



Número: **0835291-36.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **23/12/2020**

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	
NIXON DA COSTA BORBOREMA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38726 133	26/01/2021 08:49	2779539_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, 23 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200430986

Vítima: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data do Acidente: 05/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NIXON DA COSTA BORBOREMA

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: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000008497

Conta: 0000072909-8

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

Pag. 01207/01208 - carta_15R - INVALIDEZ

00010604





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0392756/20 3 - CPF da vítima: 022 999 164 58 4 - Nome completo da vítima: Nixon da Costa Barboza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPE Nº 002/2012

5 - Nome completo: Nixon da Costa Barboza 6 - CPF: 022 999 164 58
7 - Profissão: desempregado 8 - Endereço: Rua Sen. Hermes Ferreira 9 - Número: 600 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58428 870
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 98663499 3

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (257) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (109)

AGÊNCIA: 8492 CONTA: 12909 8

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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 (assinale uma das opções):

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

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 LIDER 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 (ou nascidos)? ☐ 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 LIDER 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

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

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

37 - (º) 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 30/11/2016

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 034- 2020	Responsável pelo Levantamento do Acidente: JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA	Posto/Graduação: 3º SGT PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA MONTEVIDEU/ RUA CAPITÃO JOÃO ALVES DE LIRA	Hora 14:25	Bairro PRATA
Município CAMPINA GRANDE	UF PB	
Data/Ocorrência 05/02/2020	Dia da Semana QUARTA	C/S Vítima (QT) COM (01)
Natureza do Acidente COLISÃO TRASEIRA	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA
Tempo BOM		
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA + 01 AUTOMÓVEL		Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO VERTICAL E HORIZONTAL

CONDUTOR 01

Nome: NIXON DA COSTA BORBOREMA	Sexo MASCULINO	Nascimento 18/08/1975	RG 1362363	CPF 022999164-58
Endereço: RUA ARROJADO LISBOA Nº 600, BAIRRO DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB				
1ª Habilitação 26/01/2007	Categoria AB	Registro CNH 04026895118	U F PB	Ex.Méd./Dia SIM
Data Vencimento 03/10/2021	Usava Cinto -	Usava Capacete SIM		
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO - SOCORRIDO		Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA		

VEÍCULO 01

Marca/Modelo HONDA 160	Espécie MOTOCICLETA	Placa QFO-5687	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	U F PB
Nome do Proprietário: NIXON DA COSTA BORBOREMA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 015456514650	Renavam 0109276555-4	Data da Emissão 18/11/2019		
Avarias: CARENAGEM DO PAINEL, GUIDÃO, 01 RETROVISOR, 02 PISTAS DIANTEIRO, MATA-CACHORRO, 02 ESTRIBOS, PEDAL DE MARCHA, BAGAGEIRO, 01 PISCA TRASEIRA.					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Não foi possível a oitiva do condutor haja vista o mesmo se encontrar sob cuidados médicos.

CONDUTOR 02

Nome: RUTH FERNANDES DE SOUZA	Sexo FEMININO	Nascimento 07/02/1954	RG 1906816	CPF 250730874-53
Endereço: RUA ALZIRA FIGUEIREDO, Nº 334, CATOLÊ, CAMPINA GRANDE/PB				
1ª Habilitação 31/01/1990	Categoria B	Registro CNH 02761951931	U F PB	Ex.Méd./Dia SIM
Data Vencimento 25/02/2022	Usava Cinto SIM	Usava Capacete		
Exame de Embriaguez Alcoólica Nº DE SÉRIE 05671, Nº DO TESTE 01277, RESULTADO 0,00MG/L		Destino do Condutor PERMANECEU NO LOCAL		

VEÍCULO 02

Marca/Modelo TOYOTA ETIOS	Espécie AUTOMÓVEL	Placa QFQ-1135	Categoria PARTICULAR	Município CABEDELO	U F PB
Nome do Proprietário: RUTH FERNANDES DE SOUZA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013814218883	Renavam 01088669473	Data da Emissão 03/04/2018		
Avarias: PNEU DIREITA TRASEIRA, PARA-LAMA DIREITO TRASEIRO, PARA-CHOQUE TRASEIRO, LANTERNA DIREITA TRASEIRA					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Declarou que vinha transitando pela via "B", no sentido bela Vista/Prata, ao se aproximar do cruzamento entre as vias, a mesma reduziu para entrar à esquerda, sentiu a pancada na traseira do seu veículo.



VITIMA 01		
Nome: NIXON DA COSTA BORBOREMA	Sexo MASCULINO	Nascimento 18/08/1975
Endereço: RUA ARROJADO LISBOA N° 600, BAIRRO DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB		
Viajava no Veículo N° VI	Usava Cinto -	Usava Capacete SIM
Condição da Vitima: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre		Conduzida Para: HOSPITAL DE TRAUMA

CONSTATADO
De acordo com levantamento realizado no local do acidente, vistoria na via e avarias, ficou constatado que o V1(motocicleta Honda) e V2 (automóvel Toyota Etios) transitavam pela via "B"(rua Monte Videl), no sentido bairro da Bela Vista/ Centenário e ao chegarem no cruzamento com a rua Cap. João Alves de Lira houve a colisão traseira. Observações: 1 - As vias são de boas condições, e está bem sinalizada; 2 - O Sentido de circulação da via "A" é feita em mão dupla; 3 - O Fluxo de veículo da via "B" é feita em sentido único; 4 - A Condutora do V2 retirou o veículo do local de repouso; 5 - O V2 estava com o licenciamento em atraso, desta forma feita a notificação pelo artigo 230-V do CTB; 6 - O V1 foi entregue ao senhor Gabriel Jesuino de Almeida, portador do CPF 016.247.034-70, amigo do condutor. Segue croqui anexo. Campina Grande -- PB, 20 de março de 2020.  Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Montevideu - 10,00 metros

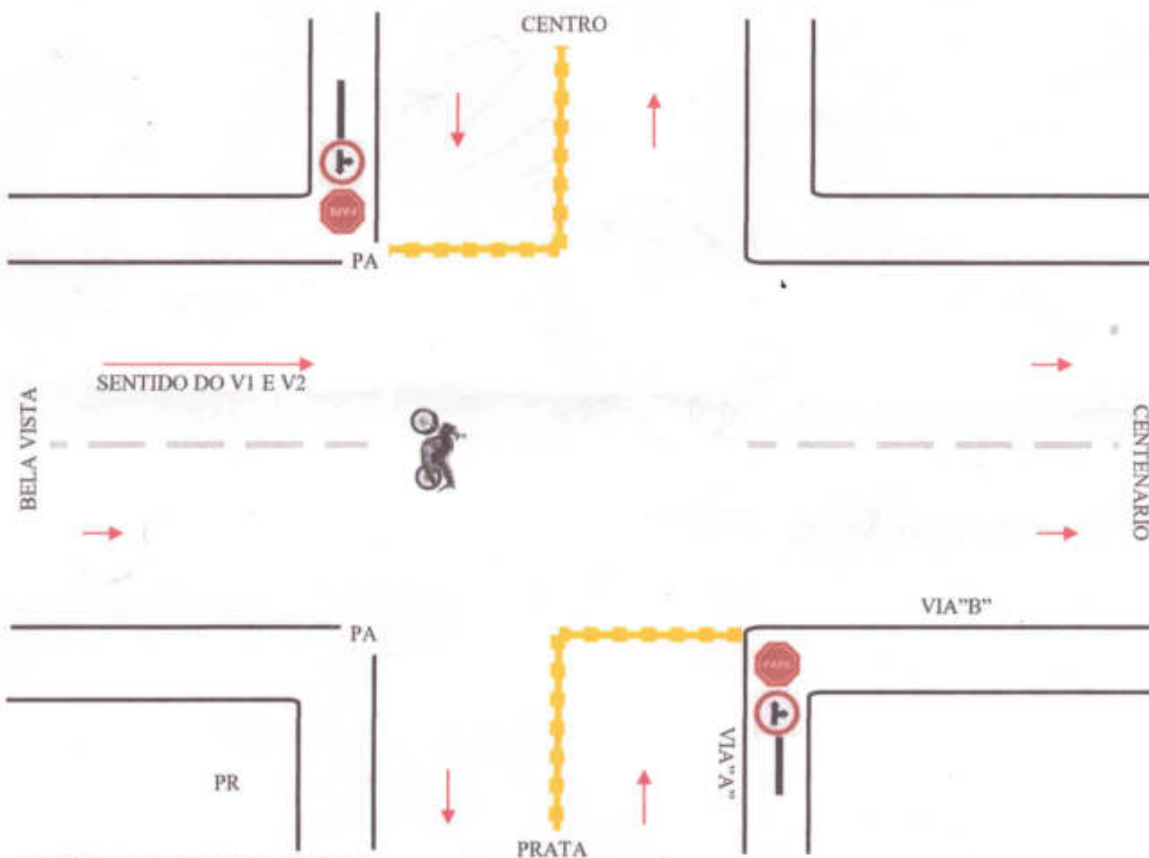
VIA "B" - Rua João Alves de Lima - 10,00 metros

PR (Ponto de Referência): Residencial São Patrício

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixo Dianteiro 07,70 e Eixo Traseiro 07,50 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Retirado do Local de repouso.



(DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA)

AVARIAS



V1

SGT PM João Alves de Almeida
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 034/2020

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
HONDA 160

Placa:
QFO-5687/PB

Responsável pelo Preenchimento:
SGT ALMEIDA

Data:
05/02/2020

MOTOCICLETAS E VEÍCULOS ASSEMELHADOS

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 ->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 ->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 ->DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
TOYOTA ETIOS

Placa:
QFQ-1135/PB

Responsável pelo Preenchimento:
SGT ALMEIDA

Data:
05/02/2020

AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X	
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 ->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 ->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas >6 ->DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB, 20 de março de 2020.

Responsável pelo Levantamento





PARAÍBA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

FOTOS DO V1



3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento





PARAÍBA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

FOTOS DO V2

FOTO (01) FRENTE, NÃO FOI POSSÍVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (02) TRASEIRA, NÃO FOI POSSÍVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (03) LADO ESQUERDO, NÃO FOI POSSÍVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (04) LADO DIREITO, NÃO FOI POSSÍVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0392756/20 3 - CPF da vítima: 022 999 164 58 4 - Nome completo da vítima: Nixon da Costa Barboza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPE Nº 002/2012

5 - Nome completo: Nixon da Costa Barboza 6 - CPF: 022 999 164 58
7 - Profissão: desempregado 8 - Endereço: Rua Sen. Hermes Ferreira 9 - Número: 600 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Compara Grande 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58428 870
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 98663499 3

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (257) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (109)

AGÊNCIA: 8492 CONTA: 12909 8

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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 (assinale uma das opções):

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

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 LIDER 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 (ou nascidos)? ☐ 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 LIDER 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

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

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

37 - (º) 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, Compara Grande - PB 30/11/2016

NIXON DA COSTA BARBOZA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 5/2/2020	HORA: 14:37 HRS	ID Nº: 2002050095
NOME:	NIXON DA COSTA BORBOREMA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	RUA MONTEVIDÉU - PRATA	
COMPLEMENTO:		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 24 de agosto de 2020.

Declecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NIXON DA COSTA BORBOREMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08497

CONTA: 000000072909-8

Autenticação:

0B08EA8DF8E95F38CF8C770D23D41124AECB27D3785B7819EBE8A54E28E38913



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Policarpo Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME SEU NÚMERO
MATRÍCULA

11356480

REFERÊNCIA

SET/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GERAL DA DA COSTA
RUA SRS BERNES FERREIRA, 600 - BELA VISTA CAMPINA
GRANDE PB 58428- 870

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.009.190.0111.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y13N702484	25/09/2013	EXTERNO	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NÚM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
183 | 186 | 3 | 32 | 07/10/2020

HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017	MS.
AGO/2020	2	PARAMETROS	EXTG.	ANALIS.	CONFORMES	
JUL/2020	1	TURBIDEZ	178	179	177	
JUN/2020	3	CLORO	178	179	175	
MAI/2020	2	PH	0	0	0	
ABR/2020	3	COR	55	179	158	
MAR/2020	1	COL TOTAIS	178	179	175	
MEDIA(M)	2	DADOS REFERENTES A: JUL/2020				

DATA DA IMPRESSÃO: 08/09/2020
HORA DA IMPRESSÃO: 12:25:44

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	3 M3	37,91
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	3 M3	30,33
CONSUMO DE ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

19/09/2020

Total a Pagar:

R\$ 68,24



05/02/2020



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:2099995

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: 58432-809 Data: 05/02/2020
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: NIXON DA COSTA

CEP:58400002

Nascimento:18/08/1975

BORBOREMA

Endereço:ARROJADO BARBOSA

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade:044

Bairro:MONTE SANTO

Nome da Mãe:

RG:

N°:600

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de
Atend:05/02/2020

CNS:704661646958421

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

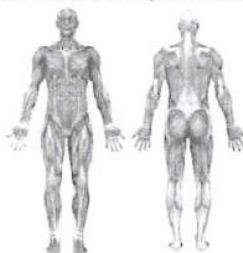
Hora: 15:16:59

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. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
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:

Acidente de moto / Trauma Torácico

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente sofreu acidente de moto e caiu de cabeça e tronco atingido, com fratura de vértebra L4, fratura de tórax esquerdo e fratura de fêmur esquerdo.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: 07/02/2020 às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipnóico 1º / 2º	15:45
2	1º / 2º	
3		
4	Torre log 10	
5	1º / 2º	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
 REALIZADO EM:
 05/02/2020

Dr. Ronaldo Gadelha
 CRM: 4739
 Cirurgia Geral

TOMOGRAFIA
 REALIZADA EM:
 06/02/2020

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578

1/3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578

Número do documento: 21012608490747000000036922578

Num. 38726133 - Pág. 13

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

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

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

[illegible]

2/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578>
 Número do documento: 21012608490747000000036922578

Num. 38726133 - Pág. 14

05/02/2020

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairim, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 05/02/2020

Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Nº ATEND: 2099995

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 05/02/2020 HORA : 15:35:03

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

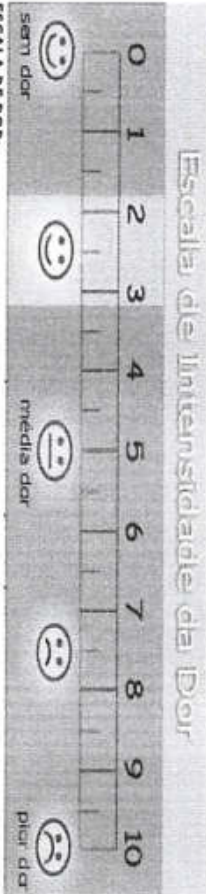
DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO
DEF. MOTORA () SIM () NÃO

ALERGIAS :
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFLAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBÍLOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

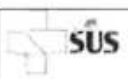
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO COREN
acolhimento
CÓDIGO: 2099995
CÓDIGO: 2099995

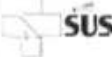


Data da internação: 05/02/2020 Hora: 16:13:09

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		6-2
Identificação do Estabelecimento de Saúde—						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES		
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES		
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856		
Identificação do Paciente—						
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
NIXON DA COSTA BORBOREMA				2100019		
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		
704661646958421		18/08/1975		Masc ☒ Fem ☐		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO		
				83		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						
ARROJADO BARBOSA, 600, MONTE SANTO						
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
Campina Grande				250400	PB	58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO—						
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS						
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTA DOR + LIMITACAO DE MOVIMENTO EM MMII E.						
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO						
AO EXAME: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E						
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)						
SEMILOGIA + EXAME FÍSICO + RADIOLOGIA						
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 OUTRAS ASSOCIADAS
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E						
PROCEDIMENTO SOLICITADO						
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO		
				05 FEB 2020		
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL			
	05		704304514628896			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
FABIO MARCOS CRISPIM LIMA			05/02/2020	05 FEB 2020		
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 SEGURO						
AUTORIZAÇÃO						
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - 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)				
/ /						



Data da internação: 05/02/2020 Hora: 16:13:09

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA 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: NIXON DA COSTA BORBOREMA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 2100019	
7 - CARTÃO DO SUS: 704661646958421		8 - DATA DE NASCIMENTO: 18/08/1975	
9 - SEXO: Masc ☒ Fem ☐		10 - TELEFONE DE CONTATO: 83	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): ARROJADO BARBOSA, 600, MONTE SANTO	
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: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTA DOR + LIMITACAO DE MOVIMENTO EM MMII E.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: AO EXAME: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): SEMILOGIA + EXAME FÍSICO + RADIOLOGIA			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E		21 - CID 10 PRINCIPAL: 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: 23 - CID 10 TERCIÁRIO: 24 - CID 10 QUATRO: 25 - CID 10 CINCO: 26 - CID 10 SEIS: 27 - CID 10 SETE: 28 - CID 10 OITO: 29 - CID 10 NOVE: 30 - CID 10 DEZ:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
26 - CLÍNICA: INTENSIFICAÇÃO		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: INTENSIFICAÇÃO	
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF: 704304514628896		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 704304514628896	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/02/2020	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA:	
37 - Nº DO BILHETE:		38 - SÉRIE:	
39 - CNPJ EMPRESA:		40 - CNAE DA EMPRESA:	
41 - CBOR:		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		44 - COD. ORGÃO EMISSOR:	
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):	
/ /			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			

Dr. Fábio Crispim
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
05 FEV 2020
CRM-PE 55030-PM-PB 9561
TEOT: 16-173





RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020

Data da Alta: 21/02/2020

Registro: 2100019

Tempo de Permanência: -18298

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSSEINTESE

Data: 21/02/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: ATB + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA +
ORIENTAÇÕES

Condições de Alta: Melhorado

Data: 21/02/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner de Melo Falcao

RESPONSÁVEL : Wagner de Melo Falcao





Santos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/02/2020

Horas: 08:36:39

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 **Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA** Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 16

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 21/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 4D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
7	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 21/02/2020 HORA: 08:27:52

ORTOPEDIA

2º DPO

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR :2/4 +

NV: PRESERVADO

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD:

ATB + XARELTO 10MG/DIA + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao

Dr. Wagner Falc
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 864.





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/02/2020

Horas: 10:26:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 14

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 19/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao / **MÉDICO(A):** Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	17
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
7	PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
8	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
9	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
10	CURATIVOS	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
11	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

EVOLUÇÃO

DATA:19/02/2020 HORA:10:25:33

PACIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO SEM INTERCORRENCIAS

CD: RX DE CONTROLE

DIETA POS RPA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

Wagner Luiz Egitô de Araujo





Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/02/2020

Horas: 06:41:26

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 15

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 20/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 18 18 18 18
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06 18 18 18 18 18
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	18 18 18 18 18 18
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	18 18 18 18 18 18
7	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	18 18 18 18 18 18
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 20/02/2020 HORA: 06:40:53

ORTOPEDIA

1 DPO

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR : 2/4 +

NV: PRESERVADO

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD:

VPM

RETIRAR DRENO

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PE 9562



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578

Número do documento: 21012608490747000000036922578

8:30h PA: 140/80 mmHg
P: 79 bpm
T: 37.2°C

RA





PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/02/2020

Horas: 06:40:24

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 13

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 18/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00 h)	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor	S/N
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	(Suspensa) 22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
8	PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	18 24 06
9	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	18 24 06
10	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
11	CURATIVOS	
12	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 18/02/2020 HORA: 06:39:31

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR :2/4 +

NV: PRESERVADO

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578

Número do documento: 21012608490747000000036922578

18 PA: 154 P. 69 t. 36.07
02 85
20
J. J. J. J. J.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 12

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 17/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 <u>(12)</u> 18 06 Salientar no quadro médico..
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18 <u>(12)</u> 18 06 Salientar no quadro médico..
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor	S/N
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	(22) Salientar no quadro médico..
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	S/N
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA:17/02/2020 HORA:07:22:57

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

13° DIH

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

CD: AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
FONE 8643

Claro RETE 24 h
de Atendimento
CRM-DO 710



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578>

Número do documento: 21012608490747000000036922578

Num. 38726133 - Pág. 25

17/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da Impressão: 17/02/2020

Horas da Impressão: 13:16:35

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 17/02/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD,	<i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten initials]</i>
2	PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	<i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten initials]</i>

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





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/02/2020

Horas: 10:32:56

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 11

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 16/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

OK
OK

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor	18 06
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	(Feito Reserviz) 22
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
7	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
8	CURATIVOS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 16/02/2020 HORA: 10:32:21

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

12 DIH

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO LIMPA

EDEMA +/4+

PREOP OK

FAZER CURATIVO

REMOVIDO FIXADOR EXTERNO; INTRODUIDO TALA COXOPODALICA ; Solicitada amopara

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578

Número do documento: 21012608490747000000036922578



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/02/2020

Horas: 09:13:41

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 10

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 15/02/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
7	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
8	CURATIVOS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA:15/02/2020 HORA:09:13:16

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

11 DIH

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO LIMPA

EDEMA +/4+

PREOP OK

FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9900



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578

Número do documento: 21012608490747000000036922578

8h
PA- 140x80
P- 75
T- 350

Realizado curativo MKIC
Maria Fátima da Silva
COREC 28 140333-TE





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M
 Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 9

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 14/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIFIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1x 18
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	1x 18
3	se dor Reconstituir 2ML ABD.	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
4	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	
6	NECESSÁRIO	
7	FAZER DE 88H	
7	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
8	CURATIVOS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/02/2020 HORA: 06:49:44

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
 SEM INTERCORRÊNCIAS
 DOR +
 DIURSE +
 FO LIMP
 EDEMA +/4+
 PREOP OK
 FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcao

Dr. Wagner Falcao
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM 8843

CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 14/02/2020
 Horas: 06:49:54
 Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

PARAIBA
 Governo do Estado



8:30h PA: 140/90 mmHg
P: 72 bpm
T: 36,2°C







Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/02/2020

Horas: 07:15:53

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 8

Clinica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 13/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	OK
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 4D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	OK
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18 18 24 24 24 24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor	18 18 24 24 24 24
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22 Falta
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA:13/02/2020 HORA:07:15:38

ORTOPEdia EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 151552



9:00h PA: 110/90 mmHg

P: 65 bpm

T: 35.4 °C
RD:





Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/02/2020

Horas: 12:26:51

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 7

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 12/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	1/8 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	1/8 24 06
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1/8 24 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG . 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO 1 dgo 06 L	1/8 24 06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	1 dgo 22 L 7/2 06
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	cte
9	CURATIVOS	cte
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	cte

EVOLUÇÃO

DATA: 12/02/2020 HORA: 12:26:36

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PS 0532



PA: 141/93 - FC: 73 - T: 35.1 Admiana
520125





Summa totius
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/02/2020

Horas: 09:12:34

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 6

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

11

DIA 11/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 2D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06 24 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06 22
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	5N
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	Atenção
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 11/02/2020 HORA: 09:12:06

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

CR/Rf

AS 06:00h
pet aceita MVP
+ medicação

obs: pet não
aceita A & Periférico
& medicação.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578>

Número do documento: 21012608490747000000036922578

11
02
20

PN: 126 / 80

FC: 80

T: 36,2

SB: 98%

Emanuelle Silva de Lima
COREN-PB 959.114-TE



10/02/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2020-02-10&contar=2100019&IDC=88585



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/02/2020

Horas: 10:10:45

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 5

Clínica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 10/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12/05 12/05 24/05
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12/05 12/05 24/05
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12/05 12/05 24/05
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	S/N
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	CS
9	CURATIVOS	CT
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 10/02/2020 HORA: 10:10:06

ORTOPEdia EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL

SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO LIMPA

EDEMA +/4+

PREOP OK

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



30.02.20

$P_A = 130,78 \text{ mmHg}$ $P = 76$ $T = 35. C$

impulso
80-60



09/02/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-02-09&contar=2100019&IDC=88328

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/02/2020

Horas: 11:43:38

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz



Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

OK

OK

DIA 09/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

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,	18 06
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	12
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	5 M 22
7	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
8	CURATIVOS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/02/2020 HORA: 11:42:28

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK

#CD: HEMOGRAMA COM LEUCOCITOSE COM DESVIO À ESQUERDA; AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA ;

Nota q/tuione por mais 4 dias.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 2537





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044
Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 09/02/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Euler Fabricio Alves Cruz /

OK

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 0D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	☒ ☒

Euler Fabricio A. Cruz
Dr. Euler Fabricio A. Cruz
R. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9937



PA- 130170

P-65





Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/02/2020

Horas: 11:26:53

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 08/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	
8	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA:08/02/2020 HORA:11:26:39

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ

EDEMA ++/4+

PREOP -

#CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

OK

OK



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578

Número do documento: 21012608490747000000036922578

08.02.2020 - 09:00hs

RA: 150 x 95 mm Hq

P: 68 bpm

T: 35°C. *Andrezza Herculan*
452195





PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/02/2020

Horas: 00:52:26

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 2

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 07/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	18 22 32
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 2D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 22 32
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18 22 32
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 22 32
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	18 22 32
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	18 22 32
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO FAZER DE 88H	18 22 32
9	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	
10	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 07/02/2020 HORA: 00:51:26

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ

EDEMA ++/4+

PREOP -

#CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RB 9985 / CRM-RN 8320



8:30h PA: 130/80 mmHg

P: 78 bpm

T: 36,2 °C







Paraíba
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/02/2020

Horas: 10:03:55

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 1

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 06/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 22 26
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 26
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 26
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO FAZER DE 88H	23 26
9	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	
10	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 06/02/2020 HORA: 10:02:50

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ

PREOP -

#CD: SOLICITO TC JOELHO E PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8965 / CRM-RN 8320



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578

Número do documento: 21012608490747000000036922578

8:30h PA: 130/70 mmHg

P: 55 bpm

T: 36,4°C

[Signature]



05/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da Impressão: 05/02/2020
 Horas da Impressão: 16:18:16
 Médico (a) Diarista : Fabio Marcos Crispim Lima



Somos todos
PARAÍBA
 Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044
 Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico: **6.2**

DIA 05/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
4	Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	

Dr. Fabio Crispim
 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
 05 FEV 2020
 CRM-PE 23.113-0/PM-PE 9551
 TEOD 16.173

10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2020-02-05&contar=2100019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578

Número do documento: 21012608490747000000036922578

Num. 38726133 - Pág. 49



Sr(a): NIXON DA COSTA BORBOREMA Protocolo: 0000514164 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ Data: 16-02-2020 12:45 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 44 anos Destino: ENF 06 - L 02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/02/2020 12:39]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.5 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,0 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	39,5 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	88 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	12.700 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	508
Segmentados.....	75,0	9.525
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	20,0	2.540
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	1,0	127
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	607.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Emissão : 16/02/2020 12:13 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B7E2-81A2-C414-4B91-D7D7-DF6B-73D0-9B75





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Mixon da Costa Barbosa IDADE: 44 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 06/02/2020

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica N () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus N () Insut. Cardíaca Congestiva N () Insuficiência Coronariana N
() Arritmias () insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ ☒ Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR, 2, 20

FC: 57 b.p.m P.A.: 130 x 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

Ass. do Médico

Mixon da Costa Barbosa
Cardiologista
CRM-PB 5453 - RQE 3024

ANEXO 042



Número do Prontuário: 62525 DATA DA CIRURGIA: 05/02/2020

Número do Atendimento: 2100019 Clin: ORTOPEdia 2 / Enf: 2 / Lci: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020

Atendimento: 2100019

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR Data da Cirurgia: 05/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista: diego

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MIE

6- LIMPEZA COM SF0.9%

07- CURATIVOS

Data 05/02/2020

Assinatura/Carimbo
Andre Ribeiro Araujo De Menezes





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Mixon da Costa Barbosa		Idade:	44 anos
Convênio:			Data:	03/02/20
Procedimento:	Fixação externa fr. platô tibial (E)			
Cirurgião:	Dr. André	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Diego	
Início:	17:25	Término:	18:10	Anestesia Raqui

[illegible][illegible]

Observações:
Assinatura Anestesista
Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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

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

Isabela Donato
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 4180

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

24/11/2019 14:00

Processo 38726133-0

10/11/2019 14:00

Processo 38726133-0

10/11/2019 14:00

Processo 38726133-0

10/11/2019 14:00

10/11/2019 14:00

10/11/2019 14:00

10/11/2019 14:00

10/11/2019 14:00

Processo 38726133-0

Processo 38726133-0

Processo 38726133-0

Processo 38726133-0

Processo 38726133-0

Processo 38726133-0

Processo 38726133-0



Sr(a): NIXON DA COSTA BORBOREMA Protocolo: 0000512413 RG: NACINE JORNADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 06-02-2020 12:46 Origem: CLINICA OPTICA DCA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 44 anos Destino: EST-0001.02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 06/02/2020 12:44]

Resultados

Unidade de Medida: SI

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.90 milhões/mm ³	3.90 x 10 ⁹ /mm ³
Hemoglobina.....	11,4 g/dL	11,4 g/dL
Hematócrito.....	34,5 %	34,5 %
V.C.M.....	88 fL	88 fL
H.C.M.....	29 pg	29 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	33 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	17.000 /mm ³	(/mm ³)	17,000 /mm ³
Neutrófilos.....	0	0	0
Linfócitos.....	0	0	0
Mielócitos.....	0	0	0
Monócitos.....	0	0	0
Eosinófilos.....	6,0	1.020	6,0
Basófilos.....	80,0	13.600	80,0
Segmentados.....	1,0	170	1,0
Contagem de Plaquetas.....	375.000 mm ³	375.000 mm ³	375.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Suelio Moreira Torres do Menado Torres
Gerente Geral
Laboratório

Este laudo foi assinado digitalmente em 26/01/2021 08:49:07 por SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	NIXON DA COSTA BORBOREMA	Protocolo:	0000512413	RG:	NÃO INFORMADO
Dia):	JULIO CESAR CASTRO	Data:	06-02-2020 12:46	Origem:	CLÍNICA ORTOPÉDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	44 anos	Destino:	ENF 06 - L 02

GLICEMIA

[A B - C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z]

Resultado: 163 mg/dL

Exatidão anterior:

Condição: Sem jejum

Unidade: mg/dL

Exatidão anterior: 100 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA: 70 a 100 mg/dL

Carlos Felipe Souza de Almeida
Biólogo
CRB 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E36F-C7E3-1ED4-EC41-8C63-1C43-7BA6-E6CA



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	NIXON DA COSTA BORBOREMA	Protocolo:	0000512413	RG:	NAO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	Data:	06-02-2020 12:46	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS DE LUIZ G. FERNANDES	Idade:	44 anos	Destino:	ENF 09 - L 02

TEMPO DE COAGULACAO 8' 00"

DATA DA ÚLTIMA HEMOGLOBINA: 01/01/2020

REVISÃO DA ÚLTIMA HEMOGLOBINA:

REVISÃO DA ÚLTIMA HEMOGLOBINA:

VALORES DE REFERÊNCIA

DE 1 A 12 MINUTOS

Carlos Felipe Souza de Almeida Brito
Biotecnólogo
CRM 3408

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 097C-A178-CE37-8760-88C7-1639-PE00-E91E



PNCQ
Programa Nacional
de Controle da Qualidade



HOSPITAL <i>de Emergência e Trauma de C Grande</i>		COD <i>Zont: 2100019</i>
PACIENTE <i>Nixon da Costa Barborema</i>		DATA <i>05/02/20</i>
MÉDICO <i>Dr. André</i>	CRM	CONVÊNIO
PROCEDIMENTO <i>Fix. cirurg. fix. externa dos ossos da Perna</i>		0226



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	<i>01</i>	<i>Fixador externo GD - T400</i>	
02	<i>01</i>	<i>Pinos e Fios metálicos</i>	
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

GD RUFINO LTDA EPP - T. (19)3806-4251
 CEP: 13605-835
 Rua: Técnico: Wilson de Martino
 - CREA-SP N.º: 5070023503
 Pinos e Fios Metálicos GDFIX (Estéril)
 Cód.: PS12045 - Pino de Schanz GDFIX
 Modelo: #5,0x200mm - Rosca Paralela
 Lote: 003812/19 Fabricação: 06/2019
 Validade: 06/2022 Proibido Reprocessar
 Material: Aço Inox ASTM F138
 Registro na ANVISA n.º: 00542260025

MÉDICO _____
 HOSPITAL _____

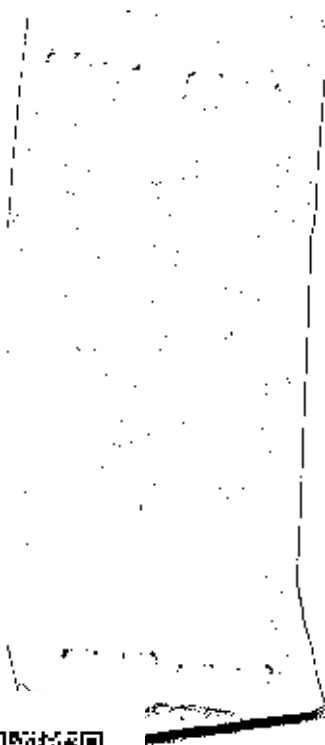
INSTRUMENTADOR *Josiane*

CNPJ: 26.051.266/0001-57 | INSC. ESTADUAL: 20.456.669-0 | AV. SENADOR SALGADO FILHO, 1718 - TIROL WAY OFFICE, SALA 912 - TIROL
 NATAL/RN - CEP: 59.022-000 | PLANTÃO 24HS (83) 98838-2091 / (84) 99682-3828 | E-MAIL: LSiNATAL@GMAIL.COM



0039, 90710, LTR, PP
 CNPJ: 08.435.541/0001-38 TEL: (11) 3806-4451
 Av. Padre Getúlio, 2039 - Tucuruá - Moji Mirim/SP CEP: 13.006-8.334
 Insc. Est. 07.000.222-02
 Resp. Téc. Lic.: Nilson Aparecido Marinho CRM-SP N° 3070022202
 a) Fixador Externo Estático Para Ossos Médios e Longos
 Material: Aço Inoxidável / Alumínio
 REF: FX0106 - GDFIX Grande Duplo T400/200
 LDT: 003864/19 QTD: 01 05/2015
 06/2022 Reg. ANVISA Nº: 80842280004
 STERILE
 Para maiores informações consultar instrução de uso
 ou visitar o site: www.fixador.com.br de acordo com o IN 06/2014







Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico:

6.2

DIA 05/02/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	02 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	24 06
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO FAZER DE 88H	24

Dr. Fabio Crispim
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
05 FEV. 2020
CRM-PE 23.113 CRM-PB 9561
TEOT 16.173





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 05/02/2020
Horas da Impressão: 17:16:30
Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

6.2

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 05/02/2020

Item	Prescrição	Apazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	08
2	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24



Sr(a): NIXON DA COSTA BORBOREMA Protocolo: 0006512831 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA Data: 03-02-2020 16:05 Origem: CLÍNICA ORTOPÉDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 44 anos Destino: ESF-05-1.02

6.2

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 03/02/2020 16:05]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.16 milhões/mm ³	4.2 a 5.2 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11,8 g/dL	12.0 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	36,0 %	40.0 a 50.5 %
V.C.M.....	87 fL	87.0 a 102.0 fL
H.C.M.....	28 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	12.600 /mm ³	4.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofilos.....		
Primitivos.....	0	0
Mielóides.....	0	0
Metamielóides.....	0	0
Bastonetes.....	7,0	892
Segmentados.....	73,0	9.198
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	16,0	2.016
Atípicos ou Escleróticos.....	0	0
Monócitos.....	4,0	504
CONTAGEM DE PLACQUETAS.....	437.000 mm ³	150.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Assinatura
Ana Carolina Miguel Agra
Biomédica
CRM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: A264-2-38-1851-DE12-2130-28A5-46E2-4C77



19/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mul. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.

Data: 19/02/2020

NOME: Wagner Luiz E de Araujo



PARAÍBA
Governo do Estado



Semear é cuidar
PARAÍBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 62525

DATA DA CIRURGIA: 19/02/2020

Número do Atendimento: 2100019 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020

Atendimento: 2100019

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: Data da Cirurgia: 19/02/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO + FIXAÇÃO COM

02 PLACAS EM L DE 10 FUROS + PARAFUSOS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 19/02/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz E de Araujo





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Hixon da Costa Borboremas		Idade:	44a	
Convênio:	SUS		Data:	19/02/20	
Procedimento:	Int. Cirurgico de fratura de Placa Tibial (E)				
Cirurgião:	Dr. Bruno	Auxiliar:	Dr. Kauler	Anestesista:	Dr. Almir
Início:	07:00	Término:	09:45	Anestesia	Raque

[illegible][illegible]

Observações:
Assinatura Anestesista
Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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

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


Dr. Isabela Pinheiro de Souza
Anestesiologista
CRM-PB 4160

Assinatura do anestesista





SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia II		
NOME:	Nixon da Costa Barbosa		
PROCEDIMENTO:			
☐ AVP:LOCAL:	GELCO Nº:	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		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:		



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

MOD 06F



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Processo de 2018/08/22
 P 1000 12 000 P
 Relat 3 2018/08/22 10:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 24:00
 03:12 04:00 05:00 06:00 07:00 08:00 09:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 24:00

10 p 10

10

10

10

10

.....(0.8)

OR

50

10

....(1)

10

10

10

10

10

F .. 1000 12 000 P

10

10

Processo de 2018/08/22
 P 1000 12 000 P
 Relat 3 2018/08/22 10:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 24:00

10

10

10

10

10

10

10

10



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>NIXON DA COSTA BONFENHA</i>		IDADE	SEXO <i>M</i>	COR <i>-</i>	
DATA <i>19/02/2020</i>	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			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>FRAT. PLATÓ" TIBIAL E.</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO		
LÍQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
CÓDIGOS					MANUTENÇÃO		
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO: O					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					DESPERTAR		
POSIÇÃO					Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
AGENTES	<i>PROF. ENFERMAGEM: V. DI. BONFENHA, 12/02/2020</i> <i>PLANEJ. ANESTÉSICO: V. DI. BONFENHA</i> <i>MED. CIRURGICA: O. / 1544 P. 02</i> <i>IGNACIO + EULER + WAGNER</i> <i>ALAN</i>				Com cânula:		
TÉCNICA					Paro o Leito Sim _____ Não _____		
OPERAÇÃO					CONDIÇÕES:		
CIRURGIÕES					CÂNULAS		
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/01/2021 08:49:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012608490747000000036922578

Número do documento: 21012608490747000000036922578

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMATISMO

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

NILSON DA COSTA BORDABERRA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

2100019

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRÚRG. DE FRAT. DE PLATO TIBIAL (ESP.)

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PLACA EM L 4,5 LADO ESQ. JOF		01	
PLACA EM L 4,5 LADO DIR. JOF		01	
PARAF. CORTICAL 4,5 x 22		01	
" " 4,5 x 30		02	
" " 4,5 x 36		02	
" " 4,5 x 38		01	
" " 4,5 x 40		01	
PARAF. ISOMÉTRICO 6,5 x 60	R-15	01	
" " 6,5 x 70	R-16	01	
" " 6,5 x 80	R-16	01	
" " 6,5 x 80	R-32	01	

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

19.02.2020

DR. BEWDO BRILHANT. +

OBSERVAÇÕES

DR. EULLER + DR. WAGNER

CK DE C. FRAT. 4,5 Nº 116

CK DE PARAF. 4,5 Nº 161

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 9906

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

AMIRCE





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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Mixon Idade: 44 e Sexo: M Enf/Leito: 6-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

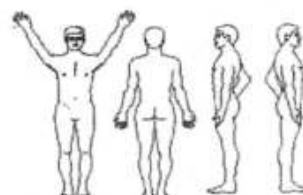
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

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



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

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

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

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
											SOG/SNG/SNE	
											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	
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO	() ABDOME DISTENDI () ANOREXIA	
	() HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL	
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	(X) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO	
	() OUTRO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA	
	() OUTROS	() RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS	
	() OUTRO	() TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR	(X) DIFICULDADE PARA VIRAR-SE	
	(X) PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() MOVIMENTOS DESCONTROLADOS	
RISCO DE INFECÇÃO	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS		
	(X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL			() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA			
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL			
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		diário	(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO			
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() 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			
(X) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO			
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		diário diários	(X) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS			
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			
OUTRO			(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO

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? (X) SIM () NÃO

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Érika de Sousa Miranda
COREN-PB 102581-ENF



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nixon da Costa Idade: 44 Sexo: M Enf/Leito: 6-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias ☒ Qual? Dipirona 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

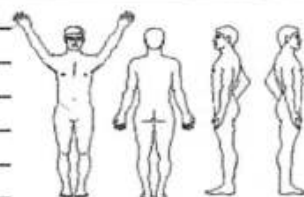
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS:

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
09:00	154-85	36,0	69							<i>[Assinatura]</i>	SOG/SNG/SNE	
											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 (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 A PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() 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 DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A 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 () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Izabelle N. Vitorino Araújo
COREN-PB 122484 - ENF



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

NOME
NIXON DACOSTA BORBOREMA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR DE
1362363 SSP PB

CIV 022.999.164-58 DATA NASCIMENTO 18/08/1975

PERIÇÃO
SEVERINO BORBOREMA
GERALDA DA COSTA
BORBOREMA

PERMISSÃO ☐ ACC ☐ CCEMS ☐ AS ☐

Nº EMISSÃO 94026895118 VALIDEZ 03/10/2021 26/01/2007

OMENSAÇÕES

Atenção: por questão de integridade, a assinatura não é impressa.

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 05/10/2016

00225596565
98033333467

DETRAN, PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1289283436

PROIBIDO PLASTIFICAR
1289283436



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200430986 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIXON DA COSTA BORBOREMA **Data do acidente:** 05/02/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO / PLACA E PARAFUSOS). P.41/56
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200430986 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIXON DA COSTA BORBOREMA **Data do acidente:** 05/02/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO / PLACA E PARAFUSOS). P.41/56
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342756/20

Vítima: NIXON DA COSTA BORBOREMA

CPF: 022.999.164-58

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/02/2020

Titular do CPF: NIXON DA COSTA BORBOREMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

NIXON DA COSTA BORBOREMA : 022.999.164-58

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: 30/11/2020
Nome: NIXON DA COSTA BORBOREMA
CPF: 022.999.164-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

NIXON DA COSTA BORBOREMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

