



Número: **0801231-82.2021.8.15.0201**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Ingá**

Última distribuição : **03/09/2021**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDIANA JUVINO DA SILVA (REPRESENTANTE)	ELYSSON BRUNO DO NASCIMENTO TRAVASSOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75857312	10/07/2023 11:42	Petição	Petição
75857316	10/07/2023 11:42	2837392_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
75857319	10/07/2023 11:42	2837392_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/08/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIANA JUVINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000868612199-1

Nr. da Autenticação CE33AEB7DEED3F79



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, osteossíntese 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:



Suelio Moreira T. Torres
Osteodonto e Traumatologia





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01667/01668 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 16828917





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

Rio de Janeiro, 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: INTERRUPÇÃO 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

Pag. 01299/01300 - carta_02 - INVALIDEZ

00030650



Carta nº 16873365





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00601/00602 - carta_25 - INVALIDEZ

00010301





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01297/01298 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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.

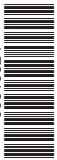
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00647/00648 - carta_15R - INVALIDEZ

00010324





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: OAMs (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 Vitorino 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: Eduana Junior da Silva

18 - CPF do Representante Legal: 058.048.224-38 19 - Profissão do Representante Legal: Agricultora

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00011843

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (a) (nascosa)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, 6/14/21

SUELIO MOREIRA TORRES 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: OAMs (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 Vitorino 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: Eduana 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00011843
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (a) (nascosa)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, 6/14/21

SUELIO MOREIRA TORRES 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

001 V002/2019



Autorização de pagamento



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 140.974.674-76	Nome completo da vítima ERBALDO VITÓRIA SUIVINO DE LIMA
--	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ERIANA JUVINO DA SILVA		CPF titular da conta 058.048.224-38	Profissão ACOLHITORA
Endereço PROF. HELENA N. DE OLIVEIRA		Número 914	Complemento
Bairro SANTO ANTONIO	Cidade ITATUBA	Estado PA	CEP
Email			Telefone (DDD) 83 8882-7485

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 type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADÉSCO (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 DIV. <input type="checkbox"/>		CONTA NRO. 00011843 DIV. <input type="checkbox"/>		BANCO Name <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>			
(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, 17 de MAIO de 2021
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ERIANA JUVINO DA SILVA
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPP.001 V001/2017





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº

Nº CIOF/COFOM:

LOG/SVD 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

Comandante da Guarnição (Nome, Posto/Grad. e Matrícula):
SD JOADERCY 526.390-5

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

Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):
SAMU INGA-PB

Acusado (s)

Nome Completo:

Nome Completo da Genitora:

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):

Ponto de Referência:

Informações Biométricas:

Cor da pele: _____ **Altura Estimada:** _____ **Cor dos cabelos:** _____ **Cor dos olhos:** _____ **Complição Física:** () Normal; () Magro; () Gordo

Marca (s) Característica (s) (Assinalar): () Tatagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros

(Descrever Marca Característica):

Nome Completo:

Nome Completo da Genitora:

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):

Ponto de Referência:

Informações Biométricas:

Cor da pele: _____ **Altura Estimada:** _____ **Cor dos cabelos:** _____ **Cor dos olhos:** _____ **Complição Física:** () Normal; () Magro; () Gordo

Marca (s) Característica (s) (Assinalar): () Tatagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros

(Descrever Marca Característica):

Nome Completo:

Nome Completo da Genitora:

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):

Ponto de Referência:

Informações Biométricas:

Cor da pele: _____ **Altura Estimada:** _____ **Cor dos cabelos:** _____ **Cor dos olhos:** _____ **Complição Física:** () Normal; () Magro; () Gordo

Marca (s) Característica (s) (Assinalar): () Tatagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros

(Descrever Marca Característica):

Nome Completo:

Nome Completo da Genitora:

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):

Ponto de Referência:

Informações Biométricas:

Cor da pele: _____ **Altura Estimada:** _____ **Cor dos cabelos:** _____ **Cor dos olhos:** _____ **Complição Física:** () Normal; () Magro; () Gordo

Marca (s) Característica (s) (Assinalar): () Tatagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros

(Descrever Marca Característica):

Nome Completo:

Nome Completo da Genitora:

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):

Ponto de Referência:

Informações Biométricas:

Cor da pele: _____ **Altura Estimada:** _____ **Cor dos cabelos:** _____ **Cor dos olhos:** _____ **Complição Física:** () Normal; () Magro; () Gordo

Marca (s) Característica (s) (Assinalar): () Tatagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros

(Descrever Marca Característica):

Nome Completo:

Nome Completo da Genitora:

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):

Ponto de Referência:

Informações Biométricas:

Cor da pele: _____ **Altura Estimada:** _____ **Cor dos cabelos:** _____ **Cor dos olhos:** _____ **Complição Física:** () Normal; () Magro; () Gordo

ORÇÃO DO OFÍCIO
Município de Inga - Paraíba
Nº 03/2021
AUTENTICAÇÃO
11.03.2021
ALAG5050-2859



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 Q58-1973 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 Nono 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 a 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 1º Ofício de Inq. 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 - INGLÁ - PB
Rua Para. João Pessoa 5 - Centro - Ingá - PB - CEP: 57300-000
AUTENTICAÇÃO
DATA em 11.09.2021
Auto Digital: ALA 65059-9PR
Cadastrado e autenticado em 11/09/2021
TEREZA DE OLIVEIRA
ESCREVENTE

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: _____

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

Suelio Moreira Torres Matricula: 133.191-0 Assinatura *Suelio Moreira Torres*



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 interdita 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: Eraldo Vitorino Junior de Lima CPF da Vítima: 140.974.674-76 Data do Acidente: 25/09/2020

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Ediana Junior da Silva CPF do Representante legal: 058.048.224-38
Email: _____ Telefone (DDD): (83) 98882-7425

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

DALF 001 V001/2017





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: OAMs (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 Vitorino 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: Eduana Junior da Silva

18 - CPF do Representante Legal: 058.048.224-38 19 - Profissão do Representante Legal: Agricultora

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00011843

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (a) (nascosa)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, 6/14/21

SUELIO MOREIRA TORRES 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

001 V002/2019





GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho



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

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas
Campina Grande - PB CEP: 58.432-809

Email: juridico.traumatg@gmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60





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:

Anestesiista: **IZABELLE DINIZ DE FRANCA COSTA**

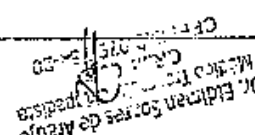
Medicamentos:

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**





PARAÍBA
Governo do Estado

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 FEMÜR

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

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

Stamp: 30/09/2020
Assinatura de Eldiman Soares De Araujo

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 Nacional 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 PRONTUÁRIO 2234390	
7 - CARTÃO DO SUS 706803241727323	8 - DATA DE NASCIMENTO 10/03/2006	9 - SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL EDIANA JUVINO DA SILVA		11 - TELEFONE DE CONTATO CID: 83 Nº DE TEL: 987386527	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) PROCURADOR LUIZ PECONHAS, 0, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Itatuba		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250720	15 - UF PR
		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 () CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) 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 (Y) DO REGISTRO DO CONSELHO
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CIPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CIPJ EMPRESA		40 - CNAB DA EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			41 - CBUR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Y) DO REGISTRO DO CONSELHO	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			





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	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	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 06 24 06
5	TENOXCAM 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	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	S/N
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	S/N
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	etc
11	HIGIENE ORAL	cte

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. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
3324





Paraná
PARAÍBA
Governador João Pessoa

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

Horas: 10:05:18

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

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 - 4
Clínica: 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 96
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	10 18 27-28
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 3ML ABD.	18 06
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. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	28
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	S/N 02:30
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓
10	HIGIENE ORAL	✓

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

IDPO PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Está em observação

ASSINATURA + CARIMBO

Schubert Luigi Costa Rodrigues

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





PARAÍBA
Governador do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/09/2020

Horas: 08:10:49

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 - 5

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

DIA 30/09/2020

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1FRASCO/Ampola, 12h/12h	
4	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 +/4+
FEBRE -
NV OK
EDEMA MID
FO: SECA

VPM

Dr. Eldiman Soares De Araujo
Médico Diarista
C.R.C. 12.124/20
O.P. 660.078.124/20

ASSINATURA + CARIMBO

Eldiman Soares De Araujo



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	
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"/> DISPA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNEIA <input type="checkbox"/> OUTRO
DOR AGUDA	<input 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 IDADE <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO FÍSICA <input checked="" 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 type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	ABRANGIMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> AVALIAR DILATAÇÃO 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"/> 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"/> OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ <input type="checkbox"/> MELHORA DA ACEITAÇÃO ALIMENTAR <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 checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS <input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	<i>2x dia 6l/h</i>	<input checked="" type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input checked="" 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"/> OBSERVAR A FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLORENTIS	<i>claras</i>	<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS <input checked="" type="checkbox"/> MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>se possível 6x/dia</i>	<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

B. RISCO DE QUEDA (RISCO ADORIMORSE)
 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 CARIMBÓ:

25/09/2020

Suelio Moreira Torres
 ENFERMEIRA COREN 33861
 DEUS É FIEL



7-3. Suelio Moreira Torres

24-09-2020 => EDIARNA JUUNOZLIA

25-09-2020 => EDIARNA JUUNOZLIA

26-09-2020 => EDIARNA JUUNOZLIA

27/09/20 - EDIARNA JUUNOZLIA



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

IDENTIFICAÇÃO Enaldo Rufino J. de Souza
 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:
 MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ap. Jantar

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

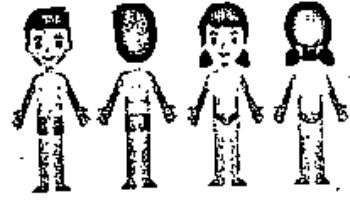
AValiação da VOZ: () DISFONIA () DISARTRIA
 AValiação da RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS
 AValiação DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

AValiação da VISTA: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.:
 AValiação da SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:
 AValiação da CIRCULAÇÃO 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 DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

AValiação da ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS:
 AValiação da DEFECAÇÃO: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS:
 AValiação da 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 FERIDA POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local:
 AValiação da Realização anatômica da ferida; Curativo em:



AValiação do CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO
 AValiação do CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE
 AValiação da HIGIENE CORPORAL: () SATISFATORIA () INSATISFATORIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATORIA () INSATISFATORIA
 AValiação da IMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

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

AValiação DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
 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)			
08:00		36,2	83	99						<i>[Signature]</i>	SOG/SNG/SNE SVF	
20:00		37,1	90	99						<i>[Signature]</i>	CIRCUITO DE VM FILTRO DE VM UMIDIFICADOR ASPIRADOR LATEX EQUIPO SIMPLES	

Realizado em 14/7 com MSN. Ferida sempre reiniciada como de rotina CVM - *[Signature]*



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

IDENTIFICAÇÃO Guilherme Victoriano da Silva

Idade: _____ Sexo: _____ Enf/Leito: 7.3
 História Pregressa: Doenças prévias () Motivo: Alergias () Qual? _____ Doença () ASMA () DM
 Neoplasia () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

DIAGNÓSTICO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

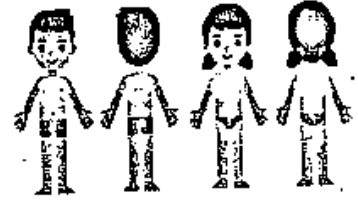
AValiação das Necessidades Psico-Biológicas
 Avaliação Neurológica: CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO
 Mobilidade Física: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____
 Linguagem: () DISFONIA () DISARTRIA
 Respiração: ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

Recepção 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: _____
 Ferida: () LOCAL OBS.: _____

Alimentação e Eliminações: (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Estado 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 Cutâneo-Mucosa
 Coloração da Pele: NORMOCORADA () HIPOCORADA
 Pele: () ÍNTEGRA () LESÃO OUTROS: _____
 Medição 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
 Mobilidade Física: ACAMADO () CADEIRA DE RODAS SONO/REPOUSO: PRESERVADO () INSÔNIA

AValiação das Necessidades Psico-Sociais
 Comunicação: PRESERVADA () PREJUDICADA
 Sentimento/Comportamentos: COOPERATIVO () OUTROS: _____

i. 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 INSERÇÃO
	(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	<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"/> DISP <input type="checkbox"/> BATIMENTO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNEIA <input type="checkbox"/> OUT
DOR AGUDA	<input 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 CORP RAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> EXTREMOS DE IDADE <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"/> OUT <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 INFEÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	ABRANGIMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL	<i>rotina</i>	<input type="checkbox"/> OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		<input type="checkbox"/> MELHORA DA AACEITAÇÃO ALIME
<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
<input type="checkbox"/> AFERIR GLICEMIA CAPILAR E REGISTRAR		
<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 checked="" type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR	<i>exat eleli.</i>	<input type="checkbox"/> CONTROLÉ DA DOR (MELHO- RADA OU AUSENTE)
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
<input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE- SULTADOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERA- TURA CORPORAL DENTRO DOS LI- MITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	<i>diário</i>	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORAR A INTEGRIDADE DA PE
<input type="checkbox"/> VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		<input type="checkbox"/> RISCO DE DesequilíbrIo DIMINUI
<input type="checkbox"/> OBSERVAR A FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO, VENDO PARA SINAIS ALGÉSTICOS		
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	<i>se possível rotina</i>	<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECC- ÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA ESCALA DE RISCO

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 DISTÚRBIo NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? SIM NÃO

ASSINATURA E CARÍMBO:

Vera Luciana Rosa Aquino
 ENFERMEIRA COREN 80501
 DEUS E FÉ

28/09/2020



GOVERNO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

Campina Grande - PBCEP: 58.432-809

Email: chefiarhtraumacg@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. Augusto de Saia</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:	COREN:

Jan...



25/09/2020

HTCC-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

25.09.2020 - ORTOPEDIA

Cl. Progn. transitório

Intenç hospitalar p/ trto conservador

p/ de d/psa de fratura

Dr. Edmar Tábico A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9967

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

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

SUELIO MOREIRA TORRES
Ass. do paciente ou responsável quando necessário

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IOADE

processi.php?contar=2234372&dataatend=2020-09-25&atend=02:15:14

2/3



25/09/2020

HTCG-Panel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/00385211
 Av. Maj. 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 : NÃO
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
Vanessa de Amorim Queiroz N. Cabino
COREN-PB 166.148





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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: <i>Carla Vitória de Sousa Lima</i>							PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:
Rx - COXA DIREITA
Rx - QUADRIL

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

Carla Vitória de Sousa Lima
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2023 11:42:29

MOD. 002





Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/09/2020

Horas: 09:42:30

Médico (a) / Otorista: 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 PEDIÁTRICA Enfermaria: 7 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA FEDE DIAFISE DE FEMUR DIREITO

ot

7-3

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 SÓDICA 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 Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SU.
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SU. 20h
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ct
9	HIGIENE ORAL	ct

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 + CARIMBO

Hallisson Barros De Almeida



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Erinaldo Vitorino Junior de Lira DU-10/03/2006</i>					 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI: <i>03</i>	LEITE: <i>03</i>	CONVÊNIO: <i>SUS</i>	IDADE: <i>14</i>	REGISTRO: <i>2234390</i>		
CIRURGIA: <i>1º crur de fixação do desloc. femur D. Riesenrodt. Dr. Gleber + Dr. Wagner</i>		CIRURGIAO: <i>Dr. Gleber</i>				
ANESTESIA: <i>raqui + relaxação</i>		ANESTESIA: <i>Dr. Tereza</i>				
INSTRUMENTADORA: <i>Norma</i>		DATA: <i>28/09/2020</i>	INICIO: <i>08:15</i>	FIN: <i>09:55</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
<i>02</i>	Adrenalina amp.	<i>01</i>	Calet. p/ Óxg.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	<i>45</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
<i>01</i>	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Serlix	
	Eirane ml	<i>01</i>	Dreno <i>4-F</i>		Catgut Simples Serlix	
	Fenagim amp.		Dreno Kof n°		Catgut Simples Serlix	
<i>2a</i>	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	<i>01</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<i>01</i>	Mercaina <i>pesado</i> % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
<i>01</i>	<i>Provera amp. diluída 0,2</i>		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Proligmine amp.	<i>02</i>	Espandrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Proxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>02</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	<i>04</i>	Mononylon <i>2-0</i>	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serlix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serlix	
<i>01</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serlix	
<i>02</i>	Dipirona amp.	<i>03</i>	Luvas 7.0		Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp.	<i>04</i>	Luvas 7.5		Vicryl Serlix	
	Fiebocontid amp.		Luvas 8.0	<i>02</i>	Vicryl Serlix <i>0u</i>	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	<i>02</i>	Oxigênio l/m <i>3L/min</i>			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml	<i>02</i>	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanaktion amp.	<i>02</i>	Sabão Antiséptico	<i>02</i>	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<i>05</i>	Saco coletor <i>04x16</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	<i>02</i>	Seringa desc. 40 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	<i>02</i>	Seringa desc. 20 ml	<i>02</i>	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	<i>02</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>03</i>	SG fr 500 ml <i>1/1/1</i>	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuplanon amp.		Sonda lilly	Qtd.	ORTES E/ PROTESE	
<i>02</i>	<i>Gelatina 1g colozolone</i>		Sonda Nasogástrica		<i>Bio Implants</i>	
<i>02</i>	<i>muco digest</i>		Sonda Uretral n°		<i>01 placa loga 4,5x120</i>	
			Sterydrem ml		<i>01 parafusos corticau</i>	
		<i>01</i>	Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	<i>01</i>		
	Agulha desc. 25 x 7	<i>01</i>	Gelcon 18			
<i>03</i>	Agulha desc. 28 x 28		Latex		EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	<i>elétrico</i>		<input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° <i>25</i>				<input type="checkbox"/> Serra	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério
<i>01</i>	Álcool de Enfermagem				<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
	Álcool Iodado ml				<input checked="" type="checkbox"/> Eco Frontal	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
	Ataduras de Crepon				<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

[Assinatura]

MCD 066



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 () 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 () TAQUIPNÉIA
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	ARRAZOAMENTO	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 ACEITAÇÃO ALIME
() MANTER OXIMETRIA 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	6/6	() MELHORAR PERFUSÃO TISS. AR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ () CONTROLE DA DOR (MELHO- RADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE- SULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS () REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)	Diário	() MANUTENÇÃO DA TEMPERA- TURA CORPORAL DENTRO DOS LI- MITES FISIOLÓGICOS () 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 À 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	72h	() DIMINUIR O RISCO DE INFEC- ÇÃO
OUTRO		

8. RISCO DE Queda (Relatório de Risco)
 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: *Suelio Moreira Torres* 27/09/20
 ENFERMEIRA
 COREN - PB 000.564.492



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. 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 INERCAZ	<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"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BATEMENTO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNÉIA <input type="checkbox"/> OUTRO
DOR AGUDA	<input 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"/> TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> EXTREMOS DE IDADE <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 type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APREZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> AVALIAR DISTENSAO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> AVALIAR A INGESTAO 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"/> 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 <input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS <input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	6/6	<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ <input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<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"/> 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	72h	<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS <input type="checkbox"/> MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (RUBRICADA POR SEI)

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
 POSITURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? SIM NÃO

ASSINATURA E CARIMBO: *José Torres* 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
 Neoplasia () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

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

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

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

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

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

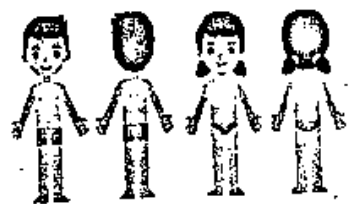
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)
 ESTADO SOMÁTICO: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: VO () SNG () SNE () OUTROS: _____
 DEFECAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA
 COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA
 LESÃO: () ÍNTEGRA LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____
 Localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: _____



ATIVIDADE CORPORAL E SONO/REPOUSO
 ATIVIDADE CORPORAL: () INDEPENDENTE DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE
 HIGIENE CORPORAL: SATISFATORIA () INSATISFATORIA HIGIENE BUCAL: SATISFATORIA () INSATISFATORIA
 IMOBILIZAÇÃO 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 INSERÇÃO
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
10:00	-	36,9	104	96						<i>[Signature]</i>	SO2/SNG/SNE SVF	
10:00	-	36,8	86	99						<i>[Signature]</i>	CIRCUITO DE VM FILTRO DE VM UMIDIFICADOR ASPIRADOR LATEX EQUIPO SIMPLES	

*Realizado com sucesso com AGE
 sem qualquer problema*

[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 INEFCAZ	() 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	ABRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL () AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL () AFERIR GLICEMIA CAPILAR E REGISTRAR	CPM	() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ () MELHORA DA AACEITAÇÃO ALIMENT.
() MANTER OXIMETRIA 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 () REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)	8/64	() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ () CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() OBSERVAR A FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOSTÓTICOS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS () REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	S.V R. Silva	() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS () MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO () DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

RISCO DE QUEDA (NÃO CALABRIMORSE)
 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:

26.09.2020
 Lílana Barbosa de Albuquerque
 Enfermeira
 COF 201123553





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



SUS
 Sistema
 Único
 de
 Saúde

Sr(a): **ERALDO VITORINO JUVINO LIRA** Protocolo: **0000551495** RG: **NÃO INFORMADO**
 Dr(a): **EULÉR 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.....	83,0	7.553
Eosinófilos.....	1,0	91
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	10,0	910
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	273
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	211.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Emissão : 25/09/2020 15:09 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: BED5-AFC5-A4AE-5039-4FFF-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

ENDEREÇO: PROCURADOR LUIZ PEÇONHAS

BAIRRO: CENTRO

Identidade:

Idade: 014

PRONTUÁRIO:

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

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz



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

ENDEREÇO: PROCURADOR LUIZ PEÇONHAS

BAIRRO: CENTRO

Identidade:

Idade: 014

PRONTUÁRIO:

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

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

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



DATA → 28/09/2020

7310
SUS

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

IDENTIFICAÇÃO Eraldo Nitero

nome: Idade: 14A Sexo

Enf/Leito 7-3

HISTÓRIA PREGRESSA

Doenças prévias () Motivo: Alergias () Qual?

Doença () ASMA () DM

Medicações em uso:

Neoplasia () Outros: _____

DOENÇA ATUAL:

Objetivo da internação hospitalar diagnóstico médico: fr. femur

AValiação das necessidades psicobiológicas

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

Capacidade física: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

AValiação da voz: () DISFONIA () DISARTRIA

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

REcepção dos órgãos dos sentidos:

AValiação: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS: _____

Segurança física: TRANQUILO AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS: _____

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

Temperatura: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

Estado somático: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

DENTIÇÃO: COMPLETA () INCOMPLETA

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

Eliminação intestinal: NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

Eliminação urinária: ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

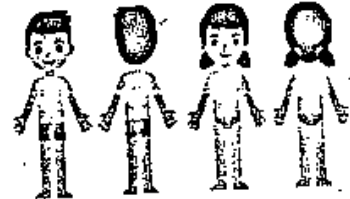
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

Coloração da pele: NORMOCORADA () HIPOCORADA

Lesão: () INTEGRÁ () LESÃO OUTROS: _____

Medição por pressão: () SIM NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

Localização anatômica da ferida; Curativo em: _____



ATIVIDADE CORPORAL E SONO/REPOUSO

Uso 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	GLICÊMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
14h	-	36,3	73	98	-	-	-	-	-		SNG/SNE SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

→ realizado procedimento haste 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"/> DISPA <input type="checkbox"/> SATIMENTO 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 IDADE <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 INFEÇÃO	<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 RESPIRATORIO 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 CÉLULA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARASINAIS FLÉGÍSTICAS <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		

9. RISCO DE Queda (R) RISK OF FALLS:

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:

*Suelio
Moreira Torres*



27.09.2020

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

IDENTIFICAÇÃO Erinaldo Vitorio f. de Lima 7-3
 Nome: Idade: Sexo: Enf/Leito

HISTÓRIA PREGRESSA

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

DOENÇA ATUAL:

ATIVIDADE DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura de fêmur

AValiação DAS NECESSIDADES 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

RECEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

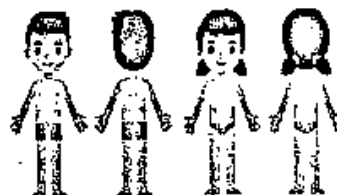
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

LESÃO: () ÍNTEGRA () LESÃO OUTROS: _____

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

Localização anatômica da ferida; Curativo em: _____



ATIVIDADE CORPORAL E SONO/REPOUSO

ATIVIDADE CORPORAL: () INDEPENDENTE DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

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

IMOBILIZAÇÃO 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:

TEMPORALIDADE	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)			
11/09/20	110	36,3	84	98		+				<i>[Signature]</i>	SNG/SNE	
20/09/20	110	36,3	84	98		+				<i>[Signature]</i>	SNG/SNE	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2023 11:42:29
 https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071011422865900000071459890
 Número do documento: 23071011422865900000071459890



DATA →

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

IDENTIFICAÇÃO Eraldo Vitorio J. de Lora
ne: Idade: 14A Sexo: _____ Enf/Leito: _____

73

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

Ortop.

DOENÇA ATUAL:
MOTIVO 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: _____

REGULAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:
PERCEÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS: _____
REGULÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

TEMA: () LOCAL OBS: _____

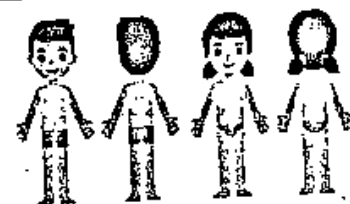
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)
PO SOMÁTICO: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () CÔMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: LÍQUIDO () 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: _____

TESTE DE PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____
Realização anatômica da ferida: _____ Curativo em: _____



ATIVIDADE CORPORAL E SONO/REPOUSO
NÍVEL DE ATIVIDADE CORPORAL: () INDEPENDENTE DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE
HIGIENE CORPORAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

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

AValiação DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA
SENTIMENTO/COMPORAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

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

AVALIAÇÃO GERAL:										ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICÊMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO			
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			
11hs	-	36,2	72	99%						<u>Calúria</u>	SOG/SNG/SNE	
14:00		35,4	84	99%						<u>[Assinatura]</u>	SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

→ Realizado curativo no fixador (local). Calúria, 14:00 - sem, qualque dor, medicado c.p. medica. [Assinatura]





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 - I
 Clínica: ALA PEDIÁTRICA Enfermaria: 7 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA FEDE DIAPÍSE DE FEMUR DIREITO

7-3

em

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

Item	Prescrição	Aproximado
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	18 06
3	PIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	SIN
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. ISÉRINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SIN 22:30
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK
9	HIGIENE ORAL	

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

1 DIH

AO LEITO, SOB TTE

DOR +
 FEBRE -
 EDEMA EM COXA D
 NV OK

SONO OK

DIURESE +
 EVACUAÇÕES -

VPM

UB: 119

Dr. Eldiman Soares de Araujo
 Médico Traumatologista-Ortopedista
 CRM: 6960
 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) Folha 1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
3 - NOME DO PACIENTE

4 - DATA DE NASCIMENTO

5 - SEXO
MASC. FEM.

6 - ENDEREÇO DO PACIENTE

7 - CIDADA NACIONAL DO PACIENTE (PSE)

8 - HORAS DA ÚLTIMA CONSULTA

9 - CIDADA DO PACIENTE

10 - TELEFONE DE CONTATO DO PACIENTE

11 - CIDADA DO PACIENTE

12 - CIDADA DO PACIENTE

13 - CIDADA DO PACIENTE

14 - CIDADA DO PACIENTE

15 - CIDADA DO PACIENTE

16 - CIDADA DO PACIENTE

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI)

18 - RESOLUÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR

19 - RESOLUÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

20 - RESOLUÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO AUTOPSO

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

23 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

41 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

42 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

43 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

44 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

45 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

46 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

47 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

48 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

49 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

50 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

52 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

53 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

55 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

56 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

58 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

59 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

61 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

62 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

64 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

65 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

67 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

68 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

70 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

71 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

73 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

74 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

76 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

77 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

79 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

80 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

82 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

83 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

85 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

86 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

88 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

89 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

91 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

92 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

94 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

95 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

97 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

98 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

99 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

100 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

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

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DE COLETAÇÃO

43 - ENDEREÇO

44 - Nº DO DOCUMENTO (RUBRICA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REQUERIDO DO COMÉRCIO)

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DE COLETAÇÃO

48 - ENDEREÇO

49 - Nº DO DOCUMENTO (RUBRICA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REQUERIDO DO COMÉRCIO)





Semas Saúde
PARAIBA
Estado do Rio Grande do Norte

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

Horas: 04:15:10

Médico (a) Diarista: Euler Fabricio Alves Cruz

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 DH - 0
Clínica: ALA PEDIÁTRICA Enfermeiro: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA FEDE DIAFISE DE FEMUR DIREITO 7-3

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

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

EVOLUÇÃO

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

EM ADMISSÃO 08:00

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.

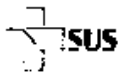
CONDIÇÃO: TRACÇÃO TRANSTIBIAL- SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIOS: INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
DR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CREL-03 8907





Sistema Único da 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 | 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. ERITROGRAMA, HEMATOCRITO, HEMOGLOBINA
CRM-PB 99027



Sistema Único da 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 | 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. ERITROGRAMA, HEMATOCRITO, HEMOGLOBINA
CRM-PB 99027





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

0445

Hospital: de Emergência e Trauma de P. Código: 0000
 Procedimento: Artroscopia de Femur Cód. Procedimento: _____
 Paciente: Bruno Vitorino Juliano de S. M.
 Data da Cirurgia: 28/09/20 Nº prontuário: 2234390 Convênio: especial
 Cirurgião: M. Gullen Código: _____ Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
03	Placa DP Longa 4,5 x 12 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: _____

J. Wagner Luiz Egídio de Araújo
 DR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926

BioImplants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
 Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



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 Souza</i>			IDADE <i>49</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		
URDIA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL <i>consciente</i>			ATARAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fx femur</i>					ESTADO FÍSICO <i>A2-A2</i>	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
ACE ANESTÉSICOS								
	LIQUIDOS	<p><i>500</i> <i>500</i> <i>250</i></p>						
CÓDIGOS VP - ARTERIAL - O - PULSO - O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO								
	SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<p><i>NOX 0.5 1.5</i> <i>neurexlon 4+4</i> <i>doxice 0.5</i> <i>opopma 2</i> <i>doxomol 3</i></p>						
POSICAO	<i>O - cabeça orel</i>							
AGENTES	<i>propofol 2g</i>							
TECNICA	<i>propofol + Selt</i>					CÁNULAS		
OPERAÇÃO	<i>Fr. de fratura da Fx diafise de femur</i>							
CIRURGIÕES	<i>Dr. Fricoles A. 1 equipe</i>							
ANESTESISTAS	<i>Isabela Donato</i>							
OBSERVAÇÕES	<i>ANESTESIOLOGISTA</i> <i>CRM 4184</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: ACORDADO () SONOLENTO () ACORDA QUANDO CHAMA () DORMINDO
 ESCALA DE DOR (CIRCULE O NÚMERO):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LEVE						MODERADA			

TROCADO CURATIVO: () SIM /VEZES () NÃO MOTIVO:
 DESPREZADO: () SIM /VEZES () NÃO VOLUME TOTAL:
 DRENAGEM DE SONDA E/OU DRENO: () SIM /VEZES () NÃO ASPECTO/COR:
 DESPREZADO DIURÉTICO: () SIM /VEZES () NÃO VOLUME TOTAL: ASPECTO/COR:

SINAIS VITAIS		TEMPERATURA	FR	SpO2	HGT
HORA/SSVV	FC	P.A.			
10:00	70bpm	130x63	-	97%	-
13:00	70bpm	132x63	-	98%	-

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK						
HORA	CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	ATIVIDADE	SATURAÇÃO	I.A.X. / TOTAL
ENTRADA:						
SAÍDA:	11:00	2	2	2	2	10

CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	ATIVIDADE	SATURAÇÃO
2 1 0	2 1 0	2 1 0	2 1 0	2 1 0

INTERCORRÊNCIAS NA SRPA
 NAUSEAS VÔMITOS SANGRAMENTOS DOR ALTERAÇÃO P.A. ALTERAÇÃO F.C. TREMORES
 EDEMAS BEXIGOMA DESSATURAÇÃO 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
Para avaliar, o nível de dor, avaliou HTF com a enfermeira
Anestesiologista

RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO: ALTA DA SRPA: DATA/HORA: Dr. Suelio Moreira A. do E.U.
 Anestesiologista
 CRM - 100000





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

PACIENTE: Carvalho Vitorino Guiliano de Lima IDADE: 34a
 DATA DE CHEGADA NO CC: 23/09/20 HORA: 07:50
 CIRURGIJA PROGRAMADA: Fract. de diáfise de fêmur CIRURGIJA RESPONSÁVEL: Dr. Ricardo Amorim

ACOLHIMENTO

ESTADO GERAL:	() GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR (X) BOM
PREPARO:	(X) JEIUM TEMPO DE JEIUM: () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADRONDS
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 PRE-OPERATÓRIOS:	() RISCO CIRURGICO () EX. LAB. (X) RAIOS-X () USG () TOMOGRAFIA
NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE:	TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIJA () NSA () OUTROS: () SIM () NÃO LOCAL: () PACIENTE NÃO CONTACTUA OU NÃO CONSEGUE RESPONDER AS PERGUNTAS
PRIMEIRA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIJA 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 (X) EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: () NÃO () SIM 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: <u>Luciene</u>

TRANSOPERATÓRIO

CIRURGIJA	<u>Dr. Ricardo Amorim</u>	AUXILIAR	<u>Dr. Rafael + Dr. Wagner</u>	SALA:
ANESTESIOLOGISTA	<u>Dr. Gabriel</u>	ANESTESIA	<u>Rafael + Wagner</u>	
CIRCULANTE	<u>Gabriel</u>			
POSICIONAMENTO:	(X) DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITÔTOMICA () GENUPEITORAL () OUTROS:			
PLACA DE BISTURI:	(X) SIM () NÃO LOCAL: <u>ombro D</u>			
EQUIPAMENTOS:	(X) BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () ARCO CIRURGICO () LASER () OUTROS:			
USO DE COXINS:	() SIM (X) NÃO LOCAL:			
SEGUNDA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIJA SEGURA				
(X) TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM (X) PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIJA; DURAÇÃO ESTIMADA: <u>2hs</u> (X) PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO	(X) NOME DO PACIENTE (X) CIRURGIJA PROGRAMADA (X) PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM <u>Cefazolin</u> (X) FARMÁCEUTICOS ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O			
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA				
HORA: <u>08:15</u>	<u>Propofol + diazepam + Cefazolin</u>	HORA: <u>08:30</u>	<u>Propofol a 1mg/ml</u>	
HORA: <u>08:20</u>	<u>Propofol + diazepam + Cefazolin</u>	HORA:		
HORA: <u>08:25</u>	<u>Propofol + diazepam</u>	HORA:		
HORA: <u>08:30</u>	<u>Propofol + diazepam</u>	HORA:		
HORÁRIO	PA	F.C	SPO2	
ADMISSÃO NA S.O.: <u>08:15</u>	<u>131 x 82</u>	<u>78</u>	<u>98</u>	Gabriel Eduardo Mendonça COREN - PB 1035.620-TE
<u>08:30</u>	<u>89 x 35</u>	<u>45</u>	<u>96</u>	
FIM DA CIRURGIJA: <u>09:55</u>	<u>121 x 77</u>	<u>93</u>	<u>99</u>	

PROCEDIMENTOS	REALIZADO POR:	DRENOS E CANTULAS
(X) TOT n.º () SNG n.º () SNE n.º		() PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
(X) ACESSO CENTRAL TIPO: LOCAL:		() WATERMAN () BLAKE
(X) AVP: <u>AVC</u> CATETER N.º <u>18</u>	<u>Dr. Gabriel</u>	() GUEDEL () SUCCÃO
(X) PAMI CATETER N.º LOCAL:		() DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
(X) SVD n.º BALÃO COM ml/ABD () SVA		() IRRIGAÇÃO VESICAL
TERCEIRA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIJA SEGURA		
(X) NOME DO PROCEDIMENTO (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



Sua voz conta
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 FABRICIO 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:

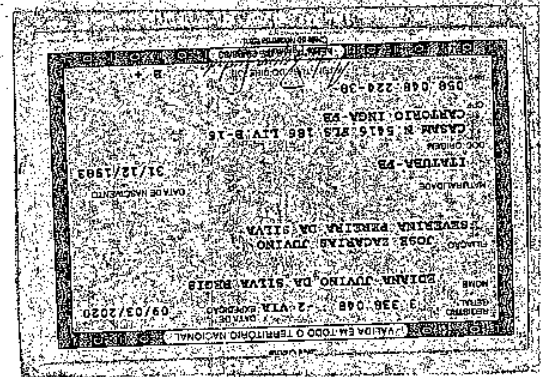
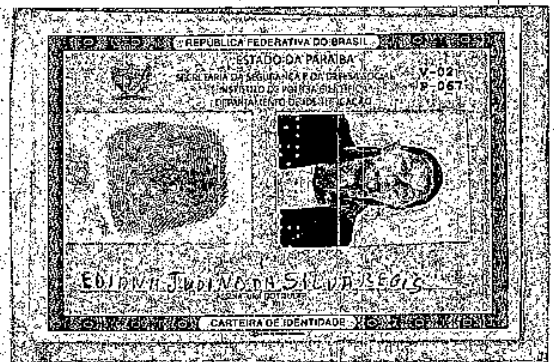
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA DIREITA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP 4,5MM LARGA DE 12 FUROS + 8 PARAFUSOS 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
R. Emergência - Traumatologia
CRM-PB 9907





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.912.761 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/03/2020

NOME ERALDO VITORIO JOVINO DE LIRA

RENDA ERALDO MERENCIO DE LIRA
EDIANA JOVINO DA SILVA

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

POC ORDEM NASC N 9262 FLS 085 LIV A 10
CARTORIO ITATUBA PB

140.974.674-16

Assinatura do Diretor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do Diretor

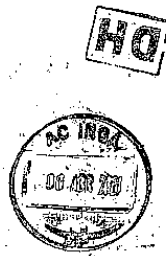
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

140.974.674-16

10/03/2006

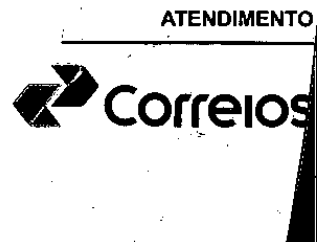
17/03/2020

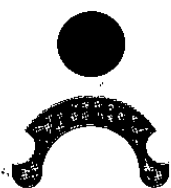




SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		E / Phone Number	
IRON MOUNTAIN DO BRASIL (PROJETO STER)			
Rua Francisco de Souza Mello, 22 - Cordovil			
CEP: 21010-10 - Rio de Janeiro - RJ.			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
21010-10	RIO DE JANEIRO	RJ	BR





Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

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

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

dpvat_oficial DPVAToficial DPVAToficial seguradoralider-dpvat

Blog: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
EDIANA SUINO DA SILVA PEGIS			
ENDEREÇO / Address			
RUA PROFESSORA HELENA NEVES MARTINS AT-OQUIFIDO, S/N			
STRAS ANTONIO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
98378-000	ITAPUWA	PR	

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)	
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insuff. Address)	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Endorsee)	<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 _____	



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094408/21

Vítima: eraldo vitorio juvino de lira

Data do acidente: 25/09/2020

CPF: 058.048.224-38

CPF de: Representante

Titular do CPF: EDIANA JUVINO DA SILVA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

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.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE INGA/PB

Processo: 08012318220218150201

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDIANA JUVINO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

INGA, 6 de julho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2023 11:42:30
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071011423003100000071459893>
Número do documento: 23071011423003100000071459893

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2023 11:42:30
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071011423003100000071459893>
Número do documento: 23071011423003100000071459893