

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210113318

Cidade: Inga

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: eraldo vitorio juvino de lira

Data do acidente: 25/09/2020

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de fêmur direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 70°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos. Apresenta claudicação da marcha, hipotrofia muscular da coxa direita, limitação de mobilidade e déficit de força motora do joelho direito.

Sequelas permanentes: Redução funcional moderada do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/06/2021

Conduta mantida:

Observações:

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

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210113318

Nome do(a) Examinado(a): Eraldo vitorio juvino de lira

Endereço do(a) Examinado(a): rua profa helena martins de oliveira, 0, , Itatuba/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/PB / 4912761

Data e local do acidente: 25/09/2020 - Itatuba/PB

Data e local do exame: 14/06/2021 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura de fêmur direito.

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

Realizado tratamento cirúrgico, osteossintese com placa e parafusos.

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

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 70°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

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

Sim

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

Sim

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

Apresenta claudicação da marcha, hipotrofia muscular da coxa direita, limitação de mobilidade e deficit de força motora do joelho direito.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Joelho Direito - Médio - 50%

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



Dr. João Antônio F. Tadeu
Especialista em Traumatologia
CRM 101.119

João Antônio F. Tadeu

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210113318

Vítima: eraldo vitorio juvino de lira

Data do Acidente: 25/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERALDO VITORIO JUVINO DE LIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210113318

Vítima: eraldo vitorio juvino de lira

Data do Acidente: 25/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDIANA JUVINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210113318

Vítima: eraldo vitorio juvino de lira

Data do Acidente: 25/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDIANA JUVINO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210113318

Vítima: eraldo vitorio juvino de lira

Data do Acidente: 25/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDIANA JUVINO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210113318

Vítima: eraldo vitorio juvino de lira

Data do Acidente: 25/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIANA JUVINO DA SILVA

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: **EDIANA JUVINO DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000733**

Conta: **000868612199-1**

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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL 3210113318	CPF da Vítima	Nome completo da vítima ERALDO VITORIO DE LIRA
--	---------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDIANA JUVINO DA SILVA		CPF titular da conta 058.048.224-38	Profissão AGRICULTORA
Endereço PROF. HELENA N. M. DE OLIVEIRA		Número S/N	Complemento
Bairro SANTO ANTONIO	Cidade ITATUBA	Estado PB	CEP 58.378-000
Email ELYSSEN.BRUNO@HOTMAIL.COM		Telefone (DDD) (83) 98882-1425	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA
 ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0733 D/V. <input type="checkbox"/>		CONTA NRO. 868612199 D/V. 1		BANCO Nome _____ NRO. _____			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)			

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

ITATUBA 02 de AGOSTO de 2021
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

x EDIANA JUVINO DA SILVA
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: _____

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

5 - Nome completo: Eraldo Vitorio Junior de Lira 6 - CPF: 140.974.674-76
 7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Profª Helena Neves M. de Oliveira 9 - Número: SIN 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Santa Antonia 12 - Cidade: Itatuba 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58378-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (83) 98882-7425

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Ediana Junior da Silva
 18 - CPF do Representante Legal: 058.048.224-38 19 - Profissão do Representante Legal: Agricultora
 Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (101) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal (10)
 AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00011843
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 filhas, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ver nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itatuba, 6/4/21

EDIANA JUNIOR DPVAT 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 _____ 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: _____

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

5 - Nome completo: Eraldo Vitorio Junior de Lira 6 - CPF: 140.974.674-76
 7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Profª Helena Neves M. de Oliveira 9 - Número: SIN 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Santa Antonia 12 - Cidade: Itatuba 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58378-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (83) 98882-7425

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Ediana Junior da Silva
 18 - CPF do Representante Legal: 058.048.224-38 19 - Profissão do Representante Legal: Agricultora
 Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (101) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal (10)
 AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00011843
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 filhas, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ver nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itatuba, 6/4/21

EDIANA JUNIOR DPVAT 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 _____ 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL 3210113378	CPF da Vítima 140.994.674-76	Nome completo da vítima ERBALDO VITÓRIO SÚVIMO DE LIMA
--	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ERIANA JULIANO DA SILVA		CPF titular da conta 058.048.724-38	Profissão A CONSULTORA
Endereço PROF. HELENA N. N. DE OLIVEIRA		Número 919	Complemento
Bairro SANTO ANTONIO	Cidade ITATUBA	Estado PA	CEP
Email			Telefone (DDD) 83 8882-7425

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0733 DV <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Name <input type="text"/> NRO <input type="text"/>	
CONTA NRO. 00011843 DV 0 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> DV <input type="checkbox"/> CONTA NRO. <input type="text"/> DV <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

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

ITATUBA, 17 de MAIO de 2021
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ERIANA JULIANO DA SILVA
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAIBA
POLÍCIA MILITAR
8º BPM / 3ª CIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº

Nº CIOP/COPOM:

LOG/SUB: 8º BPM/3ª Cia	Data da Ocorrência: 26/09/2020	Hora: 00h30min	Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e Nº): PB 090 QUE LIGA AS CIDADES DE INGA À ITATUBA
Ponto de Referência: NAS PROXIMIDADES DO BAR DO ÍNDIO			
Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO			Código da Ocorrência:
Comandante da Guarnição (Nome, Posto/Grad. e Matrícula): SD JOADERCY 526.390-6		Prefixo da Viatura: 7078	
Motorista (Nome, Grad. e Matrícula): SD CAMPOS 526.454-5	Patrulheiro 01 (Nome, Grad. E Matrícula): SD MARCUS 630.029-1	Patrulheiro 02 (Nome, Grad. E Matrícula):	
Nome Completo do Solicitante: ENFER. ISABELA CRISTINA PALMEIRA BELARMINO		Número (s) do (s) Telefone (s) do Solicitante (s): () () ()	
Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): SAMU (INGA-PB)			

Acusado (s)

Nome Completo:	Data de Nascimento (d/m/a):
Nome Completo da Genitora:	Nº RG/Órgão Expedidor:
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):	Nº CPF:
Ponto de Referência:	Nº CNH:
Informações Biométricas:	Profissão Declarada:
Cor da pele: _____ Altura Estimada: _____ Cor dos cabelos: _____ Cor dos olhos: _____	Completção Física: () Normal; () Magro; () Gordo
Marca (s) Característica (s) (Assinalar): () Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros _____	Alcunha:
(Descrever Marca Característica):	

Nome Completo:	Data de Nascimento (d/m/a):
Nome Completo da Genitora:	Nº RG/Órgão Expedidor:
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):	Nº CPF:
Ponto de Referência:	Nº CNH:
Informações Biométricas:	Profissão Declarada:
Cor da pele: _____ Altura Estimada: _____ Cor dos cabelos: _____ Cor dos olhos: _____	Completção Física: () Normal; () Magro; () Gordo
Marca (s) Característica (s) (Assinalar): () Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros _____	Alcunha:
(Descrever Marca Característica):	

Vítima(s)

Nome Completo: BRENÓ DE LIMA OLIVEIRA	Data de Nascimento (d/m/a): 31/07/1998
Nome Completo da Genitora: ANDREIA DE LIMA OLIVEIRA	Nº RG/Órgão Expedidor: 4.305.663 SSP/PB
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): RUA SÃO LUIS S/N, BAIRRO SÃO JOSE, INGA-PB	Nº CPF: 130.686.214-69
Ponto de Referência:	Nº CNH:
Informações Biométricas:	Profissão Declarada: NÃO DECLARADA
Cor da pele: _____ Altura Estimada: _____ Cor dos cabelos: _____ Cor dos olhos: _____	Data de Nascimento (d/m/a): 20/03/1997
Marca (s) Característica (s) (Assinalar): () Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros _____	Nº CPF: 130.821.954-74
(Descrever Marca Característica):	Nº CNH:
Profissão Declarada: AGRICULTOR	

Testemunha(s)

Nome Completo:	Data de Nascimento (d/m/a):
Número (s) do (s) Telefone(s) da Testemunha(s): () () ()	Nº RG/Órgão Expedidor:
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):	Nº CPF:
Ponto de Referência:	Nº CNH:
Informações Biométricas:	Profissão Declarada:
Cor da pele: _____ Altura Estimada: _____ Cor dos cabelos: _____ Cor dos olhos: _____	Data de Nascimento (d/m/a):
Marca (s) do (s) Telefone(s) da Testemunha(s): () () ()	Nº RG/Órgão Expedidor:
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):	Nº CPF:
Ponto de Referência:	Nº CNH:
Profissão Declarada:	



AUTENTICAÇÃO
11.03.2021
ALAG5050-2650

CARTÓRIO DE 7º DISTRITO DE MOYAS E PROTESTOS - INGLÁZIA - PB
Rua Frei João Ferreira 4 - centro - Inglázia - PB (CEL: 3364-1111)

Arma(s) de Fogo Apreendida(s)

Arma(s) de Fogo Apreendida(s)					
Tipo:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
Tipo:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:

Cartucho (s) apreendido (s)

Quantidade:	Calibre:	Tipo:
Quantidade:	Calibre:	Tipo:

Outro (s) Objeto (s) apreendido (s)

Relato da Ocorrência

Relato que por volta das 00:30 do dia 25/09/2020 fomos solicitados pelo SAMU da cidade de Ingá-PB através do COPOM da 3ª Cia do 8º BPM para irmos até a UPA local, pois queriam a presença da guarnição, nos deslocamos de imediato para saber do que se tratava, ao chegarmos à unidade fomos recebidos pela equipe do SAMU, Dra Isabella e a enfermeira Isabela Cristina Palmeira Belarmino, as quais nos informaram de um acidente que havia ocorrido na PB 090 que liga as cidades de Ingá a Itatuba entre duas motocicletas e um animal (vaca). BRENO DE LIMA OLIVEIRA pilotava uma motocicleta Honda pop, branca, placa QSB-1973 e levava de coroa ERALDO VITORIO JUVINO DE LIRA, quando bateram em uma vaca que estava na pista, também se envolveram no acidente, DANIEL DA SILVA FELIX que estava pilotando uma motocicleta Honda fan 150, placa OFE-9145, preta e uma quarta vítima que estava de coroa com Daniel, HERIVELTO SALES DA SILVA, a qual já havia sido socorrida para o hospital de trauma de Campina Grande-PB pela ambulância da cidade de Itatuba, sendo assim a guarnição não obteve informações sobre esta vítima.

Os demais envolvidos no acidente, quando chegamos a UPA de Ingá-PB, já haviam sido socorridos pelo SAMU da cidade de Ingá-PB com o apoio do SAMU da cidade de Alagoa Grande-PB e já estavam recebendo os primeiros atendimentos, Herivelto Sales da Silva e Daniel da Silva Felix estavam com escoriações pelo corpo, porém conscientes, mas Breno de Lima Oliveira não resistiu aos ferimentos e morreu antes de dar entrada na UPA de Ingá, seu corpo se encontrava dentro da vtr do SAMU de Ingá, a qual estava no estacionamento da unidade, entraram em contato com a central de polícia civil de Itabaiana-PB e foram orientados pelo agente Neno a aguardar a chegada da guarnição da PM para efetuar os procedimentos de remoção do corpo do interior da vtr do SAMU e liberar a equipe do SAMU de Alagoa Grande para retornar à base.

Já na UPA de Ingá a guarnição da PM entrou em contato com a DP de Itabaiana e a delegada, Dr Reneta, informou que, como havia a presença de uma médica na equipe do SAMU e necrotério na UPA para alojar o corpo, ela poderia realizar o procedimento e remover o corpo do interior da vtr do SAMU liberando assim a mesma.

OBS: No momento que fomos acionados para esta ocorrência, estávamos realizando PB na cadeia pública de Ingá, por determinação do Det. Diego CPU do dia, pois nesse instante estava havendo ameaça de resgate de um dos detentos (jefinho), que este preso na unidade prisional de Ingá-PB, porém fomos atender a ocorrência com o SAMU e em seguida retornamos para cadeia pública de Ingá para dar continuidade a determinação do CPU.

KM INICIAL 76.348
KM LOCAL E FINAL 76.350

Joadercy dos Santos Batista
JOADERCY DOS SANTOS BATISTA - SD QPC
MATRÍCULA - 526.390-5
CMT DA RP

CARTÓRIO DE 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS - INGÁ - PB
 Rua Piratuba, s/nº - Centro - Ingá - PB | CEP: 57040-000
AUTENTICAÇÃO
 em 11.03.2021
 Selo Digital: ALA 65052-4PR
 Concluído e autenticado em 11/03/2021 por *Joadercy dos Santos Batista* Terreira de Oliveira
 ESCRIVENTE

Auto de Resistência à Prisão

No exercício legal da minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao acusado _____ por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contravenção penal de _____ e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, apesar das advertências que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando pra isso _____ do que resultou em _____

Para constar, lavro o presente Auto de Resistência à Prisão, que assino com a(s)

Testemunha (s) _____ e _____

Condutor: _____

1ª Testemunha: _____ 2ª Testemunha: _____

Recolhi às 09 h 17 min, do dia 26 de 09 de 2020 Acusado (s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos neste documento.

Nome: Valdeci Romão Lobo Matrícula: 133.191-0 Assinatura: *[Assinatura]*

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Eraldo Vitorino Junior de Lima</i>	CPF da Vítima <i>140.974.674-76</i>	Data do Acidente <i>25/09/2020</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Ediana Junior da Silva</i>	CPF do Representante legal <i>058.048.224-38</i>
Email	Telefone (DDD) <i>(83)98882-7425</i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Inca de *Arac* de *2021*
Local e Data

A
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

EDIANA JUNIOR DA SILVA
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: _____

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

5 - Nome completo: Eraldo Vitorio Junior de Lira 6 - CPF: 140.974.674-76
 7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Profª Helena Neves M. de Oliveira 9 - Número: SIN 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Santa Antonia 12 - Cidade: Itatuba 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58378-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (83) 98882-7425

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Ediana Junior da Silva
 18 - CPF do Representante Legal: 058.048.224-38 19 - Profissão do Representante Legal: Agricultora
 Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (101) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal (10)
 AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00011843
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 filhas, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ver nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itatuba, 6/4/21

EDIANA JUNIOR DPVAT 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 _____ 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que o paciente atendido no dia 25/09/2020 nesta unidade hospitalar foi **ERALDO VITÓRIO JUVINO DE LIRA**, nascido em 10/03/2006, filho de Eraldo Merêncio de Lira e de Ediana Juvino da Silva, inscrito no RG 4.912.761 SSPPB e no CPF de nº 140.974.674-76, residente e domiciliado a Rua Jandui Ernesto de Andrade, 612, Bairro: Centro, Itatuba - PB, onde lê-se em várias páginas do prontuário médico **ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA** leia-se **ERALDO VITÓRIO JUVINO DE LIRA**. Sem mais para o momento.

Campina Grande/PB, 15 de dezembro de 2020

Welliany E. F. da Silva
WELLIANY ESTHEFANY F. DA SILVA

Assistente Administrativa do Núcleo de Auditoria do HETDLGF

Mat.: 211.167-5



PARAÍBA
Governo do Estado



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: **ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA**

Data da Internação: **25/09/2020** Data da Alta: **30/09/2020**

Registro: **2234390**

Tempo de Permanência: **-18531**

Diagnóstico Inicial: **FRATURA DO FEMUR**

Diagnóstico Final:

Cirurgia: **OSTEOSSINTESE** Data: **28/09/2020**

Equipe:

Cirurgião: **RICARDO AMORIM FILHO**

Aux 1: **EULER FABRICIO ALVES CRUZ**

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: **IZABELLE DINIZ DE FRANCA COSTA**

Medicamentos:

Infecção F.O: **NAO**

Coleta de Material: **NAO**

Condições de Alta: **Melhorado**

Data: **30/09/2020**

Assinatura/Carimbo
Eldiman Soares De Araujo

RESPONSÁVEL : **Eldiman Soares De Araujo**



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que , a pedido do(a) Sr.(a) **ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA** portador(a) da Identidade RG: portador(a) da patologia CID-10 .Esteve interno (a) neste Hospital no período de **25/09/2020** a **30/09/2020**, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades por um período de **180** dias, a partir desta data.

CAMPINA GRANDE - PB 25/09/2020

Médico: **Eldiman Soares De Araujo**

AUTORIZAÇÃO

Eu **ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA** , autorizo o (a) Dr.(a) **Eldiman Soares De Araujo** , a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado legal.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: **ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA**

Data da Internação: **25/09/2020**

Data da Alta: **30/09/2020**

Registro: **2234390**

Documentação médico - hospitalar

Tempo de Permanência: **-18531**



Diagnóstico Inicial: **FRATURA DO FEMUR**

Diagnóstico Final:

Cirurgia: **OSTEOSSINTESE**

Data: **28/09/2020**

Equipe:

Cirurgião: **RICARDO AMORIM FILHO**

Aux 1: **EULER FABRICIO ALVES CRUZ**

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista: **IZABELLE DINIZ DE FRANCA COSTA**

Medicamentos:

Infecção P.O: **NAO**

Coleta de Material: **NAO**

Condições de Alta: **Melhorado**

Assinatura
Eldiman Soares De Araujo
30/09/2020

Data: **30/09/2020**

Assinatura/Carimbo
Eldiman Soares De Araujo

RESPONSÁVEL : **Eldiman Soares De Araujo**

Data da Internação: 25/09/2020 Hora: 04:07:28


 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

ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA

6 - Nº DO FRONTUÁRIO

2234390

7 - CARTÃO DO SUS

706803241727323

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/03/2006

9 - SEXO

Mascul Fem

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

EDIANA JUVINO DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 987386527

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

PROCURADOR LUÍZ PECONHAS, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itatuba

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250720

15 - UF

PB

16 - CEP

58378000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR E EDEMA EM COXA DIREITA COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RAIOS X.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EM ANEXO.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA FEDE DIAFISE DE FEMUR DIREITO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CVF

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

207428922250018

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

EULER FABRÍCIO ALVES CRUZ

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/09/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (V) DO REGISTRO DO CONSELHO

E

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 - CNAB DA EMPRESA

41 - CNPJ

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO REGISTRADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO () CNS () CVF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CVF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (V) DO REGISTRO DO CONSELHO



Seus todos
PARAÍBA
Governador do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/09/2020

Horas: 09:24:12

Médico (a) Diarista: Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

7-3

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2234390 Paciente: ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA Idade: 014 Sexo: M
Nome da Mãe: EDIANA JUVINO DA SILVA Data de Nascimento: 10/03/2006 Admissão: 25/09/2020 DIH - 3

Clinica: ALA PEDIATRICA Enfermaria: 7 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO - 32A3

DIA 28/09/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

	Prescrição	Aprozamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCÓ, 12h/12h	18/08
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V, 1Frasco/Ampola, 12h/12h	18/08
4	D0/D2 DIPÍRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLÁ, 6h/6h	18/08 24/08
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h	18/08
6	Reconstituir 2ML ABD, ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	18/08
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGÁ, 24h/24h (ADM AS 22h)	S/N
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	S/N
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	etc
10	HIGIENE ORAL	etc

EVOLUÇÃO

DATA: 28/09/2020 HORA: 09:22:56

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAIOS X E ERITROGRAMA DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio Alves Cruz
Dr. Euler Fabricio A. Cruz
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.848.190/0001-55



Paraná
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 29/09/2020

Horas: 10:05:18

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2234390 Paciente: ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA Idade: 014 Sexo: M
Nome da Mãe: EDIANA JUVINO DA SILVA Data de Nascimento: 10/03/2006 Admissão: 25/09/2020 DIH - 4

7-3

Clinica: ALA PEDIÁTRICA Enfermaria: 7 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO - 32A3

DIA 29/09/2020

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	18/06
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h	18/06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18/06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	18/06
6	Reconstituir 2ML ABD.	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	S/N
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	S/N
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	HIGIENE ORAL	

11. SOLUÇÃO

DATA: 29/09/2020 HORA: 10:04:16

IDPO PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA;

ASSINATURA + CARMBO

Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMNA
CRM/PB 5523

Schubert Costa



Paraíba
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/09/2020

Horas: 08:10:49

Médico (a) Dtorista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2234390 Paciente: ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA Idade: 014 Sexo: M
Nome da Mãe: EDIANA JUVINO DA SILVA Data de Nascimento: 10/03/2006 Admissão: 25/09/2020 DIH - 5

Clinica: ALA PEDIATRICA Enfermaria: 7 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE DIAPISE DE FEMUR DIREITO - 32A3

DIA 30/09/2020

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprezamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA BISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V, 1Frasco/Ampola, 12h/12h	
4	DD/DZ DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	HIGIENE ORAL	
12	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/09/2020 HORA: 08:10:07

ORTOPEDIA

2 DPO

ESTAVEL
DOR ++
FEBRE -
NV OK
EDEMA MID
FO: SECA

VPM

DR. ELDIMAN SOARES DE ARAUJO
CRM: 650.078/2020
R. ELDIMAN SOARES DE ARAUJO
R. ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

ASSINATURA + CARIMBO

Eldiman Soares De Araujo

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
NUTRIÇÃO DESE- QUILIBRADA	() CAVIDADE BUCAL FERIDA () DIARRÉIA () OUTRO () DOR ABDOMINAL () MUCOSAS PÁLIDAS	() FATORES BIOLÓGICOS () OUTROS () CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS
PADRÃO RESPIRA- TÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () 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 DESEQUIL- ÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	ABRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSAO ABDOMINAL		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
() AFERIR GLICÊMIA CAPILAR E REGISTRAR		() MELHORA DA ACEITAÇÃO ALIMENTAR
() MANTER OXIMÉTRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR <95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	2x dia	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	6/6hs	
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE- SULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERA- TURA CORPORAL DENTRO DOS LI- MITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	claras	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR A FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS RÚBICOS		() MANTER O RISCO DE INFEC- ÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	se possível	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	vitamina	
OUTRO		

RISCO DE QUESA (QUEDA DO PACIENTE)
 HISTÓRIA DE QUEDAS NESSE 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:

25/09/2020
 W. J. ...
 ENFERMEIRA CORENOR 1
 DEUS É FIEL

*-3. Onaldo Antonio Zúñiga

24-09-2020 => EDIANA JUUNOZLIA

25-09-2020 => EDIANA JUUNOZLIA

26-09-2020 => EDIANA JUUNOZLIA

27/09/20 - EDIANA JUUNOZLIA

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

IDENTIFICAÇÃO Enaldio Vitorino J. de Lima
 nome: Idade: 142 Sexo M Enf/Leito 7-3

HISTÓRIA PREGRESSA

Doenças prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () ASMA () DM
 Neoplasia () Outros: _____ Medicamentos em uso:

DOENÇA ATUAL:

ATIVIDADE DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ap Juvén

AValiação DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

AValiação NEUROLÓGICA: CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

ABILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

VELOCIDADE DE FALA: () DISFONIA () DISARTRIA

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

RECEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

TEMPERATURA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

POSO SOMÁTICO: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

DENTIÇÃO: COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

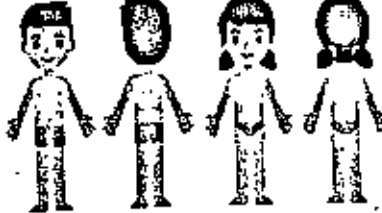
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

TESTE DE PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

Localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: _____



ESTADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

ESTADO CORPORAL: () INDEPENDENTE DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

IMITAÇÃO FÍSICA: ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

SONO/REPOUSO: PRESERVADO () INSÔNIA

AValiação DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTEMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

AValiação GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO (ml)	DDR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
09:00		36,2	83	99						<i>[Signature]</i>	SOG/SNG/SNE SVE	
20:00		37,1	90	99						<i>[Signature]</i>	CIRCUITO DE VM FILTRO DE VM UMIDIFICADOR ASPIRADOR LATEX EQUIPO SIMPLES	

Realizado em 14/07/2014 com M.S.P. Jureia Lemos. Revisado
 como de rotina C.M. - *[Signature]*

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

IDENTIFICAÇÃO Galvão Victorino 33 bino

nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Enf/Leito: 7.3

HISTÓRIA PREGRESSA

Doenças prévias () Motivo: Alergias () Qual? _____ Doença () ASMA () DM
 Neoplasia () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

DOENÇA ATUAL:

ATIVIDADE DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

AValiação DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

AValiação NEUROLÓGICA: CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

ABILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

REGULAÇÃO: () DISFONIA () DISARTRIA

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

RECEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

TEMPERATURA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

POSO SOMÁTICO: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

ALIMENTAÇÃO INTESTINAL: NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ALIMENTAÇÃO URINÁRIA: ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

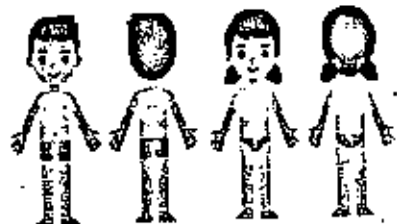
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO OUTROS: _____

PROTEÇÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

Realização anestômica da ferida; Curativo em: ____/____/____.



ATIVIDADE CORPORAL E SONO/REPOUSO

ATIVIDADE CORPORAL: () INDEPENDENTE DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

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

IMITAÇÃO FÍSICA: ACAMADO () CADEIRA DE RODAS SONO/REPOUSO: PRESERVADO () INSÔNIA

AValiação DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

AValiação GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSCRIÇÃO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
											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 () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
NUTRIÇÃO DESE- QUILIBRADA	() CAVIDADE BUCAL FERIDA () DIARRÉIA () OUTRO () DOR ABDOMINAL () MUCOSAS PÁLIDAS	() FATORES BIOLÓGICOS () OUTROS () CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS
PADRÃO RESPIRA- TÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISP () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUT
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORP RAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUT () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUI- LÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	ABRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
(X) AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
(X) AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA	<i>rotina</i>	
(X) OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		() MELHORA DA ACEITAÇÃO ALIME
() AFERIR GLICEMIA CAPILAR E REGISTRAR		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR <95%		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
(X) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR	<i>ex de</i>	() CONTROLE DA DOR (MELHO- RADA OU AUSENTE)
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	<i>el el.</i>	
(X) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERA- TURA CORPORAL DENTRO DOS LI- MITES FISIOLÓGICOS
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE- SULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
(X) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	<i>diário</i>	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUI
() OBSERVAR A FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENDO PARÂMETROS ADÉQUADOS		() DIMINUIR O RISCO DE INFEC- ÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	<i>se possível</i>	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>rotina</i>	
OUTRO		

9. RISCO DE Queda e Escala de Risco

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? (X) SIM () NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBIO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? (X) SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Vera Luciana Costa Aquino
 ENFERMEIRA COREN 80501
 DEUS É FIEL

28/09/2020

AV. PÉDRO CALDEAS FERREIRA, 4700 - BOBÓVITAS

Campina Grande - PBCEP: 58.432-809

Email: chefiartraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	<i>Pediatria</i>		
NOME:	<i>Enaldo V. Junior de Souza</i>		
PROCEDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL: _____	GELCO Nº: _____	AVC <input type="checkbox"/>	JEJU <input type="checkbox"/>
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	<i>Januário</i>	COREN:	



Secretaria de Saúde
PARAIBA
Estado

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2234372

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matúnas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/09/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Durado Carvalho De Souza

PACIENTE: ERALDO VITORINO CEP: 58378000 Nascimento: 10/03/2006

JUVINO DE LIRA Sexo: M Telefone: 987386527

Cidade: Itatuba Idade: 014 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: EDIANA JUVINO DA SILVA RG: Nº: 0

Responsável: EDIANA JUVINO DA SILVA CPF: Profissão: MENDR

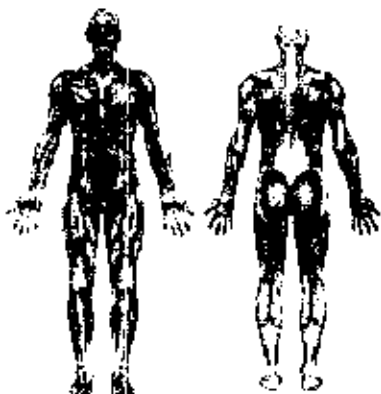
Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atend: 25/09/2020 CNS: 706803241727323

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO Hora: 02:14:38 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. Emagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortante
- 15. F. Cortante
- 16. F. Contuso
- 17. F. Perfuro-contuso
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Injurgitamento Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendínea
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encaixado
- 29. Oxorragia
- 30. Paralisia
- 31. Parestia
- 32. Peristesia
- 33. Queimadura
- 34. Rinorragia
- 35. Sínfis de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

PM Trauma

HTCG - Pali (Inspirativo)

CIRURGIÃO

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente Atividade Colisão Moto-Atividade
Pré-existente Agonia - dor e limitação de movimento M.D. pela luxação, perda de consciência, ausência de reflexos, parada de dor a palpado em abdome (D)

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

NÃO SABER REPERIC

PATOLOGIAS:

ASINA

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Potorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow *15* PA HGT: *Sar02*

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Gasometria arterial
- () Tomografia Computadorizada
- () Ultrassonografia:
- () Radiografias: *Costas, Quadril*

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *C/PE* às : Dia / /
Especialista: *OPRO* às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>DIPLOMOS Clav. TAD W</i>	
2	<i>Tenaxum Clav. TAD W</i>	<i>é feito</i>
3	<i>ATA DA C/PEURIA GEMAR.</i>	<i>02:44</i>
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

[Signature]
Médico
C.R.M. 28232/CRM-PB 12661
CNS: 706509305991399



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/00383210001
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/09/2020

Paciente: ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA Idade: 014 N° ATEND: 2234372

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 25/09/2020 HORA : 02:15:14

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

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

SINAIS DE EMBRIAGUEZ : NÃO

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

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

ALERGIAS : NEGA
 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 () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
 VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
 Vanessa Dourado Carvalho De Souza

Vanessa de Anurim Cuedes N. Gabino
 COREN-PB 166.148

NOME: <i>RAFAEL VITORINO SILVA DE LIMA</i>										PRONTUÁRIO:			
IDADE:		SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:	LEITO:
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx - COXA DIREITA
Rx - QUADRIL

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: <i>25/09/20</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo assinat

Medico

CRM de 28232/RN - RAFAEL VITORINO SILVA DE LIMA

CPF: 09090909090

CRM de 28232/RN - RAFAEL VITORINO SILVA DE LIMA

SNS: 805589290909090



Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/09/2020

Horas: 09:42:30

Médico(a) / Diarista: Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2234390 Paciente: ERALDO VITORINO JUVINO DE LTRA Idade: 014 Sexo: M
Nome da Mãe: EDIANA JUVINO DA SILVA Data de Nascimento: 10/03/2006 Admissão: 25/09/2020 DIH - 2

Clinica: ALA PEDIATRICA Enfermaria: 7 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA FEDE DIAFISE DE FEMUR DIREITO

DIA 27/09/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	18 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 18 24 06
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	18 06
5	Reconstituir 2ML ABD,	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SU.
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA. 24h/24h (ADM AS 22h)	20
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SU. 20h
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	et
10	HIGIENE ORAL	et

EVOLUÇÃO

DATA: 27/09/2020 HORA: 09:42:10

ORTOPEDIA

AO LEITO, SOB TTE (2º DIH)

DOR +
FEBRE -
EDEMA EM COXA D
NV OK

SONO OK

DIURESE +
EVACUAÇÕES -


VPM

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

ASSINATURA + CARIMBU

Hallisson Barros De Almeida

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Epraldo Vitorino Junior de Lira DU-10/03/2006</u>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Especialidade Cirúrgica Dom Luiz Gentil da Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>Sala 03</u>	<u>SUS</u>	<u>14</u>	<u>2234390</u>		
CIRURGIA			CIRURGIA			
<u>Procur de fixação do aparelho femoral</u>			<u>Dr. Ribeiro, Dr. Gleber + Dr. Wagner</u>			
ANESTESIA			ANESTESIA			
<u>Raque + relaxação</u>			<u>Taxabel</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
<u>Norma</u>		<u>28/09/2020</u>	<u>08:15</u>	<u>09:55</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<u>01</u>	Catet. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
<u>02</u>	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	<u>45</u>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
<u>01</u>	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml.	<u>01</u>	Dreno <u>C-F</u>		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Koh nº		Catgut Simples Sertix	
<u>2a</u>	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	<u>01</u>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<u>01</u>	Mercaina <u>pesado</u> % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
<u>01</u>	<u>Paralona amp. dimore/0,2</u>	<u>02</u>	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proligmine amp.		Espardrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Próxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	<u>02</u>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	<u>04</u>	Mononylon <u>2-0</u>	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Protene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<u>01</u>	Lâmina de Bisturi nº 23		Protene Sertix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Protene Sertix	
<u>01</u>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Protene Sertix	
<u>02</u>	Dipirona amp.	<u>03</u>	Luvax 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	<u>04</u>	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Febocortid amp.		Luvax 8.0	<u>02</u>	Vicryl Sertix <u>0-11</u>	
	Geramicina amp.		Luvax 8.5			
	Glicose amp.	<u>02</u>	Oxigênio l/m <u>3L/min</u>			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	<u>02</u>	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanaktion amp.	<u>02</u>	Sabão Antiséptico	<u>02</u>	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<u>02</u>	Saco coletor <u>orç</u>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	<u>02</u>	Seringa desc. 40 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	<u>02</u>	Seringa desc. 20 ml	<u>02</u>	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	<u>02</u>	Seringa desc. 05 ml	<u>03</u>	SG fr 500 ml <u>1/1/1</u>	
	Revivan amp.		Sonda			
	Sulptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE / PRÓTESE	
<u>02</u>	<u>Gelatina 1g seluzolone</u>		Sonda Nasogástrica		<u>Bio Implants</u>	
<u>02</u>	<u>mauk digest</u>		Sonda Uretral nº		<u>01 placa loga 4,5x120</u>	
		<u>01</u>	Sterydrem ml		<u>08 parafusos corticais</u>	
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	<u>01</u>	Gelcon 18			
<u>03</u>	Agulha desc. 28 x 28		Latex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	<u>05</u>	<u>elctrodo</u>			
<u>01</u>	Agulha p/ raque nº <u>25</u>					
<u>02</u>	Alcool de Enfermagem					
	Alcool lodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul melileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Serra
- Desfibrilador
- Eco Frontal
- Fonte de Luz
- Foco Auxiliar
- Eletrocautério
- Oxigênio
- Fonte de Luz
- Fonte de Luz

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

[Handwritten Signature]

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
NUTRIÇÃO DESE- QUILIBRADA	() CAVIDADE BUCAL FERIDA () DIARRÉIA () OUTRO () DOR ABDOMINAL () MUCOSAS PÁLIDAS	() FATORES BIOLÓGICOS () OUTROS () CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS
PADRÃO RESPIRA- TÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISP () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUT
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO- RAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUT () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍ- BRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	ARRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL () AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL () aferir glicemia capilar e registrar		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ () MELHORA DA AACEITAÇÃO ALIME
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR <95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() MELHORAR PERFUSÃO TISS. AR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	6/6	() CONTROLE DA DOR (MELHO- RADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE- SULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERA- TURA CORPORAL DENTRO DOS LI- MITES FISIOLÓGICOS
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)	2/20	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PE () RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUI
() OBSERVAR A FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS () REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	72h	() DIMINUIR O RISCO DE INFEC- ÇÃO
OUTRO		

R. RISCO DE Queda (Prevalente - Indesejável)
 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 TRANSPERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO: *J. Candeia*
 ENFERMEIRA 27/09/20
 COREB - PB 000.564.492

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA	() CAVIDADE BUCAL FERIDA () DIARRÉIA () OUTRO () DOR ABDOMINAL () MUCOSAS PÁLIDAS	() FATORES BIOLÓGICOS () OUTROS () CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE Desequilíbrio Eletrolítico	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSAO ABDOMINAL () AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL () AFERIR GLICEMIA CAPILAR E REGISTRAR		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ () MELHORA DA ACEITAÇÃO ALIMENTAR
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR <95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	6/6	() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE Desequilíbrio DIMINUIDO
() OBSERVAR A FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLORESTAS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS () REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	72h	() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

9. RISCO DE Queda (BEAN ATENÇÃO)

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: *Yegor* 25/09/20

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

IDENTIFICAÇÃO Enaldo Antônio

nome: Idade: 14 A Sexo

Enf/Leito 7.3

HISTÓRIA PREGRESSA

Doenças prévias () Motivo: Alergias () Qual?

Doença () ASMA () DM
Medicações em uso:

DOENÇA ATUAL:

Objetivo da internação hospitalar diagnóstico médico: fract. femur.

AValiação das necessidades psico biológicas

AValiação neurológica: CONSCIENTE ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

AValiação física: PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA, LOCAL: _____

AValiação da voz: () DISFONIA () DISARTRIA

AValiação da respiração: ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

AValiação dos órgãos dos sentidos:

AValiação da audição: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

AValiação da segurança física: TRANQUILO AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

AValiação cardiovascular: PULSO: REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

AValiação da temperatura: () LOCAL OBS.: _____

AValiação e eliminações: (INTESTINAL E URINÁRIA)

AValiação do estado somático: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

AValiação da dentição: COMPLETA () INCOMPLETA

AValiação da ingestão: VO () SNG () SNE () OUTROS:

AValiação da eliminação intestinal: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

AValiação da eliminação urinária: ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

AValiação da integridade física e cutâneo-mucosa

AValiação da coloração da pele: NORMOCORADA () HIPOCORADA

AValiação da pele: () ÍNTEGRA LESÃO () OUTROS: _____

AValiação da pressão: () SIM NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

AValiação da cicatrização anatômica da ferida: Curativo em: _____

AValiação da atividade corporal e sono/repouso

AValiação da atividade corporal: () INDEPENDENTE DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

AValiação da higiene corporal: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

AValiação da imitação física: ACAMADO () CADEIRA DE RODAS SONO / REPOUSO: PRESERVADO () INSÔNIA

AValiação das necessidades psicossociais

AValiação da comunicação: PRESERVADA () PREJUDICADA

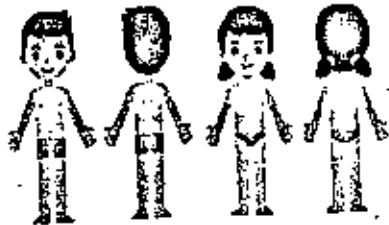
AValiação do sentimento/comportamentos: COOPERATIVO () OUTROS: _____

AValiação das necessidades psicospirituais

AValiação da religião: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

AValiação geral:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
18:00	-	36,9	104	96						<i>[Signature]</i>	SOG/SNG/SNE SVF	
19:00	-	36,8	86	99						<i>[Signature]</i>	CIRCUITO DE VM FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



Realizado curativo com AGE.

sem qualquer problema no momento.

[Signature]

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
NUTRIÇÃO DESE- QUILIBRADA	() CAVIDADE BUCAL FERIDA () DIARRÉIA () OUTRO () DOR ABDOMINAL () MUCOSAS PÁLIDAS	() FATORES BIOLÓGICOS () OUTROS () CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS.
PADRÃO RESPIRA- TÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () 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 DESEQUILÍ- BRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	ARRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL () AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL () AFERIR GLICEMIA CAPILAR E REGISTRAR	CBM	() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() MANUTER O RIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR <95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO () APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	8/6a	() MELHORA DA ACEITAÇÃO ALIMENT. () MELHORAR PERFUSÃO TISSUL. () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ () CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO) () OBSERVAR A FERIDA E INSCRIÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLORESTICOS	CBM	() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LÍMITES FISIOLÓGICOS () MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS () REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO OUTRO	S.V Rtina	() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO

B. RISCO DE QUEDA () SIM () NÃO
 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 () DISTÚRBIOS NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

26.09.2020
 Lílíana Barbosa Albuquerque
 Enfermeira
 COF 20122355

Sr(a): **ERALDO VITORINO JUVINO LIRA** Protocolo: **0000551495** RG: **NÃO INFORMADO**
 Dr(a): **EULER FABRÍCIO A. CRUZ** Data: **25-09-2020 14:12** Origem: **PEDIATRIA**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **14 anos** Destino: **PEDIATRIA**

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 25/09/2020 14:10)

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4,10 milhões/mm ³	3,9 à 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11,9 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	36,8 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	32 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.100 /mm ³	4.500 à 13.500 /mm ³
	(%)	(/mm ³)

Neutrófilos

Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	273	
Segmentados.....	89,0	7.553	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0	91	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0,0 à 2,0 % - até 200 / mm ³

Linfócitos

Típicos.....	10,0	910	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	273	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... 211.000 mm³

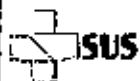
OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B2D5-AFC5-A4AE-503B-4FFF-2D66-4C43-4E8C





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 10 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA

Identidade:

Idade: 014

ENDEREÇO: PROCURADOR LUIZ PECONHAS

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: CENTRO

Nº 2234390

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, AP/PERFIL,

Campina Grande - PB 28/09/2020 Hora:
09:17:52

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
Médico: Euler Fabricio Alves Cruz
CRM-PB 9931



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 10 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA

Identidade:

Idade: 014

ENDEREÇO: PROCURADOR LUIZ PECONHAS

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: CENTRO

Nº 2234390

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, AP/PERFIL,

Campina Grande - PB 28/09/2020 Hora:
09:17:52

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
Médico: Euler Fabricio Alves Cruz
CRM-PB 9931

**EXAME X
REALIZADO EM:**
28/09/2020

DATA → 28/09/2020

2310
2004

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

IDENTIFICAÇÃO Eraldo Niterio
 ne: 14A Idade: 14A Sexo

Enf/Leito 7-3

HISTÓRIA PREGRESSA
 Doenças prévias () Motivo: Alergias () Qual?
 Neoplasia () Outros: _____

Doença () ASMA () DM
 Medicamentos em uso:

DOENÇA ATUAL:
 MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: pt. femur

AValiação DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS
 AValiação NEUROLÓGICA: CONSCIENTE ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO
 AValiação FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

AValiação da VOZ: () DISFONIA () DISARTRIA
 AValiação da RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

AValiação da RECEPTÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:
 AValiação da VISÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____
 AValiação da SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

AValiação da REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____
 AValiação da TEMPERATURA: () LOCAL OBS: _____

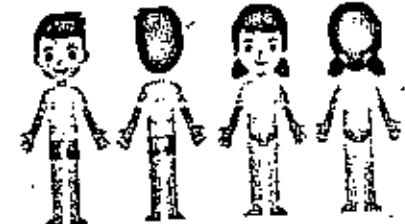
AValiação da ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)
 AValiação do ESTADO SOMÁTICO: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

AValiação da DENTIÇÃO: COMPLETA () INCOMPLETA

AValiação da ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS:
 AValiação da ELIMINAÇÃO INTESTINAL: NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

AValiação da ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____
 AValiação da INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

AValiação da COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA
 AValiação da LESÃO: () ÍNTEGRA () LESÃO OUTROS: _____
 AValiação da PRESSÃO POR PRESSÃO: () SIM NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____
 AValiação da LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DA FERIDA: Curativo em: _____



AValiação da HIGIENE CORPORAL: () INDEPENDENTE DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE
 AValiação da HIGIENE BUCAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA
 AValiação da IMITAÇÃO FÍSICA: ACAMADO () CADEIRA DE RODAS SONO / REPOUSO: PRESERVADO () INSÔNIA

AValiação DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS:
 AValiação da COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA
 AValiação do SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

AValiação DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS:
 AValiação da RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

AValiação GERAL:

TEMPERATURA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICÊMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(Oa10)	(Kg)				
36,3	-	73	98	-	-	-	-	-	-	<u>[Signature]</u>	SOG/SNG/SNE SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

→ realizado procedimento hoje e dreno de Sucos

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	<input type="checkbox"/> ABDOME DISTENDIDO <input type="checkbox"/> ANOREXIA <input type="checkbox"/> DOR AO EVACUAR <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL
NUTRIÇÃO DESE- QUILIBRADA	<input type="checkbox"/> CAVIDADE BUCAL FERIDA <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> MUCOSAS PÁLIDAS	<input type="checkbox"/> FATORES BIOLÓGICOS <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS
PADRÃO RESPIRA- TÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> DISPN <input type="checkbox"/> BATIMENTO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNEIA <input type="checkbox"/> OUTRO
DOR AGUDA	<input checked="" type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> EXTREMOS DE MEMBRAS <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍ- BRIO ELETROLÍTICO	<input type="checkbox"/> ASCITE <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DRENOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	ABRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> AVALIAR DISTENÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> AFERIR Glicemia capilar e registrar		<input type="checkbox"/> OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ <input type="checkbox"/> MELHORA DA ACEITAÇÃO ALIMENTAR
<input type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR <95% <input type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR <input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS <input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	<i>RM</i>	<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS <input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE <input type="checkbox"/> VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		<input type="checkbox"/> MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
<input type="checkbox"/> OBSERVAR A FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLORESTAS <input type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS <input type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		<input type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

RISCO DE Queda (Risco de Queda) SIM NÃO
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 NA TRANSFERÊNCIA? SIM NÃO **RISCO DE Queda?** SIM NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

*Priscila
12/05/2013*

27.09.2020

UHO
ZARA

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

IDENTIFICAÇÃO Enalche Vitorio g. de Lima 7-3
nome: Idade: Sexo Enf/Leito

ISTÓRIA PREGRESSA

Doenças prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () ASMA () DM
Neoplasia () Outros: Medicacões em uso:

DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fre de fêmur

AValiação DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

AValiação NEUROLÓGICA: CONSCIENTE ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

ABILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

VOZ: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

RIQUÍMIA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

PO SO MÁTICO: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

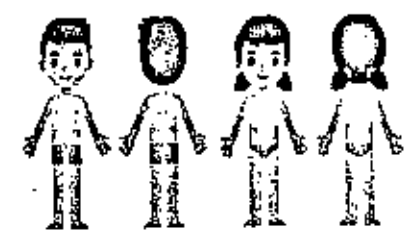
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO OUTROS: _____

TESTÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

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



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

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

IMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS SONO/REPOUSO: PRESERVADO () INSÔNIA

AValiação DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

AValiação GERAL:

ORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICÊMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
11:00	110	36,3	84	98%		+				<i>[Signature]</i>	SOG/SNG/SNE	
20:00	110	36,3	84	98%		+				<i>[Signature]</i>	SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

... segue em ... Tórax expandido, modificado. 28/09/2020 *[Signature]*

DATA →

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

IDENTIFICAÇÃO Erivaldo Vitorino J. de Lencas
ne: 14/A Idade: 14/A Sexo Enf/Leito

73

HISTÓRIA PREGRESSA

Doenças prévias () Motivos: Alergias () Qual? Fract. Femur
Neoplasia () Outros: _____

Doença () ASMA () DM
Medicações em uso: _____

OTDOP.

DOENÇA ATUAL:

ATIVIDADE DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fract. Femur

AValiação DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

AValiação NEUROLÓGICA: CONSCIENTE ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO
ABILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

AValiação FONOLÓGICA: () DISFONIA () DISARTRIA
AValiação RESPIRATÓRIA: ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

AValiação PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:
AValiação VISÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

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

AValiação REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____
AValiação TEMPERATURA: () LOCAL OBS.: _____

AValiação ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

AValiação PO SOMÁTICO: () NÚTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO
AValiação ALIMENTAÇÃO: BOA () SNG () SNE () OUTROS: _____

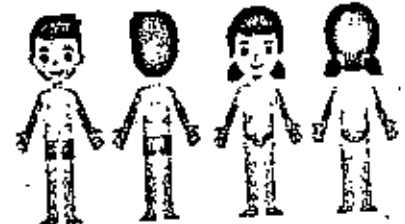
AValiação DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

AValiação INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA
AValiação COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

AValiação LESÃO: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____
AValiação PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____



AValiação CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

AValiação UTO CORPORAL: () INDEPENDENTE DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE
AValiação HIGIENE CORPORAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

AValiação IMITACÃO FÍSICA: ACAMADO () CADEIRA DE RODAS SONO/REPOUSO: PRESERVADO () INSÔNIA

AValiação DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

AValiação COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA
AValiação SENTIMENTO/COMPORTEAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

AValiação NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:
AValiação RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

AValiação AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICÊMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DGR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
11hs	-	36,2	72	99%						Calina	SOG/SNG/SNE	
14:30		35,8	84	99%						[Signature]	SNG	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

→ Realizado curativo no fixador (local). Calina,
rel. do. unim., qual. de dor. medicado. c.p. medica. [Signature]



PARAÍBA
Governador do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/09/2020

Horas: 08:25:55

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2234390 Paciente: ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA Idade: 014 Sexo: M
 Nome da Mãe: EDIANA JUVINO DA SILVA Data de Nascimento: 10/03/2006 Admissão: 25/09/2020 DIH - 1

7-3

Clinica: ALA PEDIÁTRICA Enfermaria: 7 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA FEDE DIÁFISE DE FEMUR DIREITO

DIÁ 26/09/2020
 MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	18 26
3	PIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 26
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	18 26
5	Reconstituir 2ML ABD,	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	S/N
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	S/N 22:30
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK
10	HIGIENE ORAL	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/09/2020 HORA: 08:24:56

MB: 11.9

ORTOPEDIA

1 DIH

AO LEITO, SOB TTE

DOR +
 FEBRE -
 EDEMA EM COXA D
 NV OK

SONO OK

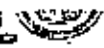
DIURESE +
 EVACUAÇÕES -

VPM

Dr. Eldiman Soares de Araujo
 Médico Traumatologista-Ortopedista
 CRM: 6980
 CPF: 043.879.784-20

ASSINATURA + CARIMBO

Eldiman Soares De Araujo



SUS Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) Folia 1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
3 - CID-9

4 - IDENTIFICAÇÃO DO FACIENTE
5 - NOME DO PACIENTE
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CATEGORIA NACIONAL DO PACIENTE (ENK)

8 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA DO PACIENTE
9 - DATA DE NASCIMENTO
10 - SEXO
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CEP)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
14 - CÓD. EGEM REQUERIDO
15 - UF
16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ARI)

18 - RESOLUÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR
19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20 - RESOLUÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO DE MUDANÇA
21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - CATEGORIA SOCIAL
23 - CID 10 PRINCIPAL
24 - CID 10 SECUNDÁRIO
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA (E) OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - RESOLUÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - CID-9
32 - RESOLUÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - CID-9
35 - RESOLUÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37 - CID-9

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
Hospital de Emergência e Trauma de C. Grande
MENOR

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

AUTORIZAÇÃO
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
45 - Nº DOCUMENTO (RG) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
46 - DATA DE SOLICITAÇÃO
47 - ENDEREÇO
48 - Nº DOCUMENTO (RG) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Semas Saúde
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 25/09/2020

06-4

Horas: 04:15:10

Médico (a) Distrito: Euler Fabrício Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2234390 Paciente: ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA Idade: 014 Sexo: M
Nome da Mãe: EDICIANA JUVINO DA SILVA Data de Nascimento: 10/03/2006 Admissão: 25/09/2020 DIH - 0

Clinica: ALA PEDIÁTRICA Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA FEDE DIAFISE DE FEMUR DIREITO

7-3

DIA 25/09/2020
MÉDICO(A): Euler Fabrício Alves Cruz /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1 PRASCO, 12h/12h	06 18 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	06 12 18 24 36
4	FENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 PRA AMP. 12h/12h	06 18 06
5	Reconstituir 2ML ABD. RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h	
6	Diluir em 100 ML SF <i>ST</i> ONBANSETRONA CLORIDRATO 1 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	SN
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	2x
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	1 SN 15/35 <i>dm</i>
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ct
10	HIGIENE ORAL	ct

EVOLUÇÃO

DATA: 25/09/2020 HORA: 04:12:56

EM ADMISSÃO ORTH

PACIENTE ADMITIDO VITIMA DE QUEDA DE MOTO SEM CAPACETE POR VOLTA DAS 23H DA NOITE ANTERIOR, REFERE DOR COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE M.I.D.

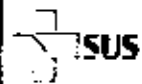
AO RX: FRATURA DE DIAFISE DE FÊMUR DIREITO.

CONDUTA: TRACÇÃO TRANSTIBIAL: SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIOS: INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabrício Alves Cruz

Euler Fabrício A. Cruz
DR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8907



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Secretaria de Saúde
PARAÍBA
Estado do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA

ENDEREÇO: PROCURADOR LUIZ PECONHAS

BAIRRO: CENTRO

Identidade:

Idade: 014

PRONTUÁRIO:

Nº 2234390

TIPO DO ATENDIMENTO: ROTINA

Nº DA SOLICITAÇÃO: 168699

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO),

Campina Grande - PB 28/09/2020 Hora:
09:17:31

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio Alves Cruz
R. CRISTÓVÃO - TRAJANO DE SA
C.R. 2.25 5927



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Secretaria de Saúde
PARAÍBA
Estado do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA

ENDEREÇO: PROCURADOR LUIZ PECONHAS

BAIRRO: CENTRO

Identidade:

Idade: 014

PRONTUÁRIO:

Nº 2234390

TIPO DO ATENDIMENTO: ROTINA

Nº DA SOLICITAÇÃO: 168699

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO),

Campina Grande - PB 28/09/2020 Hora:
09:17:31

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio Alves Cruz
R. CRISTÓVÃO - TRAJANO DE SA
C.R. 2.25 5927

Hospital: de Cirurgia e Trauma de P. Código: 0445
 Procedimento: Fratura de Fêmur Cód. Procedimento: _____
 Paciente: Paulo Vitorino Junior de S. M.
 Data da Cirurgia: 28/09/20 Nº prontuário: 2234390 Convênio: especial
 Cirurgião: M. Guler Código: _____ Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
03	Placa AP Longa 4,5 x 32 Furos			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4,5) mm	Nº	30	32	35	40	46	
	Qtd.	04	03	03	03	03	
	Cód.						
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
 Faturar N.F para: _____
 Cód. do consultor: _____ Total: _____
 Cód. Instrumentador: _____

Dr. Wagner Luiz Egídio de Aguiar
 MR. ORTOPEDIAS/TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																						
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Ronaldo Vitorino J. de Lima</i>				IDADE <i>19a</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>B</i>																																					
DATA <i>28/9/2020</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																							
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS																																							
	URÍDIA																																												
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONquite																																							
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																								
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO																																								
ESTADO MENTAL <i>consentido</i>			ATARAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES																																							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fx femur</i>					ESTADO FÍSICO <i>II</i>	RISCO																																							
ANESTESIAS ANTERIORES																																													
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">AGE. ANESTÉSICOS</td> <td><i>ket</i></td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td><i>prop</i></td> <td><i>500</i></td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">LÍQUIDOS</td> <td><i>500</i></td> <td><i>500</i></td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td><i>250</i></td> <td><i>250</i></td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>									AGE. ANESTÉSICOS	<i>ket</i>								<i>prop</i>	<i>500</i>								LÍQUIDOS	<i>500</i>	<i>500</i>								<i>250</i>	<i>250</i>							
AGE. ANESTÉSICOS	<i>ket</i>																																												
	<i>prop</i>	<i>500</i>																																											
LÍQUIDOS	<i>500</i>	<i>500</i>																																											
	<i>250</i>	<i>250</i>																																											
<p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: <u> </u> Excit.: <u> </u> Tosse: <u> </u></p> <p>Laringo espasmo: <u> </u> Lenta: <u> </u></p> <p>Náuseas: <u> </u> Vômitos: <u> </u></p> <p>Outros: <u> </u></p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p><i>Boqui / 4-5 / 10-15 / 20-25</i></p> <p><i>Sech</i></p> <p>ANESTESIA SATISF.: Sim <u> </u> Não <u> </u></p> <p>Não, por quê? <u> </u></p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: <u> </u></p> <p>Obsr.: <u> </u> Co.: <u> </u> Excit.: <u> </u></p> <p>Náuseas: <u> </u> Vômitos: <u> </u></p> <p>Outros: <u> </u></p> <p>Com cânula: <u> </u></p> <p>Para o Leito Sim <u> </u> Não <u> </u></p> <p>CONDIÇÕES: <u> </u></p>																																													
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<p><i>NEOX-0.5% 15g neurelon 4+4</i></p> <p><i>dimex 0.5% ropina 2g</i></p> <p><i>demonal 3g</i></p>																																											
POSIÇÃO		<i>0 - decubito lateral Orel</i>																																											
AGENTES		<i>propofol 2g</i>																																											
TÉCNICA		<i>propofol + Sech</i>					CÂNULAS <u> </u>																																						
OPERAÇÃO		<i>Fr. de crânio de Fr. de ápice de femur</i>																																											
CIRURGIÕES		<i>Dr. Bravetti A. 1 equipe</i>																																											
ANESTESISTAS		<i>Isabela Donato</i>																																											
OBSERVAÇÕES		<i>ANESTESIOLOGISTA</i>																																											
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA																																							

LEGENDA PARA SINALIZAÇÃO DE ACESSOS/DRENOS/LOCALIZAÇÃO DA CIRURGIA AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO DT - DRENO TORÁCICO AVC - ACESSO VENOSO CENTRAL DP - DRENO PENROSE IC - INCISÃO CIRÚRGICA C - COLOSTOMIA N - NEFROSTOMIA PB - LOCALIZAÇÃO DA PLACA DE BISTURI PAI - PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA DVE - DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA DB - DRENO DE BLAKE		
--	--	--

RESPONSÁVEIS DE SALA/REGISTRO NO CONSELHO: Gabriel PACIENTE ENCAMINHADO: () SRPA () UTI () ENFERMARIA () OUTRO:
 EQUIPE DE TRANSPORTE: Gabriel

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO- SRPA **HORA DE ADMISSÃO:**

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	() SONOLENTO	() ACORDA QUANDO CHAMA	() DORMINDO
ESCALA DE DOR (CIRCULE O NÚMERO)	1	2	3	4
	5	6	7	8
	9	10		
TROCADO CURATIVO	() SIM	/VEZES	() NÃO	MOTIVO:
DESPREZADO DRENAGEM DE SONDA E/OU DRENO	() SIM	/VEZES	() NÃO	VOLUME TOTAL:
DESMAZADO DIURESE	() SIM	/VEZES	() NÃO	ASPECTO/COR:
				VOLUME TOTAL:
				ASPECTO/COR:
SINAIS VITAIS				
HORA/SSVV	FC	P.A.	TEMPERATURA	FR
10:00h	70bpm	130x63	-	-
13:00h	70bpm	132x63	-	-
				SpO2
				97%
				98%
				HGT

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

HORA	CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	ATIVIDADE	SATURACÃO	I.A.X. / TOTAL
ENTRADA:						
SAÍDA: 11:40	2	2	2	2	2	10

CONSCIÊNCIA	Consciência total Desperta ao chamado Não responde	2	ATIVIDADE	Capaz de movimentar as 4 extremidades voluntariamente ou sob comando	2
RESPIRAÇÃO	Capaz de respirar profundamente Dispneia ou involuntário respiratório entalado Apnéia	2 1 0		Capaz de movimentar 2 extremidades voluntariamente ou sob comando	1
CIRCULAÇÃO	PA com variação até 20% do nível pré-anestésico PA com variação entre 20% a 50% do nível pré-anestésico PA com variação superior a 50% do nível pré-anestésico	2 1 0	SATURACÃO	Saturação de oxigênio entre 95 a 100% Entalado de saturação entre 92 a 95% Saturação de oxigênio inferior a 92%	2 1 0

INTERCORRÊNCIAS NA SRPA

() NAUSEAS () VÔMITOS () SANGRAMENTOS () DOR () ALTERAÇÃO P.A. () ALTERAÇÃO F.C. () TREMORES
 () EDEMAS () BEXIGOMA () DESSATURACÃO () HIPERTERMIA () ANAFILAXIA () PCR REVERTIDA () ÓBITO

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA

TRANSFERIDO PARA: () ENFERMARIA /LEITO: () UTI/LEITO:	ALTA DO SRPA: () SIM () NÃO	ALTA HOSPITALAR: () SIM () NÃO
OUTRO:		
PRESCRIÇÃO MÉDICA: () SIM () NÃO	NOTA DE SALA OPERATÓRIA: () SIM () NÃO	
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: () SIM () NÃO	FOLHA DE ANESTESIA: () SIM () NÃO	
REQUISIÇÃO EXAMES: () SIM () NÃO	REQUISIÇÃO CULTURA: () SIM () NÃO	
REQUISIÇÃO ANATOMO-PATOLÓGICO: () SIM () NÃO		
RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:		DATA/HORA:

AVALIAÇÃO DE ANESTESIA: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA

PODE ESTAR EM NÍVEL DE DOR, FIZ AVALIAÇÃO HTF COM A QUANTIDADE
ANESTÉSICO

RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO: ALTA DA SRPA DATA/HORA: Dr. Sérgio Mariz A. do E.O. Anestesiologista



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (X) ELETIVA () URG/EME

PACIENTE: Ricardo Vitorino Guilino de Souza IDADE: 34a
 DATA DE CHEGADA NO CC: 28/09/20 HORA: 07:50
 CIRURGIA PROGRAMADA: Fract. de diáfise de fêmur CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: Dr. Ricardo Amorim

ACOLHIMENTO

ESTADO GERAL: () GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR (X) BOM
 PREPARO: (X) JEIUM TEMPO DE JEIUM: _____ () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADORNOS
 ACESSO VENOSO: (X) SIM () NÃO () AVP () AVC LOCAL: _____
 VENTILAÇÃO: (X) AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT
 ANTECEDENTES: () HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO
 () TABAGISTA
 () ISOLAMENTO DE: _____ DEVIDO À: _____
 MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: () SIM () NÃO NOMES: _____
 RESERVAS SANGUÍNEAS: () SIM () NÃO () CONC. HEMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS
 () CRIOPRECIPITADO

CIRURGIAS ANTERIORES: _____ QUANDO: _____
 EXAMES () RISCO CIRÚRGICO () EX. LAB. (X) RAIO-X () USG _____ () TOMOGRAFIA _____
 PRE-OPERATÓRIOS: _____ TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS: _____
 NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE: () SIM () NÃO LOCAL: _____ () PACIENTE NÃO CONTACTUA OU NÃO CONSEGUE RESPONDER AS PERGUNTAS

PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O PACIENTE CONFIRMA: (X) IDENTIDADE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO
 (X) PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ALERGIAS CONHECIDAS: (X) NÃO () SIM, DEVIDO A _____
 (X) CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: () NÃO () SIM
 (X) EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: () NÃO (X) SIM
 RISCO DE PERDA SANGUÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): () SIM () NÃO (X) MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO

OBSERVAÇÕES: _____ ACOLHIDO POR: Roussine

TRANSOPERATÓRIO

CIRURGIÃO: Dr. Ricardo Amorim AUXILIAR: Dr. Fustera + Dr. Nogueira
 ANESTESIOLOGISTA: Dr. Izabela ANESTESIA: Rafael + Ricardo
 CIRCULANTE: Gabriel
 POSICIONAMENTO: (X) DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITÔMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS: _____
 PLACA DE BISTURI: (X) SIM () NÃO LOCAL: ombro D
 EQUIPAMENTOS: (X) BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS: _____
 USO DE COXINS: () SIM (X) NÃO LOCAL: _____

SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(X) TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM (X) NOME DO PACIENTE
 (X) PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: 2hrs (X) CIRURGIA PROGRAMADA
 (X) PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA (X) PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM Cefazolima
 (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO (X) EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA:	Medicamento	HORA:	Medicamento
08:15	Ventamil + diuretic + Cefazolima	08:30	a. trapézica
08:20	propofol + remifentanyl + olivitor / 2		
08:25	opioide + maldetrol		
08:30	elevar a pressão		

HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
ADMISSÃO NA S.O.: 08:15	131 x 82	78	98
08:30	89 x 35	45	96
FIM DA CIRURGIA: 09:55	121 x 77	93	99

Gabriel Eduardo Mendonça
COREN - PB 1035.620-TE

PROCEDIMENTOS

(X) TÓT n.º _____ () SNG n.º _____ () SNE n.º _____
 (X) ACESSO CENTRAL TIPO: _____ LOCAL: _____ () WATERMAN () BLAKE
 (X) AVP: ABC CATETER N.º 18 LOCAL: Dr. Izabela () GUEDEL () SUCCÃO
 (X) PAM CATETER N.º _____ LOCAL: _____ () DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
 (X) SVD n.º _____ BALÃO COM _____ ml ABD () SVA () IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(X) NOME DO PROCEDIMENTO: Fractura do diáfise de fêmur D
 (X) ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE. (X) CONTAGEM DE COMPRESSAS
 (X) MATERIAIS PARA EXAMES (X) NÃO () SIM
 QUAL: _____
 PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: (X) NÃO () SIM
 QUAL: _____

INTEGRADORES DOS MATERIAIS



PARAÍBA
Governo do Estado



Sempre Unidos
PARAÍBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 150707

DATA DA CIRURGIA: 28/09/2020

Número do Atendimento: 2234390 Clín: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ERALDO VITORINO JUVINO DE LIRA

Data da Internação: 25/09/2020

Atendimento: 2234390

Diagnostico Pré-Operatório: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 28/09/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EULER FABRÍCIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador: NORMA

Anestesista: ISABELA FERNANDA DO PIMENTEL DONATO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA DIREITA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP 4,5MM LARGA DE 12 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA;
7. APOSIÇÃO DE DRENO DE SUÇÃO 4.8;
8. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 28/09/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA



SECRETARIA DA SEGURANÇA P. DA PESSOA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-067

EDIMAR JULIANO DA SILVA REGIS

SECRETARIA DE SEGURANÇA P. DA PESSOA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE - VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA P. DA PESSOA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-067

058.048.229-38

CARTÃO INGA-58

CASAR N. 8416.819.186 LIA-B-16

LIBRE

17/12/1963

DATA DE NASCIMENTO

SEVERINA PEREIRA DA SILVA

EDIMAR JULIANO DA SILVA REGIS

09/03/2020

DATA DE EXPIRAÇÃO

9.338.048

2.ª VLT. EXPIRADO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 4 912 761 DATA DE EXPEDIÇÃO: 17/03/2020

NOME: ERAILDO VITORIO JUVINO DE LIRA

FILIAÇÃO: ERAILDO MARRÊNCIO DE LIRA
 EDIANA JUVINO DA SILVA

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO: 10/03/2006

DOC. ORIGEM: NASC. N.º 9282-FLS. 085 LIV. A 10
 CARTÓRIO ITATUBA - PB

CPF: 140.974.674-16

Assinatura do Diretor

CARTÃO DE IDENTIDADE

Assinatura do Titular




ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



HO



03105

Correios AR MP

PESO (kg)



DY 13832801 4 BR

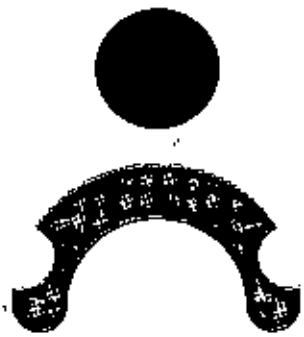


SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		E / Phone Number	
ENDEREÇO / Address			
IRON MOUNTAIN DO BRASIL (PROJETO STER) Rua Francisco de Souza Mello, 22 - Cordovil CEP: 21010-110 - Rio de Janeiro - RJ.			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
□ □ □ □ □ - □ □ □			

ATENDIMENTO





Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
EDIANA JUNINO DA SILVA REIS			
ENDEREÇO / Address			
RUA PROFESSORA HELENA NEVES MARTINS n.º QUATRO, S/N STADO ANTONIO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
58378-000	ITAJUBA	PE	

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)	
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)	
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1º ___/___/___ às 2º ___/___/___ às 3º ___/___/___ às		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em ___/___/___ (Reinstated to service post)		
Data ___/___/___ Responsável		

RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094408/21

Vítima: eraldo vitorio juvino de lira

CPF: 058.048.224-38

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 25/09/2020

CPF de: Representante

Titular do CPF: EDIANA JUVINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDIANA JUVINO DA SILVA : 058.048.224-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

eraldo vitorio juvino de lira : 058.048.224-38

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.