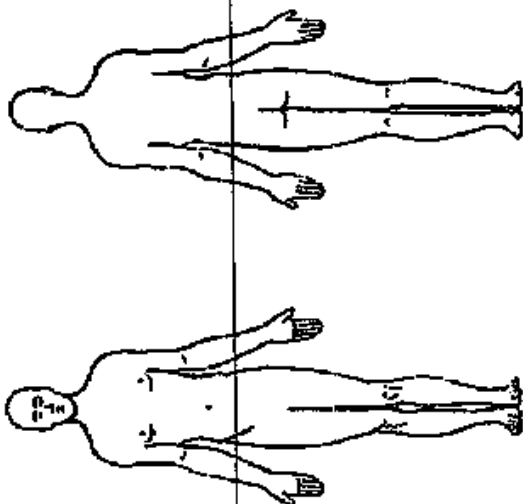


HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS			Data da Cirurgia 28/07/2019
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. OTAVIO FERREIRA JUNIOR		1º Auxiliar :	
2º Auxiliar		Instrumentador JOSÉ	
Anestesiista: DR. SINDHARTA		Anestesia : <i>NA GUARANTIA</i>	
Diagnóstico Pré-operatório : FRATURA DE PATELA D			
Tipo de Cirurgia : OSTEÓSSINTESE DE FRATURA DE PATELA D. BANDA DE TENSÃO			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato:			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO MID + Pelve 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- INCISAO ANTERIOR A PATELA D + DIVULSAO POR PLANOS 05- IDENTIFICAÇÃO DO FOCO DE FRATURA + REDUÇÃO CRUENTA + LMC 06- OSTEÓSSINTESE EM BANDA DE TENSÃO. USO 2 FIOS DE K 2.0 + FIO DE CERCLAGEM 07- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS 08- CURATIVOS			

[Assinatura]
 SUELIO MOREIRA TORRES
 28/07/2019 14:00

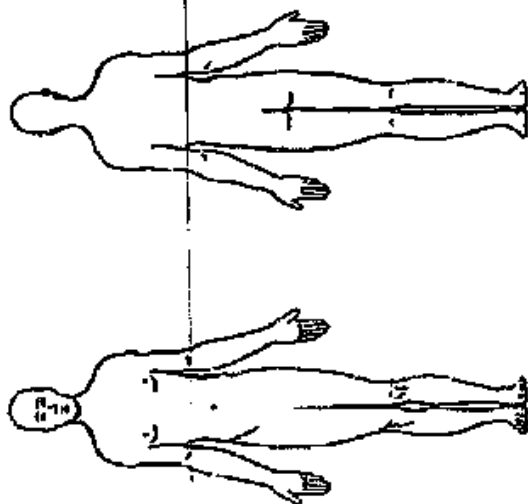






**POSICIONAMENTO DA
PLACA DISPERSIVA**

Demarcação cirúrgica:



Local da cirurgia:

Assinatura:

Data:

Assinatura:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>LOW COPPER ROBERTO MEDeiros</u>				IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCRITO	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONquite		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPERTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
9:30 13 12 11								
AGENTES ANESTÉSICOS	INDUÇÃO					Satisf.: _____ Excl.: _____ Tosse: _____		
LÍQUIDOS	Laringo espasmo: _____ Lenta: _____					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
	Outros: _____					MANUTENÇÃO		
CÓDIGOS	ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____					Não, por quê? _____		
VP ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO	DESPERTAR					Reflexos no SO: _____		
AX. ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	Obstr.: _____ Co.: _____ Excl.: _____					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
	Outros: _____					Com cânula: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Para o Leito Sim _____ Não _____					CONDIÇÕES:		
POSIÇÃO	Sentado. Em 174 graus para o lado esquerdo 134, 140 graus 266 kcal							
AGENTES	1) Neuro. 12 y (2) Morfina 100 y							
TÉCNICA	Requerer de 10 y 10 y							
OPERAÇÃO	Operação de 10 y 10 y							
QUIRURGÕES	Dr. Augusto							
ANESTESISTAS	Dr. Roberto							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		

MOD. 088

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

25/07

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Caio Falcão Nogueira Medeiros Registro: _____ Leito: 1-1 Setor Atual: ort 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Fotorreagentes ☐ Mióticas ☐ Midríaticas

Mobilidade Física: ☐ Preservada ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Parestesia Local: periférica MD

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 21 % PEEP _____ cmH2O

☒ Eupnéia; ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☐ Diminuídos ☐ D ☐ E

Ruídos 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.



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



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausulta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção: 22/07/19
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: Lx Jelco
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Inteira () 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: Curativo em: / /
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Aguarda procedimento cirúrgico.
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Janelia S. Cruz Gondim ENFERMEIRA COREN PR 508.850 DATA: 24/07/19 HORA: 7:00 h

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Dono Fabia*

Registro: _____

Leito: *2.1*

Sector Atual: *Orto*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____

°C: P: _____

bpm: FR: _____

lpm: PA: _____

mmHg: FC: _____

bpm: SPO2: _____

Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

GLASGOW (3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Distasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T () VMI TOT nº _____

Comissura labial nº _____

FIO2 % PEEP cmH2O _____

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	João Edson Nabrega Medeiros		Idade:	19 anos
Convênio:	SUS		Data:	28/07/19
Procedimento:	Trat cirurgico e fixação de fratura de fêmur M30			
Cirurgião:	Dr. Otávio	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Sidelatto	
Início:	09:30	Término:	11:20	Anestesia: Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
11:30	130x80	56	100	Adson	-	consciente
12:00	119x72	64 bpm	97%	Alex	+	consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103







GOVERNO DA PARAIBA **SEGUIE**
o trabalho **LIST PRÉ-OPERATÓRIO - ALAS**

SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia I		
NOME:	Crisio Fabio Sobrinho Medeiros		
PROCEDIMENTO:	Fx de Patela D		
☒ AVP: LOCAL:	☒ GELCO Nº: 22	☐ AVC	☒ JEJU
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:		☐ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA
RETIRADO:	☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ ADORNOS	☐ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☒ HEMOG	☐ USG	☐ TOMOGRAFIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO	☐ RESSONÂNCIA		
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO	☐ NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	Eduarda Maria da Silva		
COREN:	551-ENF		







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ G. ZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: *Caio Fabio Romega*

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma = por queda moto.

RAIO X
REALIZADO EM:
18/04/19

MATERIAL A EXAMINAR:

osso

EXAME SOLICITADO: *Rx de Tórax AP*
Rx de perna D AP e perfil
Rx de joelho @ AP e perfil | *Rx de bacia AP*
Rx de ombro AP e
perfil de escápula.

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA:

18/04/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Gabriel Lúcio
Clínica do Trauma
CRM-PB: 7.983

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





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

PACIENTE: OSIO IDADE: 1º DATA: 1º

AMBULATÓRIO () EMERGÊNCIA () ALA ()

IMOBILIZAÇÃO GESSADA		TALAS TIPO		IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA	
D	E	D	E	D	E
Áxilo Palmar		Pinça de Confeiteiro		Colar Cervical	
Velpeau		Áxilo Palmar		Velpeau	
Luva		Luva		M.J	
Péivico Podálico		Spica		Tipola	
Coxo Podálico		Coxo Podálico		Jones	
Tubo		Tubo		Enfaixamento	
P.T.B		Joelheira		Esparadrapagem	
Bota		Bota		Splint	
Ante Pé		Ante Pé		Oito	
Observações:		Observações:		Observações:	

18/10/19

Dr. Carlos Henrique
CRM-PB 7103

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA

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

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

Assinatura do anestesista



SETOR DE ORIGEM: Odontologia I
 NOME: Caio Fabio Wöhner Uedeiras
 PROCEDIMENTO: Fr. de Pat. D
☒ AVP: LOCAL: Antebraço E GELCO Nº: 22 AVC ☐ JEJU ☒
 BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA ☐ NÃO SE APLICA
 RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA ☐ ADORNOS ☐ PERTENCES
 ENCAMINHADO: ☒ HEMOG ☐ USG ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO ☐ NÃO SE APLICA
☒ RESERVA DE HEMODERIVADO ☐ NÃO SE APLICA
 ENF MEIRO RESPONSÁVEL: Edilene Maria da Silva COREN: 551-ENF



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Folha de Sala - Recuperação Pós-Anestésica	
Paciente: João Falcão Nalunga Medeiros	Idade: 19 anos
Convênio: SUS	Data: 28/07/19
Procedimento: Trat cirurgico c/ fracoa de poturo de patelo M30	
Cirurgião: Dr Ottonio	Auxiliar: Anestesista: Dr Saldanha
Início: 09:30	Término: 11:20 Anestesia Raqui

[illegible][illegible]

Observações:





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO JIZ C ZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO E EXAME

NOME: *Caio Fábio Romega*

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Politravuma = pós queda moto.

MATERIAL A EXAMINAR:

osso

EXAME SOLICITADO: *Rx de Tórax AP
Rx de punho D AP e perfil
Rx de joelho D AP e perfil*

*Rx de Bacia AP
Rx de ombro AP e
perfil de escápula.*

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA: *18/04/19*

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Gabriel Ribeiro
Surgião do Trauma
CRM-PB: 7.983

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





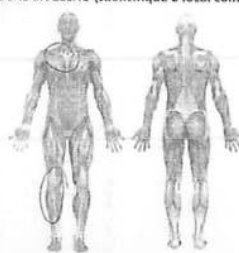
HTCG-Painrel Administrativo



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1947158 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-909 Data: 18/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Alliana Gusmao Uchoa

PACIENTE: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS
Endereço: JOSE DO PRECIPICIO Sexo: M Telefone: 988741920
Cidade: Campina Grande Idade: 019 Bairro: BODOCONGO
Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA RG: 3551857 Nº: 261
Responsável: CPF: 12156848432 Profissão:
Estado Civil: Data de Atend: 18/07/2019 CNS: 203241750990003
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X POSTE Hora: 18:13:40 CONVÊNIO: SUS

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria por veneno
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

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

Politrauma

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Paciente vítima de acidente de moto, não pode de permanecer em pé, queixa-se de dor no tornozelo e membro inferior direito.

ALERGIA: Neg
MEDICAMENTOS: Neg
PATOLOGIAS: Neg
EXAME FÍSICO
PUPILAS: () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow: 15 **PA:** **HGT:** Sat02 99

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: Após avaliação do Cirurgião
Especialista: Ortopedia 1 às : Dia / /
Especialista: 1 às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Tilatil 40mg, EV, 250r2	18:30
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Gabriel Ribeiro
CRM: 7.993
RAIO X REALIZADO EM:
18 / 07 / 19

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Panel Administrativo

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

	CBD	IDAGE
I		

lophcg/imp/preciss.php?confr=1947158&dataend=2019-07-18&horaend=18:15:04

2/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:18:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821182204900000036706367>
 Número do documento: 21011821182204900000036706367

Num. 38493571 - Pág. 87

10/01/2021 11:18:22

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		SUS Sistema Municipal de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1947233	
7 - CARTÃO DE SUS 203247150990003		8 - DATA DE NASCIMENTO 15/08/1999	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIZETE NOBREGA SILVA		11 - TELEFONE DE CONTATO 9887741920	
12 - ENDEREÇO (AV., N.º, BAIRRO) JOSE DO PRECÍPIO, 261, BODOCONGO		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	
14 - CID 10 PRINCIPAL 250400		15 - UF PB	
16 - CID 5840002		17 - CID 10 Causas Associadas 5840002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - CONdições que justificam a internação Dor no tórax			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS ECG normal			
20 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Infarto do miocárdio			
21 - CID 10 PRINCIPAL 250400			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 250400			
23 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
24 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
25 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
26 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
27 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
28 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
29 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
30 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
31 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
32 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
33 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
34 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
35 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
36 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
37 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
38 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
39 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
40 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
41 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
42 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
43 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
44 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
45 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
46 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
47 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
48 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
49 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
50 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
51 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
52 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
53 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
54 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
55 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
56 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
57 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
58 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
59 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
60 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
61 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
62 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
63 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
64 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
65 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
66 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
67 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
68 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
69 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
70 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
71 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
72 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
73 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
74 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
75 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
76 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
77 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
78 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
79 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
80 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
81 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
82 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
83 - CID 10 Causas Associadas 5840002			
84 - CID 10 Causas Associ			

HTG-Painel Administrativo

18-01102

Data da intermção: 18/07/2019 Hora: 20:04:26



6102/2081

PROIBIDO PLASTIFICAR

1660896849

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1660896849

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 3551857 SSPPB PB

CPF 121.568.484-32 DATA NASCIMENTO 15/08/1999

FILIAÇÃO FRANCISCO DE ASSIS SILVA MEDEIROS MARIZETE NOBREGA SILVA

PERMISSÃO PERMISSÃO

CAT. HAB. AB

1ª HABILITAÇÃO 27/11/2018

VALIDADE 27/11/2019

Nº REGISTRO 07169878370



OBSERVAÇÕES

CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO 27/11/2018

51129402678 PB037402021

PARAIBA

ASSINATURA DO EMISSOR

SUELIO MOREIRA TORRES





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375649/19

Vítima: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

CPF: 121.568.484-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/07/2019

Titular do CPF: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS : 121.568.484-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS
CPF: 121.568.484-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

