
Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295411

Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

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, contados 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



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295411

Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

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 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

Recebedor: **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **00000568227-0**

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0231717-20 3 - CPF da vítima: 04827802904 4 - Nome completo da vítima: Michael John de Souza Pereira

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

5 - Nome completo: Michael John de Souza Pereira 6 - CPF: 04827802904
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Eraldo Gonzaga de Albuquerque 9 - Número: 75 10 - Complemento:
11 - Bairro: Ouricuri 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58417-553
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8332241289

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)

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

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00568227

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão legível 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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 13/08/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº02957.01.2020.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 16/12/2019

Hora: 21:58:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Av Almirante Barroso, Cruzeiro, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Giradouro Que Dá Acesso a Av Pres Juscelino Kubitchek

VÍTIMA(S)

Michael John de Souza Pereira, filiação: Marilena de Souza Pereira e Juvenal da Silva Pereira, idade: 34, data de nascimento: 12/09/1985, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino médio completo, profissão: Moto Boy, documentos(s) de identificação: CPF nº 048.278.029-04, endereço: Rua Evaldo Gonzaga de Albuquerque, 75, Cruzeiro, Campina Grande, PB, ponto de referência: Medfarma, telefone: (83) 99810-7441.

TESTEMUNHA(S)

Maria Eduarda Domingos de Oliveira, filiação: Maria Adriana Domingos e Eduardo Julio de Oliveira, idade: 19, data de nascimento: 11/04/2001, identidade de gênero: feminino, nome social: Maria Eduarda Domingos de Oliveira, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Itabaiana, estado civil: casado(a), profissão: Manicure, documentos(s) de identificação: CPF nº 111.590.804-96, endereço: Rua Prefeito Antônio Luiz Coutinho, 690, Liberdade, Campina Grande, PB, ponto de referência: Churrascaria Paulistano, telefone: (83) 98873-2223.

Jhoais Felipe Coutinho, filiação: Maria do Socorro Leal e Pedro Coutinho de Castro, idade: 27, data de nascimento: 06/10/1992, identidade de gênero: masculino, nome social: Jhoais Felipe Coutinho, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: casado(a), profissão: Moto Boy, documentos(s) de identificação: RG nº 3751178 SSP/PB, endereço: Av Pres Juscelino Kubitchek, 1648, Presidente Médice, Campina Grande, PB, ponto de referência: Casa/proximo a Medfarma, telefone: (83) 99600-3041.

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca HONDA/CG150 START, modelo HONDA/CG150 START, tipo de veículo passeio, cor PRETA, ano 2014/2015, UF: PB, placa LMD-9437, chassi 9C2KC1670FR000777, renavam 01031521140, características gerais: Roubo/furto não município - Uf campina Grande - Pb marca/modelo honda/cg150 Start cor preta ano Fabricação/ano Modelo 2014/2015 chassi 9c2kc1670fr000777 renavam 01031521140 câmbio n/i motor kc16e7f000777 combustível alcool/gasolina capacidade de Passageiros 2 tipo do Veículo motocicleta nome Proprietário michael John de Souza Pereira

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

(1) Michael John de Souza Pereira (VITIMA) - Exame de Lesão Corporal Nº 172.2020



HISTÓRICO

Que a vitima na data hora e local descrito acima estava a transitar com sua moto descrita acima, momento que a vitima colidiu sua moto com um veiculo que estava a adentrar a garagem da casa porém o veiculo ficou tomando parte da via para adentrar a garagem;Que a vitima com impacto na lateral do veiculo que o mesmo nao sabe identificar qual seria o veiculo, foi lançado ao solo e posteriormente socorrido pelo samu para o hospital de trauma de campina grande pb, onde a vitima passou por procedimento cirúrgico em seu tornozelo direito onde foi colocado dois pinos.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 14 de agosto de 2020.

Demétrius Patrício L. de S.
DELEGADO DE POLÍCIA

EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO
MAY 181 826-1176
Delegado(a) de Polícia Civil

Michael John de Souza Pereira
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
Noticiante

Josenildo Sousa de Almeida
JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0231717-20 3 - CPF da vítima: 04827802904 4 - Nome completo da vítima: Michael John de Souza Pereira

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

5 - Nome completo: Michael John de Souza Pereira 6 - CPF: 04827802904
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Eraldo Gonzaga de Albuquerque 9 - Número: 75 10 - Complemento:
11 - Bairro: Ouricuri 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58417-553
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8332241289

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)

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

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00568227

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão legível 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 - PB 13/08/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000568227-0

Nr. da Autenticação ED6F6DBA05350C6E

MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
RUA VALDIO F. MOTA DE ALBUQUERQUE, 75 - CRUZEIRO
CAMPINA GRÁFICA / RJ CEP: 58417553 (AG-401)

CHFCNPJRAH 040 278 028-04

Grupo: COMERCIAL/CLASSE TETRAO / Subgrupo: B1
Classe: RES-MT, B1 / Sub-classe: RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Potência 14-401 W/2-21,5 TP Medidor 000010H0080



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

4/262991-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002629913



VALOR DA FATURA

R\$ 68,46



VENCIMENTO

29/07/2020



REFERÊNCIA

Jul / 2020



CONSUMO

84kWh

2,80 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS 1,6545% (R\$)	4,3850% (R\$)	
0001	Consumo em kWh	84	0,722070	60,65	80,65	25	15,16	60,65	0,65	3,02
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			7,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA INDEVIDA			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTAS INDEVIDAS			1,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	BÔNUS INDEVIDA			0,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	68,46	80,65	15,16	60,65	0,65	3,02
Tarifa s/ Tributos	0,467680						

RESERVADO AO FISCO 939b.b44b.70b6.9a79.e2ad.1621.63bf.4124

HISTÓRICO DE CONSUMO (KWH)

Jul/20	84
Jun/20	50
Mai/20	62
Abr/20	61

LEITURAS

Indicador de Medição 100

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/BD	14,72	21,23
Compra de Energia	21,17	30,54

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que o paciente atendido no dia 16/12/2019 nesta unidade hospitalar foi **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**, nascido em 12/09/1985, filho de Juvenal da Silva Pereira e Marilena de Souza Pereira, inscrito no RG 50527509 SSP SC e no CPF de nº 048.278.029-04, residente e domiciliado a Rua Evaldo Gonzaga de Albuquerque, 75, Cruzeiro, Campina Grande - PB, onde lê-se **MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** leia-se **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**.

Sem mais para o momento.

Campina Grande/PB, 13 de agosto de 2020

Hospital de Emergência - Trauma
Dr. E. Grande Dom. Dr. Gonzaga Fernandes

Heleísa Fernanda Silva Aragão - OAB/PB 22.893
Tel. 938.4722 - Anexos: 123456

HELOÍSA FERNANDA SILVA ARAGÃO

Assessora Jurídica do Núcleo de Auditoria do HETDLGF

Mat.: 6384722 – OAB/PB 22.893



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/12/2019

Horas: 08:05:15

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

OK

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH: 3

OK

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 19/12/2019

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>Zona de dieta</i>	<i>OK</i>
2	JELCO HEPARINIZADO	<i>OK</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	<i>OK</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>OK</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>OK</i>
6	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/12/2019 HORA: 08:04:21

ORTOPEDIA

3 DIH

PACIENTE SEGUE EM BEG,
ESTÁVEL CLINICAMENTE,
SEM INTERCORRÊNCIAS.

ESCORIAÇÕES +
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES
NV OK

PRÉ OP: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6360
CPF: 043.076.784-20

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

PA-140/90

P-71

T-35,9

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/12/2019

Horas: 09:17:26

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 2

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 18/12/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	rt
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 03FRASCO ,	18 18 22 22 22 22
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	18 18 22 22 22 22
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 18 22 22 22 22
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	6
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	rt
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	rt

EVOLUÇÃO

DATA: 18/12/2019 HORA: 09:17:15

ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM DISTERMIAS

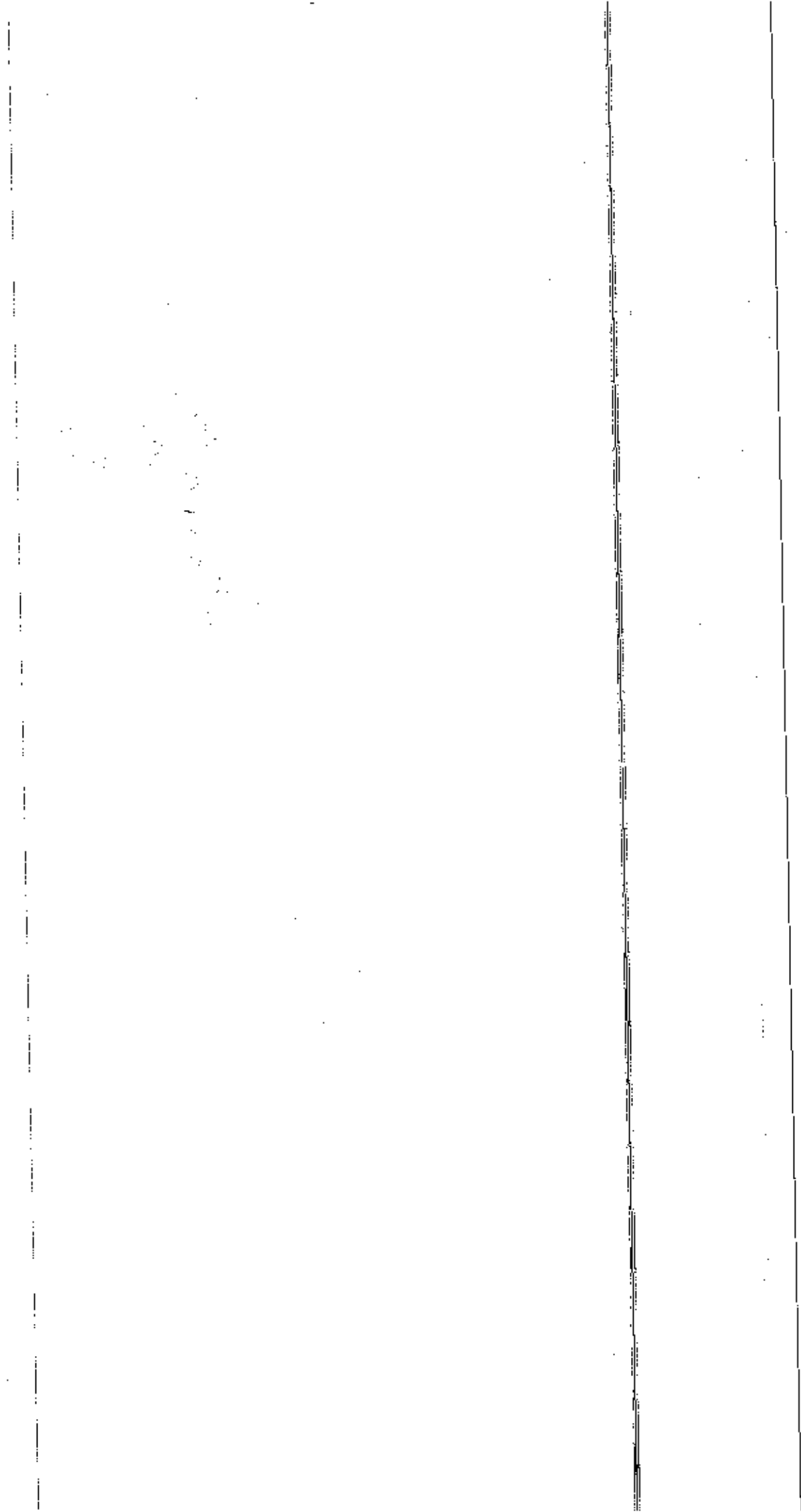
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

PRÉ OP: AGUARDA EXAMES

NV: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/12/2019

Horas: 05:48:35

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864

Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA

Data de Nascimento: 12/09/1985

Admissão: 16/12/2019 DIH - 1

Clinica: ORTOPEDIA 2

Enfermaria: 6

Leito: 3

Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 17/12/2019

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 03FRASCO ,	14 22 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	3 N
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/12/2019 HORA: 05:47:23

ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

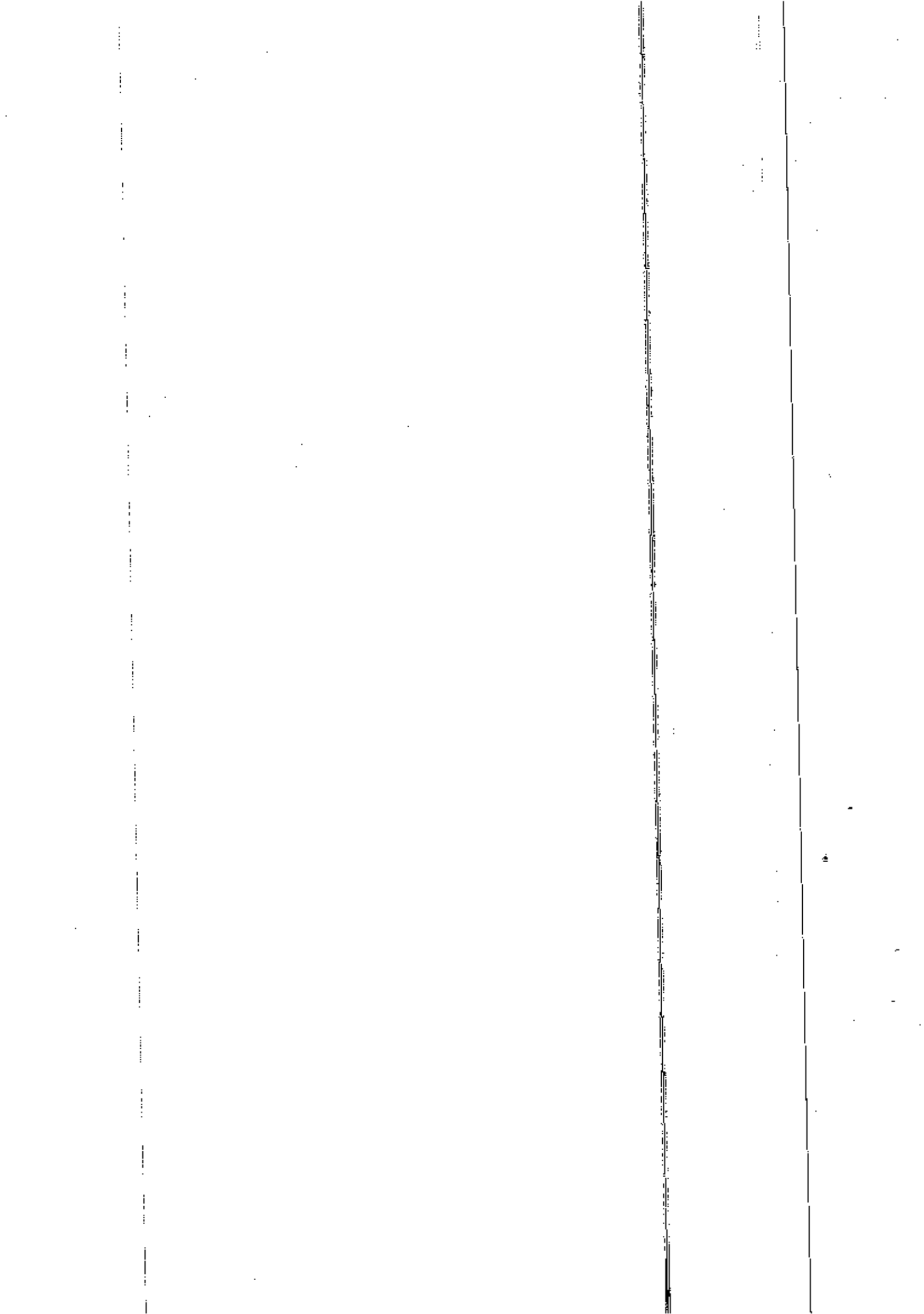
PRÉ OP: AGUARDA EXAMES

NV: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 0562



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/12/2019

Horas: 23:43:57

Médico (a) Diarista : Agnaldo Lima Pereira Junior

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 0

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL

DIA 16/12/2019

MÉDICO(A): Agnaldo Lima Pereira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 03FRASCO ,	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:16/12/2019 HORA:23:42:12

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR, EDEMA IMPORTANTE E LIMITAÇÃO DA ADM EM TORNOZELO ESQUERDO

RX COM FRATURA COM DESVIO NA INCIDENCIA AP COM ROTAÇÃO INTERNA
FRATURA INSTÁVEL
OPTADO PELO TTO CIRURGICO

CD = SOLICITO PRÉ OP

ASSINATURA + CARIMBO
Agnaldo Lima Pereira JuniorDr. Agnaldo Lima Pereira Junior
Ortopedista-Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TEOT-15263

Sr(a): MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Protocolo: 0000503584 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): AGUINALDO L. P. JUNIOR Data: 17-12-2019 08:29 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: ENF 06 - L 03

HEMOGRAMA

DATA DA COLETA: 17/12/2019 08:25]

Resultados

Valores de Referências

SERIE VERMELHA

Hemácias.....	4.59 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,1 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 à 52,5 %
Hemácias jovens.....	87 fL	80,0 à 100,0 fL
Retículo.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
Plasma.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SERIE BRANCA

	9.900 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Leucócitos.....			
Neutrófilos.....	0	0	
Linfócitos.....	0	0	
Monócitos.....	0	0	
Eosinófilos.....	3,0	297	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Basófilos.....	72,0	7.128	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Plaquetas.....	2,0	198	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Plaquetas.....	0	0	
Plaquetas.....	20,0	1.980	20 à 45 % - 1.600 à 3.500 / mm ³
Plaquetas ou Reativos.....	0	0	
Plaquetas.....	3,0	297	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
Plaquetas.....	239.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

RESERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
 Ana Cassia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: F6DE-600C-1071-D8F4-1AA8-F5AE-43CB-28D9

[illegible]

GOVERNO
DA PARAIBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA	Protocolo:	0000503584	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	AGUINALDO L. P. JUNIOR	Data:	17-12-2019 08:29	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	34 anos	Destino:	ENF 06 - L 03

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'30''

Imprimido em: 17/12/2019 08:29 |

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO..... 6'25''

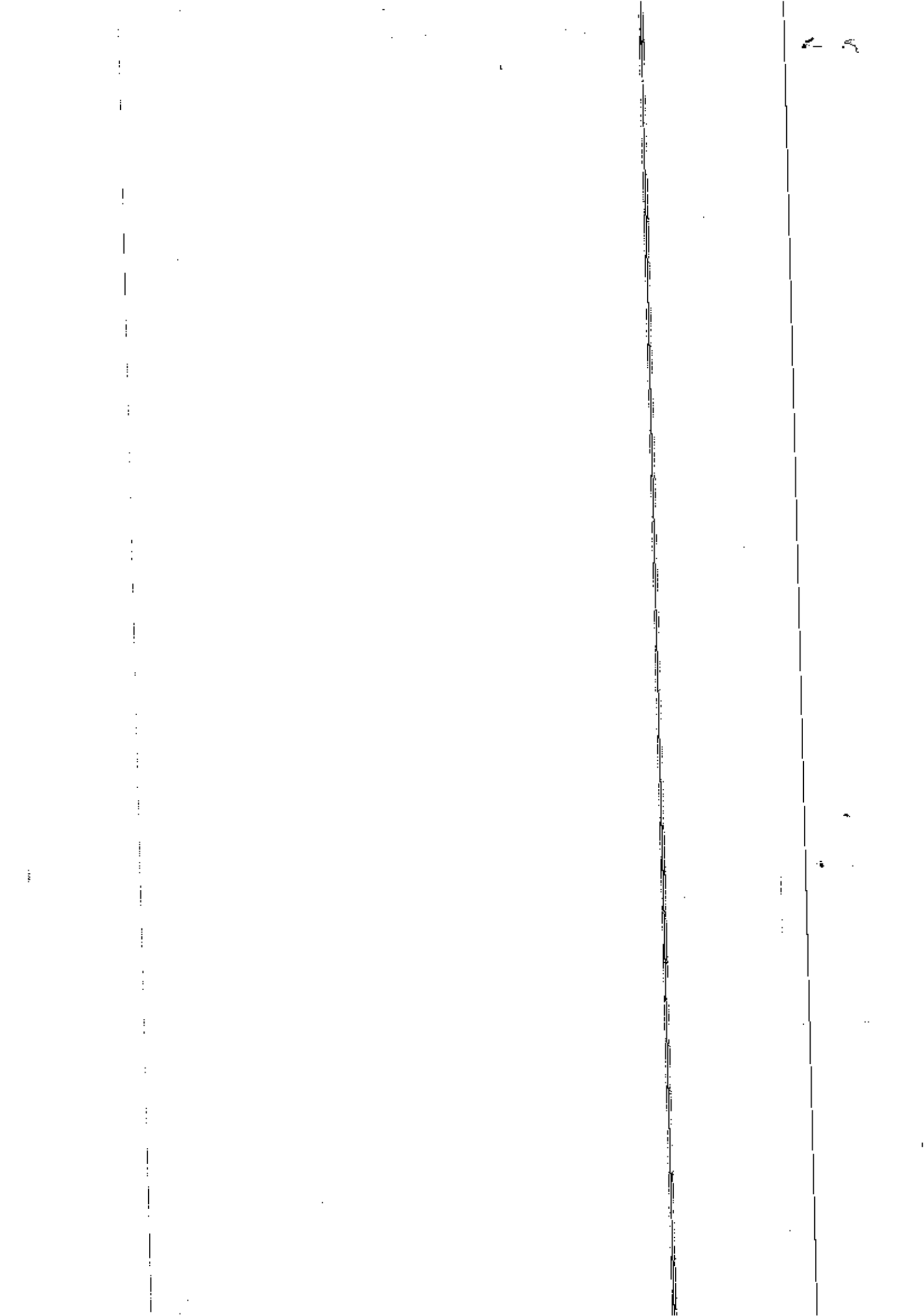
Imprimido em: 17/12/2019 08:29 |

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS


Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7285-DB8E-64E0-D757-27BE-6883-1FA0-FBF7





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Michael John de Souza Pereira Nº. 1209-85									
QI		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO	
				SUS		34 anos		13 E 2063852	
CIRURGIA					CIRURGIÃO				
Total - Cirurgias para					Dr. Muelho, MR Everaldo				
ANESTESIA					ANESTESIA				
raquer					Dr. Valdeir				
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM			
Trago		20-12-19		9:50		11h			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS				Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.			03	Cafel. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.				Cafel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.			1	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.				Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.				Cotonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml				Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.				Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml				Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml				Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml			03	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercaina % ml				Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubahin amp.				Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.				Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.			015	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Protóxido l/m				Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Queflicin ml			1	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fifa cardiaca		
	Rapifen amp.				H ₂ O ₂ ml	03	Mononylon 2-0		
	Thionembutal ml				Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.				Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES			02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
	Água Destilada amp.				Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
03	Decadron amp.				Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
02	Dipirona amp.				Luvax 7.0	03	Vicryl Sertix 1		
	Flaxidol amp.			1	Luvax 7.5		Vicryl Sertix		
	Febocortid amp.				Luvax 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.				Luvax 8.5				
	Glicose amp.			701	Oxigênio l/m 2L				
	Glucon de Cálcio amp.				Poliflix				
	Haemacel ml				PVPI Degemante ml				
	Heparema ml				PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.				Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
02	Lasix amp. Tenoxen 20				Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotilnazol.			1	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.				Seringa desc. 20 ml	1	SG Ringr fr 500 ml		
02	Prolina cefazodona			1	Seringa desc. 05 ml	L	SE fr 500 ml		
	Revivan amp.				Sonda	L	SE para cavidade		
	Stuplanon amp.				Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g				Sonda Nasogátrica	02	Percutaneous exp. gases Cr. 315		
03	Neocelina 0,5				Sonda Uretral nº	02	Articular		
03	Dormon 0,2				Sterydrem ml		MA2		
03	Dormon				Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				Vaselina ml				
03	Aguilha desc. 25 x 7			03	Gelcon 18				
	Aguilha desc. 28 x 28				Látex				
	Aguilha desc. 3 x 4,5			03	8 Vetros dos				
03	Aguilha p/ raque nº 256			03	8 Vetros desc.				
	Álcool de Enfermagem			1001	Cloroxidone				
	Álcool Iodado ml				Degemante				
L	Aladuras de Crepon 15cm								
	Aladuras de Gessada								
	Azul metileno amp.								
	Benzina ml								

EQUIPAMENTOS

02 Algodon ortopedico

Mr. J. Edgar Hoover
 U.S. Department of Justice
 Washington, D.C.

MARIANNE

Handwritten header text at the top of the page, possibly a title or date.

Handwritten notes in the upper section, including the word "MAY" and other illegible text.

Handwritten notes in the middle section, including the word "MAY" and other illegible text.

Handwritten notes in the lower middle section, including the word "MAY" and other illegible text.

Handwritten notes in the lower section, including the word "MAY" and other illegible text.

Handwritten notes at the bottom of the page, including the word "MAY" and other illegible text.



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUIR

o trabalho

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia II		
NOME:	Mickael John de Souza		
PROCEDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP:LOCAL:	MSD	GELCO Nº:	22
		AVC	<input type="checkbox"/>
		JEJ	<input checked="" type="checkbox"/>
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input checked="" type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
		<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA	
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO		<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:		COREN:	Kaline Pontes dos S. Lima
			COREN-PB 528.295-ENF

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPI: 08.778.268-0001-60

1000

1000

Médico Responsável

CONTROLLO CIRURGICO



Эксперт

Dr. Julio César Castillo
Ortopedista y Traumatólogo
Calle 10 No. 100-100, Edif. 100-100

OSab

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Michael John de Souza</u>			IDADE: <u>34 anos</u>	SEXO: <u>M</u>	COR	
DATA: <u>20/12/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura Toraxica direita</u>					ESTADO FÍSICO		RISCO: <u>NSAIE</u>	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO			
LÍQUIDOS					Satisf.: <u> </u> Excit.: <u> </u> Tosse: <u> </u>			
					Laringo espasmo: <u> </u> Lenta: <u> </u>			
					Náuseas: <u> </u> Vômitos: <u> </u>			
				Outros: <u> </u>				
CÓDIGOS					MANUTENÇÃO			
					<u>1. Cefazolina 02</u> <u>2. Dexametazona 02</u> <u>3. Dexametazona 02</u> <u>4. Tioridazina 02</u> <u>5. Salina 02</u>			
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF. <u>Sim</u> Não <u> </u>			
				Não, por quê? <u> </u>				
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					DESPERTAR			
					Reflexos na SO: <u> </u>			
					Obstr.: <u> </u> Co ₂ : <u> </u> Excit.: <u> </u>			
				Náuseas: <u> </u> Vômitos: <u> </u>				
				Outros: <u> </u>				
				Com cânula:				
				Paro o Leito Sim <u> </u> Não <u> </u>				
				CONDIÇÕES:				
PÓS-OPERATÓRIO								
AGENTES: <u>Neocurina 15mg + Dm + 60mg / Dormanol 05mg</u>								
TÉCNICA: <u>Respirometria + Sítio</u>								
OPERAÇÃO: <u>Trauma cirurgico de fratura Toraxica direita</u>								
CIRURGIÕES: <u>Ricardo - Jabo</u>								
ANESTESISTAS: <u>Valdelúcio Cesar de Abreu Junior</u> Anestesiologista CRM 9736 CPF: 034.413.044-46								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		

1950
JAN 10 1950
RECEIVED
U.S. AIR FORCE
WASHINGTON, D.C.



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: *Michael John de Souza Pereira*

IDADE:

PRONTUÁRIO:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

ENTRADA

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

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

☐ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

NÃO ✓

SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

NÃO ✓

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

NÃO ✓

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E

PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

*Obs: Paciente veio p/ o centro
cirúrgico com prótese dentária.*

ANTES DA INCISÃO ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶

PAUSA CIRÚRGICA

- ☐ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE
 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ✓
 - SÍTIO CIRÚRGICO ✓
 - PROCEDIMENTO ✓

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS? *Não, ± 60', não*

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

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) *OK*
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? *Não*

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SIM ✓

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

SIM ✓

NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO ✓

☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM ✓

☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE. *Mãe houve perca p/ exame.*

☐ HOUE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Maurício

Assinatura

Maurício G. da S.
Téc. Enfermagem
COREN-PA 12224

D-19/12/19 CX
U-19/03/20 CX

Básica Ortopédica

Ud. 1



Número do Prontuário: 173745

DATA DA CIRURGIA: 20/12/2019

Número do Atendimento: 2063864 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data da Internação: 16/12/2019

Atendimento: 2063864

Diagnostico Pré-Operatório: fx maleolo medial d

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 20/12/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: THIAGO

Anestesista: VALDELUCIO CESAR DE ABREU JUNIOR

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS

3. INCISÃO SOB MALEOLO MEDIAL D + DISSECCÃO POR PLANOS + DESMISTASIA

4. REDUÇÃO CRUENTA DE FX + FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS + 1

ARROELA E 1 FIO L 1,5 (SÍNTESE PERDIDA), SOB ESCOPIA

5. LAVADO DE FO COM SF

6. SUTURA

Data 20/12/2019

Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Da Silva Meira
CRM: 9900
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Michael John de Souza Pereira		Idade:	34a	
Convênio:			Data:	20/12/19	
Procedimento:	T10 em fx TNZ (D)				
Cirurgião:	Dr. Juliano	Auxiliar:	Dr. Evandro	Anestesista:	Dr. Valdeir
Início:	09:50	Término:	11h	Anestesia	Regm

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
11:30	111x61	69	100%	Regm / Juliano		bas int
12:35	121x73	82	98%	Stilo / Alderi	-	11
13:00	128x74	103	95%	Stilo / Alderi	+	11

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	11:00 Acto SEPA S 11/11/3830
Assinatura Anestesista	Circulante

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 + 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

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilson da Silva Idade: 32 Sexo: M Enf/Leito: 7-3

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

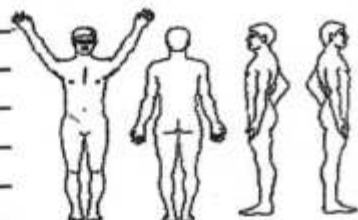
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
8:30	120/70	35,5	55	70	-	-	-	-	-	Adriana	SOG/SNG/SNE	
										520125	SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:
8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
APRAZAMENTO
RESULTADOS ESPERADOS

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Heide N. V. Pereira
 Enfermeira
 COREN-SP 12400

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

17/12/19

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: <u>Michael John</u>	Idade: <u>34</u>	Sexo: <u>M</u>	Enf/Leito: <u>G-3</u>
---------------------------	------------------	----------------	-----------------------

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (☒) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (☒) SATISFATÓRIA (☐) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (☒) ACAMADO (☐) CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
8:00	130/80	36.3	76	98	-	-	-	-	-	Adriana	SOG/SNG/SNE	
										520125	SVE	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:
8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:


 Francine Vitoria
 Enfermeira
 CRP 122484



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2063852 CLASS. DE RISCO: AMARELO

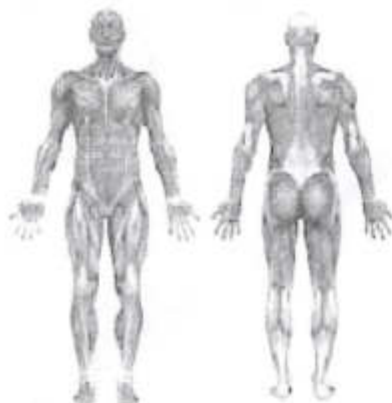
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/12/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA CEP:58400002 Nascimento:12/09/1985
Endereço:AV PRESIDENTE JUCELINO KUBISCH Sexo:M Telefone: 986095336
Cidade: Campina Grande Idade:034 Bairro:PRESIDENTE MEDICE
Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA RG: 50527509 Nº:1646
Responsável: CPF: Profissão:MOTO TAXI
Estado Civil:Solteiro(a) Data de Atend:16/12/2019 CNS:8975842587
Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO Hora: 22:33:52

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia: _____
() Gasometria arterial () Radiografias: _____
() Tomografia Computadorizada () _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Sob o (ver) cp	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TEOT. 157

REALIZADO EM: 16/12/19

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

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

Joselia Danell S. Andrade
Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

[illegible]



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES GNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/12/2019

Paciente: **MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** Idade: 034 Nº ATEND: 2063852

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 16/12/2019 HORA : 22:34:38

ESPECIALIDADE : ORTOPEdia

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

SINAIS VITAIS

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

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

ALERGIAS : NAO
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			média dor				pior dor			

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

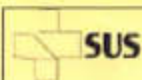
CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Data da internação: 16/12/2019 Hora: 23:39:48



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2063864

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/09/1985

9 - SEXO

Masc ☒Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARILENA DE SOUZA PEREIRA

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DE TELEFONE
83 986095336

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

AV PRESIDENTE JUCELINO KUBISCH, 1646, PRESIDENTE MEDICE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO

MUNICÍPIO
250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DA ADM EM TORNOZELO DIREITO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ANAMNESE + EX FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA

INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296772642

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

31 - DATA DA

SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA

AUTORIZAÇÃO

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



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data da Internação: 16/12/2019

Data da Alta: 21/12/2019

Registro: 2063864

Tempo de Permanência: -18247

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Diagnóstico Final:

Data: 20/12/2019

Equipe:

Cirurgião: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 13960
CPF: 043.079.784-20

Data: 21/12/2019

Assinatura/Carimbo
Eldiman Soares De Araujo

RESPONSÁVEL : Eldiman Soares De Araujo

$a^{\frac{1}{n}} = z : \cdot s.t.: u \equiv v$



GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 5

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 21/12/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira / MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	JELCO HEPARINIZADO	
4	CURATIVO	
5	TALA BOTA D	
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
11	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 21/12/2019 HORA: 07:36:41

ORTOPEDIA

1 DPO

ESTAVEL

DOR+

FEBRE -

NV OK

FO SANGUE

CURATIVOS

ALTA HOSPITALAR

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumatista-Ortopedista
CRM: 6980
CPF: 043.079.724-20

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/12/2019

Horas: 11:16:44

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 4
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 20/12/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>copiar receita</i>	cr
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	10/06
3	JELCO HEPARINIZADO	cr
4	CURATIVO	cr
5	RX DE CONTROLE	cr
6	TALA BOTA D	cr
7	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	10/06
8	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	10/06
9	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	10/06
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cr
11	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	cr
12	CURATIVOS	cr

EVOLUÇÃO

DATA: 20/12/2019 HORA: 11:16:07

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO, SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: VPM+RX DE CONTROLE

 ASSINATURA + CARIMBO
 Everlan Da Silva Meira

 Dr. Everlan Meira
 CRM-PB 9900
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

20.12.19

12h5

PA: 120180

P: 72

T: 36.9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA	
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF 50527509 SSP SC	
CPF 048.278.029-04	
DATA NASCIMENTO 12/09/1985	
RELAÇÃO JUVENAL DA SILVA PEREIRA MARILENA DE SOUZA PEREIRA	
PERMISSÃO []	
ACC []	
CAT. INFRA AP	
Nº REGISTRO 05053227587	
VALIDADE 01/08/2024	
1ª EMISSÃO 08/10/2010	
OBSERVAÇÕES EAR:	
<i>Michael J. Pereira</i> REGISTRO DE HABILITAÇÃO	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	
DATA EMISSÃO 07/08/2019	
50441294037 PBO38390551	
PARAIBA	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1838505736

PROIBIDO PLASTIFICAR
1838505736

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015455954460
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - RUA - 201900906031434 - 5º EXERCÍCIO
1 0103152114-0 00/00000000 2019

MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

04827802904 LMD9437/PB

LMD9437 RJ 9C2KC1670FR000777

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG150 START 2014 2015

2 P/149 /CI PARTIC PRETA

00/00/0000 1*

0 2*

15/10/2019 3*

SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

0

CAMPINA GRANDE - PB 15/10/2019

42609 33880

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

PB Nº 015455954460 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

2019 15/10/2019

04827802904 LMD9437/PB

01031521140 HONDA/CG150 START

2014 9 9C2KC1670FR000777

PRÊMIO TARIFARIO

SEGURO

CNPJ 06.348.608/0001-04

33880-1629148-20191015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200295411 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM TORNOZELO DIREITO COM FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 14/18/20/24
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 EM GRAU MODERADO TORNOZELO
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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231717/20

Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

CPF: 048.278.029-04

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 16/12/2019

Titular do CPF: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA : 048.278.029-04

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: 18/08/2020
Nome: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
CPF: 048.278.029-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA