
Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200314731

Vítima: VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0247294-20 3 - CPF da vítima: 008.727.137-09 4 - Nome completo da vítima: VALDINEZ DE LIMA CASCAHIO

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

5 - Nome completo: VALDINEZ DE LIMA CASCAHIO 6 - CPF: 008.727.137-09

7 - Profissão: MONTEIRO 8 - Endereço: RUA PRUDENTE DE ARAÚJO 9 - Número: 2291A 10 - Complemento:

11 - Bairro: ESTACÃO VELHA 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58400000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83-983751173

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0041 013 CONTA: 00437664 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, para Remoc 02.09.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000122/20

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000122/20 registrada em 11/08/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos onze dias do mês de agosto do ano de 2020, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 15:25 horas, compareceu o Sr. VALDINEZ DELIMA CASEMIRO, com 47 anos de idade, filho de GERALDO ANTONIO CASEMIRO e MARIA DE LOURDES DE LIMA CASEMIRO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, União Estável, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 1535863, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 00872713709, residindo à rua PRUDENTE DE MORAIS, 229, bairro TAMBOR, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante que por volta das 18h00min do dia 27.02.2020, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Campinote de Lagoa Seca/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/XR 250 TORNADO, de cor vermelha, ano/modelo 2004/2004, chassi nº 9C2MD34004R013714, de placa MND-6563/PB, licenciada em nome de Vila Silva Sousa, quando perdendo o controle de direção e caiu ao solo, após o pneu dianteiro da moto derrapar em uma areia solta existente na via, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido por populares e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, informa ainda que não foi realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares do BPTan; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto, não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 11 de Agosto de 2020

Valdinez Delima Casemiro
VALDINEZ DELIMA CASEMIRO

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 030.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0297294-20 3 - CPF da vítima: 008.727.137-09 4 - Nome completo da vítima: VALDINEZ DE LIMA CASCAHO

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

5 - Nome completo: VALDINEZ DE LIMA CASCAHO 6 - CPF: 008.727.137-09
7 - Profissão: MONTAXI 8 - Endereço: RUA PRUDENTE DE ARAIS 9 - Número: 2291A 10 - Complemento:
11 - Bairro: Gstação Velha 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 584.00000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83-983751173

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0041 013 CONTA: 00437664 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320031473101

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000437664

Número da Autenticação

768B07D5D20B5456

RUA PRUDENTE DE MORAIS, 229 / A - ESTACAO VELHA
CAMPINA GRANDE / PB CEP 58400000 (AG 401)

CPF/CNPJ/RAR: 854 480 324-04

Grupo CONVENCIONAL BARRA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 18 - 401 - 820 - 900 HP Medidor C1716509411



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

4/95-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000000000000



VALOR DA FATURA

R\$ 74,90



VENCIMENTO

21/08/2020



REFERÊNCIA

Jul / 2020



CONSUMO

94kWh

3,24 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIÇÃO

CCI	Descrição	Quant	Taxa de Tributos	Valor Base Calc: Total (R\$)	Alq ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc: (R\$)	PS (R\$) Colm (R\$)	PS/Colm 1,0845% (R\$)	4,8965% (R\$)	
0801	Consumo em kWh	94	0,722020	67,87	67,87	25	16,96	67,87	0,73	3,39
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			8,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0809	BÔNUS ITAPULÉ 104820302 1202019			-1,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	74,90	67,87	16,96	67,87	0,73	3,39
Taxa de Tributos	0,487680						

RESERVADO AO FISCO

5cb7.81ea.973d.4a7b.c04c.6d16.7a7c.bab3.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Jul19	77
Ag19	85
Set19	55
Out19	88
Nov19	103
Dez19	129
Jan20	128
Fev20	136
Mar20	122
Abr20	126
Mai20	109
Jun20	99
Média	100

LEITURAS

Anterior 25/06/20	22218
Atual 24/07/20	22310
Consumo	94 kWh
Período	28 dias
Constante do medidor	1

PRÓXIMA LEITURA
25/08/2020

COMPENSAÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist da Energia BC	18,47	21,58
Consumo de Energia	23,88	31,04
Serviço de Transmissão	3,36	4,36
Encargos Setoriais	3,29	4,31
Impostos Diretos e Encargos	29,50	38,87
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	78,29	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref: 6/2020) R\$ 29,04

INDICADORES DE QUALIDADE

METRA	MENSAL	APURAÇÃO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o usuário tem energia - GIC	4,83	0,00	6,67	18,34
Segs que o usuário tem energia - FIC	3,11	0,00	6,22	12,45
Duração da maior interrupção de energia no período - OMIC	2,89			
Duração da interrupção individual em dia crítico - OICR	12,22			

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ONE e Whatsapp: (83) 99136-5540.

MKT/Julho 2020/0000



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Wagner de Luis Giron

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 5826 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 27 / 02 / 2020 A 01 / 03 / 2020 NECESSITANDO DE
10 dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 01 / 03 / 2020

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

**PARAÍBA**
Governo do EstadoSecretaria de Saúde
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: **VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO**Data da Internação: **27/02/2020**Data da Alta: **01/03/2020**Registro: **2116175**Tempo de Permanência: **-18320**

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: **FRATURA DO MALEOLO LATERAL**Principais Exames: **EXAME FISICO = EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL**Cirurgia: **OSTEOSINTESE**

Data:

Equipe:

Cirurgião: **RAIFF LEITE SOARES**Aux 1: **TAMMER GOMES DE MORAIS**

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): **PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS**Orientações: **OLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA**Medicações para Casa: **PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60MG VO 8/8H POR 06 DIAS**Condições de Alta: **Melhorado**Data: **01/03/2020**

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL : **Wagner Luiz Egito de Araujo**



Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/02/2020

Horas: 20:42:46

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK 2116175

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2116175 Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA CASEMIRO Data de Nascimento: 27/08/1972 Admissão: 27/02/2020 DIH - 0

Clinica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

JO-2

DIA 27/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PARA DIABETES	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	24 09
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 27/02/2020 HORA: 20:41:38

DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO APÓS ENTORSE

CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR, SOLICITO PRÉ-OP

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão
Dr. Wagner Falcão
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Data da internação: 25/02/2020 Hora: 13:50:28

Sistema Único de
Saúde Ministério da
SaúdeLAUDO 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

RAYAN MATEUS SILVA COSTA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2114415

7 - CARTÃO DO SUS

703401708268400

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/02/2002

9 - SEXO

Masc ☒ FFem ☐ F

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

SEVERINA GOMES DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 83 Nº DE TELEFONE 982106153

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

PROGETADA , 0 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Baraúna

14 - CÓDIGO

MUNICÍPIO 250153

15 - UF

PB

16 - CEP

58188000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR E DEFORMIDADE EM REGIAO CLAVICULAR ESQUERDA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

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

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

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 - CARATER DA

INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

190005316860006

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

31 - DATA DA

SOLICITAÇÃO

25/02/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA

AUTORIZAÇÃO

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

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 28/02/2020
Horas: 12:13:39
Médico (a) : Wagner Luiz Egito de Araújo



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2116175 Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA CASSEMIRO Data de Nascimento: 27/08/1972 Admissão: 27/02/2020 DIH - 1

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

DATA 28/02/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araújo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA PARA DIABETES	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	12/18 06/06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	13/18 06/06
4	Reconstituir 2ML ABD.	
5	METFORMINA 850 MG V.O. 1COMPR. 12h/12h	15/18 06/06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
8	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4/ 251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	
9	REALIZAR HGT 8h/8h	14/18 06/06

EVOLUÇÃO

DATA:28/02/2020 HORA:12:11:44

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO
NEGA HAS, AFIRMA DM2 CONTUO ABANDONOU O TRATAMENTO
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
DIURESE E EVACUAÇÕES +
NV: PRESERVADO
CD: HEMOGRAMA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito de Araújo
CRM: 8926

28/02 P.A. 120x80
8h Pl. componente, orientado,
sem queixos. Uluu
25/5807

28/02. 20:00h. P.A. 140x60.
Paciente evolui com lixte orientada,
na refer. queixos. *Guale*



Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/02/2020

Horas: 11:05:51

Médico (a) Diarista : Tammer Gomes De Moraes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2116175 Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA CASEMIRO Data de Nascimento: 27/08/1972 Admissão: 27/02/2020 DIH - 2

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

DIA 29/02/2020

MÉDICO(A): Tammer Gomes De Moraes /

Item	Prescrição	- Aprazamento
1	DIETA PARA DIABETES	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR 1FRA AMP, 12h/12h OD/2D	18 06 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	18 06 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06 24 06
5	METFORMINA 850 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	18 06 24 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18 06 24 06
7	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	18 06 24 06
8	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4 /251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	18 06 24 06
9	REALIZAR HGT 8h/8h	18 06 24 06

EVOLUÇÃO

DATA: 29/02/2020 HORA: 11:05:16

#ORTOPEDIA#

PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO POR DR. RAIFF SOARES, SEM INTERCORRENCIAS.

CD:
RX DE CONTROLE
VPM

Dr. Tammer Gomes de Moraes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8104

ASSINATURA + CARIMBO
Tammer Gomes De Moraes

29/02/2020

21:00

PM = 140/80 *De.*



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/02/2020

Horas: 17:10:40

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2116175 Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA CASEMIRO Data de Nascimento: 27/08/1972 Admissão: 27/02/2020 DIH - 2

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

DIA 29/02/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PARA DIABETES	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	METFORMINA 850 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	REALIZAR HGT 8h/8h	
8	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4 /251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	
9	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	

EVOLUÇÃO

DATA: 29/02/2020 HORA: 11:05:16

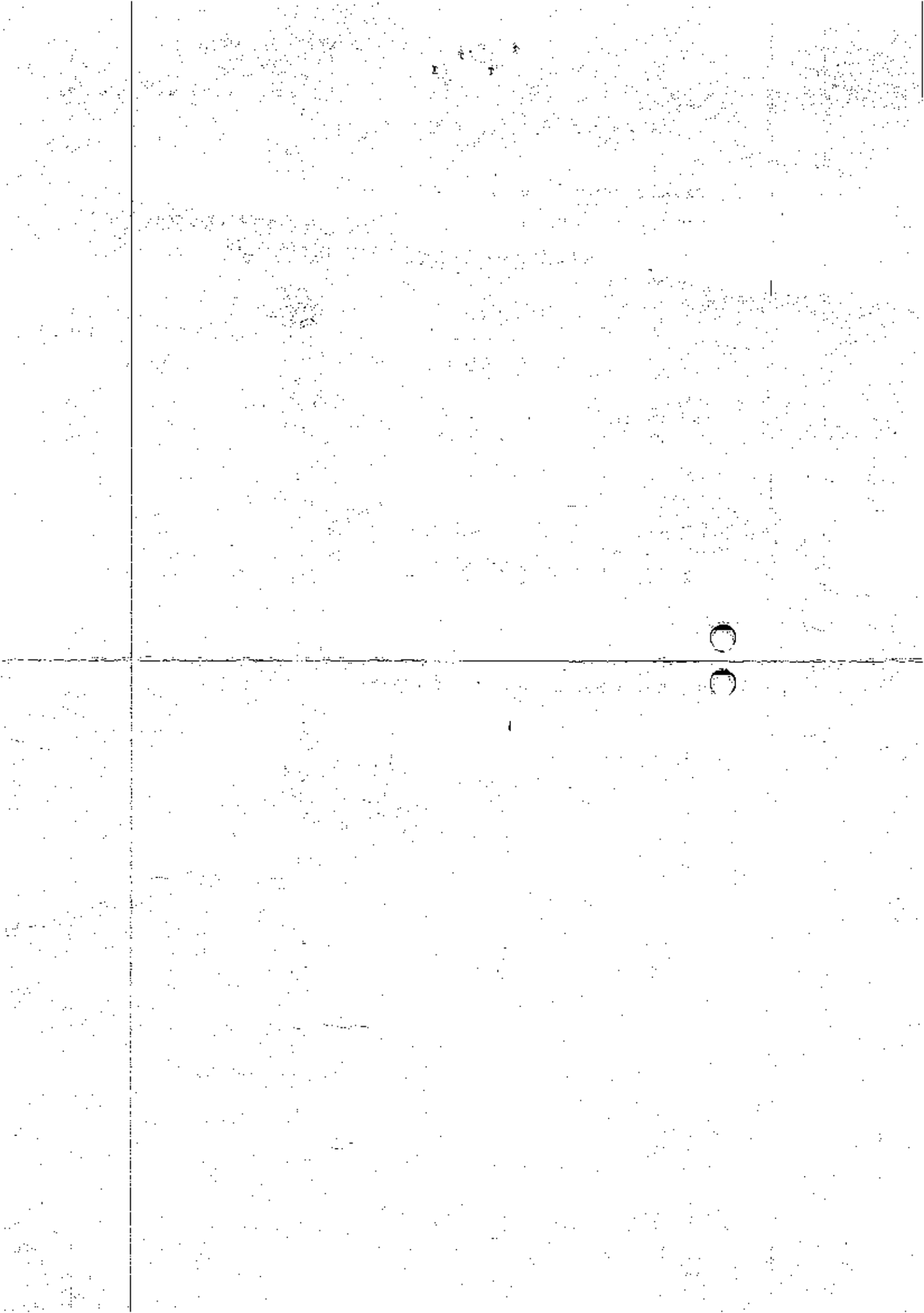
#ORTOPEDIA#

PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO POR DR. RAIFF SOARES, SEM INTERCORRENCIAS.

CD:
RX DE CONTROLE
VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Tammer Gomes De Moraes

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562



HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO			Data da Cirurgia 29/02/2020
CNS	Enfermaria	Leito	Prontuário
Cirurgião: Dr. RAIFF SOARES		1º Auxiliar : DR. TAMMER	
2º Auxiliar		Instrumentador COSTA	
Anestesista: DR ISABELLE		Anestesia : Raqui	
Diagnóstico Pré-operatório : FRATURA TNZ ESQUERDO			
Tipo de Cirurgia : TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO E			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: Sim			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- INCISAO FACE LATERAL DE TNZ ESQ + DIVULSAOPOR PLANOS 05- OBSERVADO FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO, 06- REALIZADO ESTABILIZAÇÃO COM PARAFUSO INTERFRAGMENTAR + PLACA SEMITUBULAR 3.5 (8 FUROS) COM PARAFUSOS. FEITO PARAFUSO TRANSIDESMOIDAL 07- LIMPEZA SF 0.9% + DESBRIDAMENTO 08- SUTURA POR PLANOS 09- CURATIVO 10- TALA BOTA ESQ			
 Dr. Raiff Leite Soares Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Ombro e Cotovelo CRM-PB 9350 TEOT: 15943 RQE: 5833			

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Valdenor de Lencas Gomes</i>				IDADE <i>47a</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>P</i>
DATA <i>29/02/2020</i>	PRESSÃO ARTERIAL <i>130x80</i>	PULSO <i>80</i>	RESPIRAÇÃO <i>eupn</i>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <i>eupn</i>					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO <i>estável</i>					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO <i>jejun</i>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL <i>LOTE</i>			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fx de tornozelo E</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
M. ANEST. PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO		
<i>9:30</i>								
AGENTES ANESTÉSICOS	Q'							
LÍQUIDOS								
CÓDIGOS	VP. ARTERIAL - O PL							
	AX - ANESTESIA - OPERAÇÃO							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSICÃO		<i>DDH</i>						
AGENTES		<i>Neo parado 15-4 + Morfina 60mg</i>						
TÉCNICA		<i>Boque, L3L4, ag. 084, pr. unia</i>						
OPERAÇÃO		<i>Tort. transg. de Fx de tornozelo E</i>						
CIRURGIÕES		<i>Raiff</i>						
ANESTESISTAS		<i>ilvo Henrique</i>						
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Valdinez de Lima Gassemiro DU-27/08/1972						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
	Sala 06	SUS	47	2116175		
CIRURGIA		CIRURGIÃO				
Tb. cir. de fratura de maxila lateral Dr. Rauff		ANESTESIA		Dr. Diego		
ANESTESIA		INSTRUMENTADORA		DATA	FIM	
Rogues		Costa		29/02/2020	11 10	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	Calei. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
01	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Domantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso		
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond		
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
01	Mercaina <i>pesada</i> % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix		
01	Pavulon amp. <i>dimore amp.</i>	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix		
	Protigmine amp.	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak		
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak		
	Quelcin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca		
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon 2.0		
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix		
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix		
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix		
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.	Luvas 8.5				
	Glicose amp.	Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix				
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml				
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SORO		
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml		
	Revivan amp.	Sonda				
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica				
01	<i>medrothin</i>	Sonda Uretral n°	01	<i>LSI placa 1/3 tubular 8 furo</i>		
		Sterydrem ml	01	<i>perfuso espesso</i>		
		Torneirinha	08	<i>perfusos corticais</i>		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml				
03	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18				
	Agulha desc. 28 x 28	Latese				
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>eletrodes</i>				
01	Agulha p/ raque n° 25					
40ml	Alcool de Enfermagem 70%					
	Alcool iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
			EQUIPAMENTOS			
			☒ Oxímetro de Pulso ☐ Foco Auxiliar ☐ Serra ☐ Eletrocautério ☐ Desfibrilador ☐ Oxícapiógrafo ☒ Foco Frontal ☒ Cardiomonitor ☒ Fonte de Luz ☒ Perfurador Elétrico			
			CIRCULANTE RESPONSÁVEL  CORE-V-FB 1035620			

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

Referência: 04-FEV-2021

Ativável se a cor do quadrado for igual ou mais escura que a cor da seta.

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

Referência: 04-FEV-2021

Ativável se a cor do quadrado for igual ou mais escura que a cor da seta.

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

Referência: 04-FEV-2021

Ativável se a cor do quadrado for igual ou mais escura que a cor da seta.

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Valdiney de Lima Cassemine		Idade:	47 anos
Convênio:	SUS		Data:	29-03-2020
Procedimento:	Tto. cir de Frat de Moleto lateral ☺			
Cirurgião:	Dr. Ruff	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Diego	
Início:	09:30	Término:	11:10	Anestesia Raquel

[illegible][illegible][illegible]

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		13:10 2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10.

Paciente acordado hemodinamicamente estável, sem náusea, nem dor.

 **Dr. Sylvia Marília A. de B.**
Anestesiologista
CRM - PB 9039

Assinatura do anestesista

HOSPITAL <i>de Emergência e Trauma de C. Grand. Pont: 2116175</i>		COD
PACIENTE <i>Valdinez de Lima Cassemiro</i>		DATA <i>29/02/20</i>
MÉDICO <i>Dr. Raiff</i>	CRM	CONVÊNIO
PROCEDIMENTO <i>Pro. cirurg. prat. de tornozelo Esquerdo</i>		0249



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	01	Placa 1/3 Tubular - 08 Furos	
02	01	Parafuso cortical N° 12 x 3,5	
03	02	Parafusos corticais N° 14 x 3,5	
04	03	Parafusos corticais N° 18 x 3,5	
05	01	Parafuso cortical N° 28 x 3,5	
06	01	Parafuso cortical N° 50 x 3,5	
07	01	Parafuso esponjoso N° 18 x 3,5	
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

MÉDICO Dr. Raiff Leito Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 Hospital Cirurgia de Ombro e Cotovelo
 CRM-PB 4350 EOT: 15943
 QI: 9833

INSTRUMENTADOR fioriane

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO

Nº DO PRONTUÁRIO

2556095

Nº AI, H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRUR. DE FRACT. DE MAFEXO LATERAL (ESQ)

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

PLAF. ESPONJOSO 4.0 x 4.0 B-COR

02

APROCEL

03

DATA DA UTILIZAÇÃO

29-02-2020

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. RUFF + DR. TUNER

OBSERVAÇÕES

CX 3,5 P. FAV. Nº 83

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Ramon



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/03/2020

Horas: 11:00:39

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2116175 Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA CASEMIRO Data de Nascimento: 27/08/1972 Admissão: 27/02/2020 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

DIA 01/03/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida / **MÉDICO(A):** Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PARA DIABETES	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	METFORMINA 850 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
8	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4 /251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	
9	REALIZAR HGT 8h/8h	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/03/2020 HORA: 11:00:05

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO
NEGA HAS, AFIRMA DM2 CONTUDO ABANDONOU O TRATAMENTO
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
DIURESE E EVACUAÇÕES +
NV: PRESERVADO

CD: ALTA HOSPITALAR: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO
INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE
FERIDA OPERATORIA, PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H
CASO DOR, LOXONIN 60MG VO 8/8H POR 06 DIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

Wagner Luiz Egito de Araujo
ORTOPEDIA
01/03/2020



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO

Data da Internação: 27/02/2020

Data da Alta: 01/03/2020

Registro: 2116175

Tempo de Permanência: -18320

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Principais Exames: EXAME FISICO = EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: RAIFF LEITE SOARES

Aux 1: TAMMER GOMES DE MORAIS

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: OLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DAPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60MG VO 8/8H POR 06 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Data: 01/03/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL : Wagner Luiz Egito de Araujo



5Hz CA60

2020-02-28 08:20:09

aVR

V1

II

aVL

V2

III

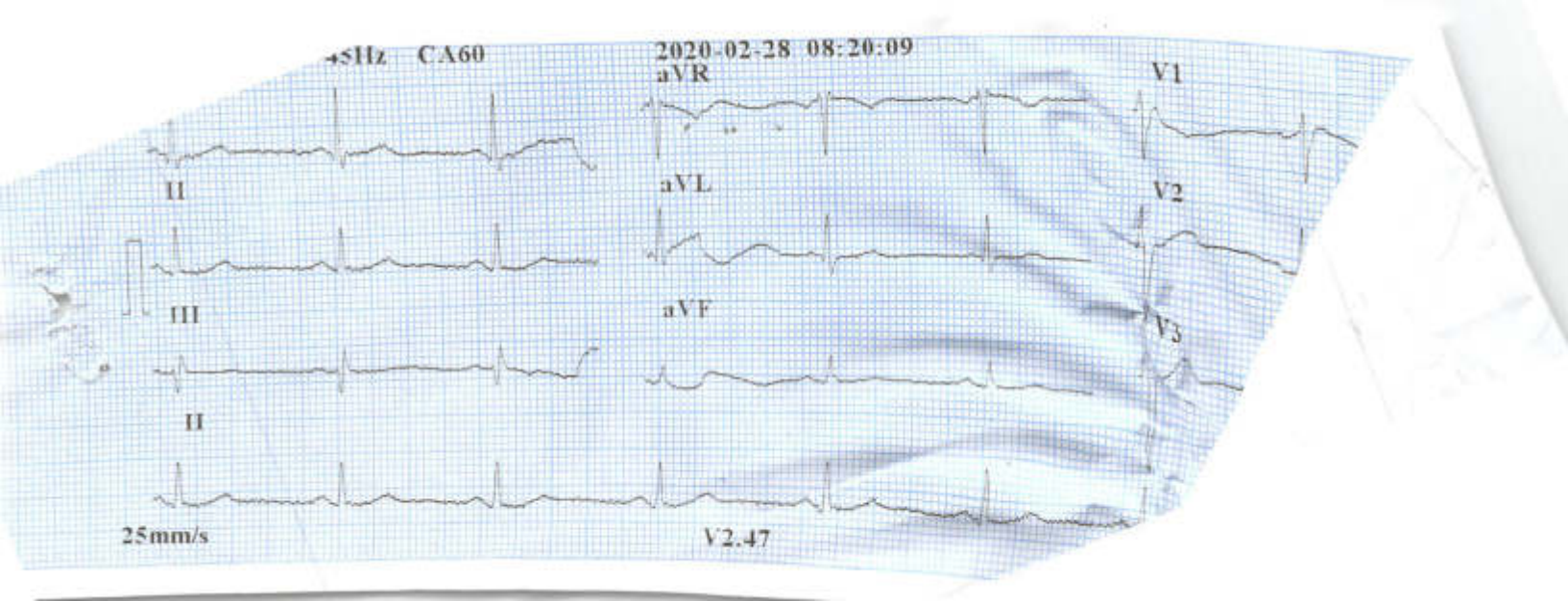
aVF

V3

II

25mm/s

V2.47



:200228-0820

Codigo de Minnesota:
4-5-0(V6)

Nome

Ida

: 47 A

Sexo

: Masc.

P.A.

: mmHg

Altura

: cm

Peso

: kg

FC

: 66 bpm

Duracao P

: 109 ms

Intervalo PR

: 131 ms

Duracao QRS

: 99 ms

Int. QT/QTc

: 377/397 ms

Eixo P/QRS/T

: 57/42/26 °

Ampl RV5/SV1

: 1.133/0.544 mV

Ampl RV5+SV1

: 1.677 mV

Ampl RV6/SV2

: 0.831/0.767 mV

Informacao diagnostica:

800: Ritmo sinusal

ECG Normal

Laudo Confirmado por:

Valdiney de
D.ma Castilho





AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Valdinez de Lima Carmine IDADE: 47 SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: ortopneia

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
() Etilismo () Cirúrgico Amputação () Sedentarismo
() Dislipidemia () Outros de do do Williams

Medicamentos em uso (☒) Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: RVR 2T 83 B1A5

FC: 66 b.p.m P.A.: 120/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: lucos norm

Abdômen - Comentários: pequeno no RVD RHA

Membros Inferiores - Comentários: si edemas

5 - E.C.G.: PRV: Dentro dos limites da normalidade

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

Ass. do Médico

RECEIVED BY THE DIRECTOR OF THE BUREAU OF THE ARMY

OFFICE OF THE CHIEF OF THE BUREAU OF THE ARMY

WASHINGTON, D. C.

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

1001

Sr(a): VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Protocolo: 0000515939 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO Data: 28-02-2020 16:28 Origem: ORTOPEDIA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 47 anos Destino: ENF 10 - L.02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/02/2020 16:26]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.0 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,5 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	37,5 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	94 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.900 /mm ³	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	138	
Segmentados.....	70,0	4.830	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	27,0	1.863	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	1,0	69	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	183.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


Geraldo Rimalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E679-5487-AFA3-E7FC-832D-F078-5514-CE55

Sr(a):	VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO	Protocolo:	0000515950	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	WAGNER FALCAO	Data:	28-02-2020 12:34	Origem:	ORTOPEDIA I
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	47 anos	Destino:	ENF 10 - L.02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/02/2020 12:32]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.1 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,9 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	38,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	93 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	7.000 /mm ³	(%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....				
Promielócitos.....	0		0	
Mielócitos.....	0		0	
Metamielócitos.....	0		0	
Bastonetes.....	1,0		70	
Segmentados.....	70,0		4.900	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0		0	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0		0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos.....				
Típicos.....	26,0		1.820	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0		0	
Monócitos.....	3,0		210	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	158.000 mm ³			140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6D5F-30D8-8A95-69D1-046D-18C6-24D7-248A

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Valdivino de Lima Idade: 47 Sexo: M Enf/Leito: 10-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Fx Maledo lateral E

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

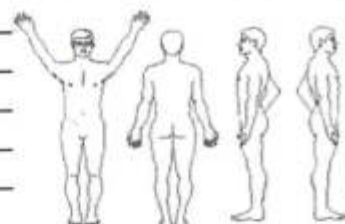
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	27/102



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

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
✓ ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	1 x dia	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
✓ AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12 / 12h	
✓ ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	CPM	
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
✓ INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	sempre	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
✓ TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	72h	
✓ REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	sempre	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA: 28 / 02 / 2020

 Assinatura e Carimbo
 15/02/2020

27/02/2020



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2116095

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 27/02/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: VALDINEZ DE LIMA

CEP:58400002

Nascimento:27/08/1972

CASSEMIRO

Sexo:M

Telefone: 986508006

Endereço: RUA PRUDENTE DE MORAIS

Idade:047

Bairro:ESTACAO VELHA

Cidade: Campina Grande

RG: 1535863

Nº:229

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA

CASEMIRO

CPF:

Profissão:AGRICULTOR

Responsável:

Data de

CNS:701208052199612

Atend:27/02/2020

Estado Civil:Casado(a)

Hora: 19:13:45

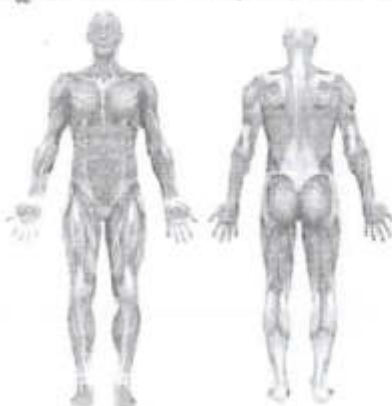
CONVÊNIO:SUS

Móvel: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

h + d TN7 (h)

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICO

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

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

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

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

CRM-PB 6843
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Dr. Wagner Rêgo

RAIO X
REALIZADO EM:

27/02/20

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

☐ Centro cirúrgico _____☐ Alta hospitalar / ☐ A revelia☐ Internação (setor) _____☐ Decisão Médica☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____☐ Óbito
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

27/02/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/02/2020

Paciente: **VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO** Idade: **047** Nº ATEND: **2116095**

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 27/02/2020 HORA : 19:24:14

ESPECIALIDADE : **ORTOPEDIA**

MOTIVO : QUEDA
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : DA PROPRIA ALTURA

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

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) 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 :
AMARELO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

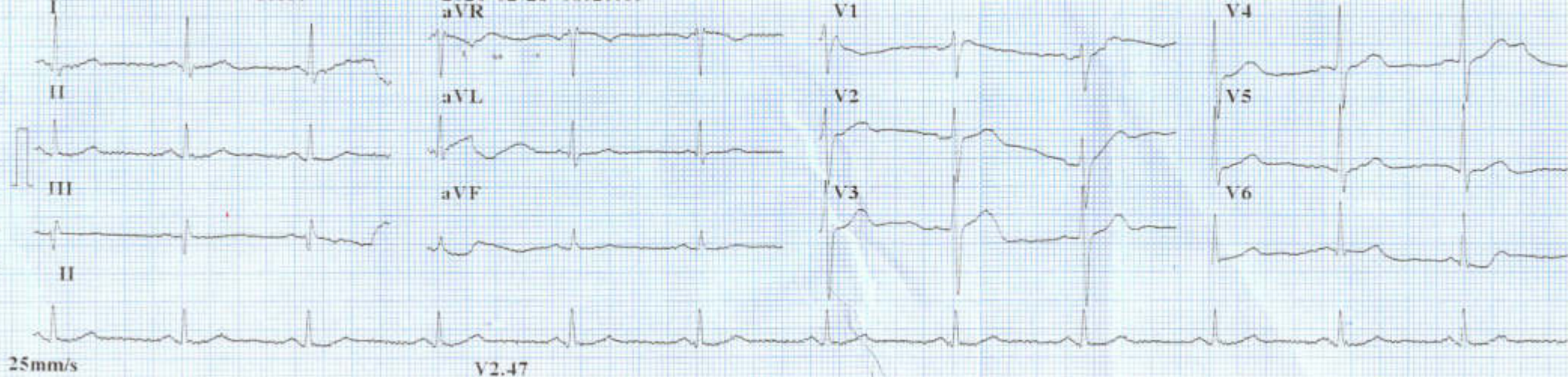
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Iaponira Lima
COREN-PB 571.985-ENF



10mm/mV 0.67~45Hz CA60

2020-02-28 08:20:09



ID : 200228-0820

Nome :

Ida : 47 A

Sexo : Masc.

P.A. : mmHg

Altura : cm

Peso : kg

FC : 66 bpm

Duracao P : 109 ms

Intervalo PR : 131 ms

Duracao QRS : 99 ms

Int. QT/QTc : 377/397 ms

Eixo P/QRS/T : 57/42/26 °

Ampl RV5/SV1 : 1.133/0.544 mV

Ampl RV5+SV1 : 1.677 mV

Ampl RV6/SV2 : 0.831/0.767 mV

Va
Lo

12 MARCH

1547

1000 41.0 21.5 : 0.4 21.0 20.5 20.7

1000 41.2 21.1 : 1.2 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 1.3 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 2.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 3.2 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 : 4.0 21.0 20.7 20.7



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Wagner de Luis Giron

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 5826 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 27 / 02 / 2020 A 01 / 03 / 2020 NECESSITANDO DE
10 dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 01 / 03 / 2020

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável



PARAÍBA
Governo do Estado



Seu nome
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: **VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO**

Data da Internação: **27/02/2020**

Data da Alta: **01/03/2020**

Registro: **2116175**

Tempo de Permanência: **-18320**

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: **FRATURA DO MALEOLO LATERAL**

Principais Exames: **EXAME FISICO = EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL**

Cirurgia: **OSTEOSINTESE**

Data:

Equipe:

Cirurgião: **RAIFF LEITE SOARES**

Aux 1: **TAMMER GOMES DE MORAIS**

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): **PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS**

Orientações: **OLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA**

Medicações para Casa:: **PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60MG VO 8/8H POR 06 DIAS**

Condições de Alta:: **Melhorado**

Data: **01/03/2020**

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL : **Wagner Luiz Egito de Araujo**



Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/02/2020

Horas: 20:42:46

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK 2116175

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2116175 Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA CASEMIRO Data de Nascimento: 27/08/1972 Admissão: 27/02/2020 DIH - 0

Clinica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

JO-2

DIA 27/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PARA DIABETES	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	24 09
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 27/02/2020 HORA: 20:41:38

DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO APÓS ENTORSE

CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR, SOLICITO PRÉ-OP

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão
Dr. Wagner Falcão
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Data da internação: 25/02/2020 Hora: 13:50:28



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

RAYAN MATEUS SILVA COSTA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2114415

7 - CARTÃO DO SUS

703401708268400

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/02/2002

9 - SEXO

Masc ☒ Fm ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

SEVERINA GOMES DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 83 Nº DE TELEFONE 982106153

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

PROGETADA , 0 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Baraúna

14 - Cód. IBGE

MUNICÍPIO 250153

15 - UF

PB

16 - CEP

58188000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR E DEFORMIDADE EM REGIAO CLAVICULAR ESQUERDA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

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

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

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 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

190005316860006

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/02/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 28/02/2020
Horas: 12:13:39
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araújo



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2116175 Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA CASSEMIRO Data de Nascimento: 27/08/1972 Admissão: 27/02/2020 DIH - 1

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

DIA 28/02/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araújo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PARA DIABETES	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	12/18 06/06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	13/18 06/06
4	Reconstituir 2ML ABD.	
5	METFORMINA 850 MG V.O. 1COMPR. 12h/12h	15/18 06/06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
8	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4/ 251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	
9	REALIZAR HGT 8h/8h	14/18 06/06

EVOLUÇÃO

DATA:28/02/2020 HORA:12:11:44

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO
NEGA HAS, AFIRMA DM2 CONTUO ABANDONOU O TRATAMENTO
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
DIURESE E EVACUAÇÕES +
NV: PRESERVADO
CD: HEMOGRAMA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araújo

Wagner Luiz Egito de Araújo
CRM: 8926

28/02 P.A. 120x80
8h Pl. componente, orientado,
sem queixos. Uluu
25/5807

28/02. 20:00h. P.A. 140x60.
Paciente evolui com lixte orientada,
na refer. queixos. *Guale*



Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/02/2020

Horas: 11:05:51

Médico (a) Diarista : Tammer Gomes De Moraes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2116175 Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA CASEMIRO Data de Nascimento: 27/08/1972 Admissão: 27/02/2020 DIH - 2

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

DIA 29/02/2020

MÉDICO(A): Tammer Gomes De Moraes /

Item	Prescrição	- Aprazamento
1	DIETA PARA DIABETES	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR 1FRA AMP, 12h/12h OD/2D	18 06 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	18 06 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06 24 06
5	METFORMINA 850 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	18 06 24 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18 06 24 06
7	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	18 06 24 06
8	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4 /251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	18 06 24 06
9	REALIZAR HGT 8h/8h	18 06 24 06

EVOLUÇÃO

DATA: 29/02/2020 HORA: 11:05:16

#ORTOPEDIA#

PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO POR DR. RAIFF SOARES, SEM INTERCORRENCIAS.

CD:
RX DE CONTROLE
VPM

Dr. Tammer Gomes de Moraes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8104

ASSINATURA + CARIMBO
Tammer Gomes De Moraes

29/02/2020

21:00

PM = 140/80 *De.*



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/02/2020

Horas: 17:10:40

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2116175 Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA CASEMIRO Data de Nascimento: 27/08/1972 Admissão: 27/02/2020 DIH - 2

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

DIA 29/02/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PARA DIABETES	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	METFORMINA 850 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	REALIZAR HGT 8h/8h	
8	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4 /251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	
9	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	

EVOLUÇÃO

DATA: 29/02/2020 HORA: 11:05:16

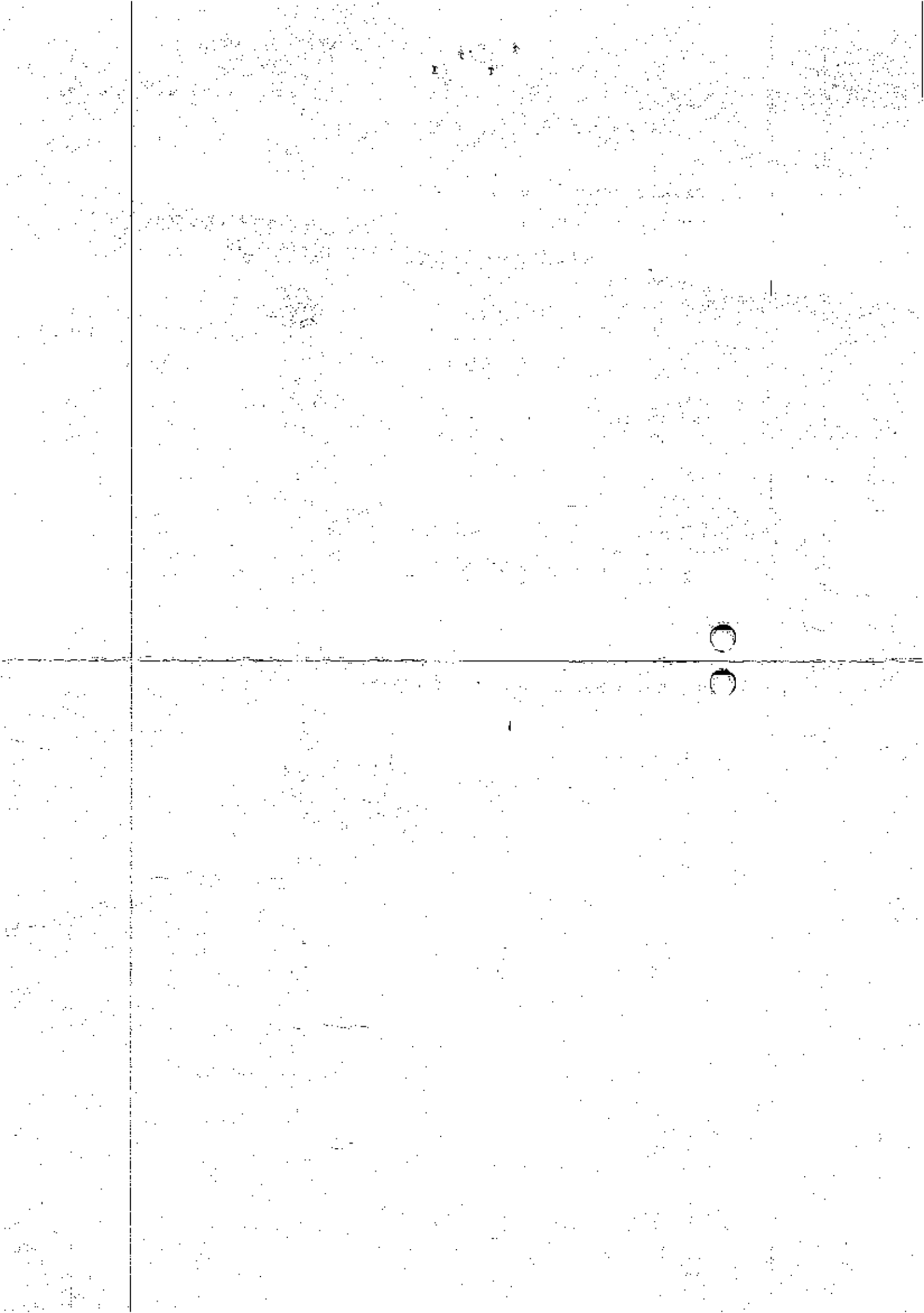
#ORTOPEDIA#

PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO POR DR. RAIFF SOARES, SEM INTERCORRENCIAS.

CD:
RX DE CONTROLE
VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Tammer Gomes De Moraes

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562



HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO			Data da Cirurgia 29/02/2020
CNS	Enfermaria	Leito	Prontuário
Cirurgião: Dr. RAIFF SOARES		1º Auxiliar : DR. TAMMER	
2º Auxiliar		Instrumentador COSTA	
Anestesista: DR ISABELLE		Anestesia : Raqui	
Diagnóstico Pré-operatório : FRATURA TNZ ESQUERDO			
Tipo de Cirurgia : TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO E			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: Sim			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- INCISAO FACE LATERAL DE TNZ ESQ + DIVULSAOPOR PLANOS 05- OBSERVADO FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO, 06- REALIZADO ESTABILIZAÇÃO COM PARAFUSO INTERFRAGMENTAR + PLACA SEMITUBULAR 3.5 (8 FUROS) COM PARAFUSOS. FEITO PARAFUSO TRANSIDESMOIDAL 07- LIMPEZA SF 0.9% + DESBRIDAMENTO 08- SUTURA POR PLANOS 09- CURATIVO 10- TALA BOTA ESQ			
 Dr. Raiff Leite Soares Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Ombro e Cotovelo CRM-PB 9350 TEOT: 15943 RQE: 5833			

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Valdenor de Lencas Gomes</i>				IDADE <i>47a</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>P</i>
DATA <i>29/02/2020</i>	PRESSÃO ARTERIAL <i>130x80</i>	PULSO <i>80</i>	RESPIRAÇÃO <i>eupn</i>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <i>eupn</i>					ASMA	BRONquite		
AP. CIRCULATÓRIO <i>estável</i>					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO <i>jejun</i>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL <i>LOTE</i>			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fx de tornozelo E</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
M. ANEST. PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO		
<i>9:30</i>								
AGENTES ANESTÉSICOS	Q'							
LÍQUIDOS								
CÓDIGOS	VP. ARTERIAL - O PL							
	AX - ANESTESIA - OPERAÇÃO							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSICÃO		<i>DDH</i>						
AGENTES		<i>Neo parado 15-4 + Morfina 60mg</i>						
TÉCNICA		<i>Boque, L3L4, ag. 084, pr. unia</i>						
OPERAÇÃO		<i>Trat. cirúrgico de Fx de tornozelo E</i>						
CIRURGIÕES		<i>Raiff</i>						
ANESTESISTAS		<i>ilvo Henrique</i>						
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Valdinez de Lima Gassemiro DU-27/08/1972</i>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
	<i>Sala 06</i>	<i>305</i>	<i>47</i>	<i>2116175</i>		
CIRURGIA		CIRURGIÃO				
<i>Tratamento de fratura de maxila lateral Dr. Rauff</i>		<i>Dr. Diego</i>				
ANESTESIA		ANESTESIA				
<i>Rogue</i>		<i>Dr. Diego</i>				
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM		
<i>Costa</i>		<i>29/02/2020</i>	<i>0930</i>	<i>1110</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calei. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
<i>01</i>	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<i>01</i>	Mercaina <i>pesada</i> % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
<i>01</i>	<i>Pavulon amp. dimore op</i>		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.		Espardrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelcin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	<i>02</i>	Mononylon <i>2.0</i>	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<i>01</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
<i>02</i>	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SORO	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	<i>Cefalotina 1g</i>		Sonda Nasogátrica			
<i>01</i>	<i>medrothin</i>		Sonda Uretral n°	<i>01</i>	<i>LSI</i>	
			Sterydrem ml	<i>01</i>	<i>pacote 1/3 tubular 8 fuso</i>	
			Torneirinha		<i>para fuso espesso</i>	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	<i>08</i>	<i>para fuso corticais</i>	
<i>03</i>	Agulha desc. 25 x 7 <i>40x12</i>		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5		<i>eletrodes</i>			
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° <i>25</i>					
<i>40ml</i>	Alcool de Enfermagem <i>70%</i>					
	Alcool iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
EQUIPAMENTOS ☒ Oxímetro de Pulso ☐ Foco Auxiliar ☐ Serra ☐ Eletrocautério ☐ Desfibrilador ☐ Oxícapiógrafo ☒ Foco Frontal ☒ Cardiomonitor ☒ Fonte de Luz ☒ Perfurador Elétrico						
CIRCULANTE RESPONSÁVEL <i>Emiliano</i> <i>CORE-V-FB</i> <i>1035620</i>						

CLEAN VAPOR / STEAM
T.E.S.T.
TIPO 5 / ISO 11140-1
LOTE CL040219
04-FEV-2021

Referência:
Aqueça a cor do quadrado for igual ou mais escura que a cor da seta.

CLEAN VAPOR / STEAM
T.E.S.T.
TIPO 5 / ISO 11140-1
LOTE CL040219
04-FEV-2021

Referência:
Aqueça a cor do quadrado for igual ou mais escura que a cor da seta.



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		13:10 2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10.

Paciente acordado hemodinamicamente estável, sem náusea, nem dor.

Dr. Sylvia Marília A. de B. B.
Anestesiologista
CRM - PB 9039

Assinatura do anestesista

HOSPITAL <i>de Emergência e Trauma de C. Grand. Pont: 2116175</i>		COD
PACIENTE <i>Valdinez de Lima Cassemiro</i>		DATA <i>29/02/20</i>
MÉDICO <i>Dr. Raiff</i>	CRM	CONVÊNIO
PROCEDIMENTO <i>Pro. cirurg. prat. de tornozelo Esquerdo</i>		0249



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	01	Placa 1/3 Tubular - 08 Furos	
02	01	Parafuso cortical N° 12 x 3,5	
03	02	Parafusos corticais N° 14 x 3,5	
04	03	Parafusos corticais N° 18 x 3,5	
05	01	Parafuso cortical N° 28 x 3,5	
06	01	Parafuso cortical N° 50 x 3,5	
07	01	Parafuso esponjoso N° 18 x 3,5	
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

MÉDICO Dr. Raiff Leito Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 Hospital Cirurgia de Ombro e Cotovelo
 CRM-PB 4350 EOT: 15943
 Q: 9833

INSTRUMENTADOR fissione

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMIENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/03/2020

Horas: 11:00:39

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2116175 Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA CASEMIRO Data de Nascimento: 27/08/1972 Admissão: 27/02/2020 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

DIA 01/03/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida / **MÉDICO(A):** Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PARA DIABETES	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	METFORMINA 850 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
8	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4 /251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	
9	REALIZAR HGT 8h/8h	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/03/2020 HORA: 11:00:05

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO
NEGA HAS, AFIRMA DM2 CONTUDO ABANDONOU O TRATAMENTO
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
DIURESE E EVACUAÇÕES +
NV: PRESERVADO

CD: ALTA HOSPITALAR: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60MG VO 8/8H POR 06 DIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

Wagner Luiz Egito de Araujo
ORTOPEDIA
01/03/2020



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO

Data da Internação: 27/02/2020

Data da Alta: 01/03/2020

Registro: 2116175

Tempo de Permanência: -18320

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Principais Exames: EXAME FISICO = EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: RAIFF LEITE SOARES

Aux 1: TAMMER GOMES DE MORAIS

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: OLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MEDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DAPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60MG VO 8/8H POR 06 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Data: 01/03/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito de Araujo



5Hz CA60

2020-02-28 08:20:09

aVR

V1

II

aVL

V2

III

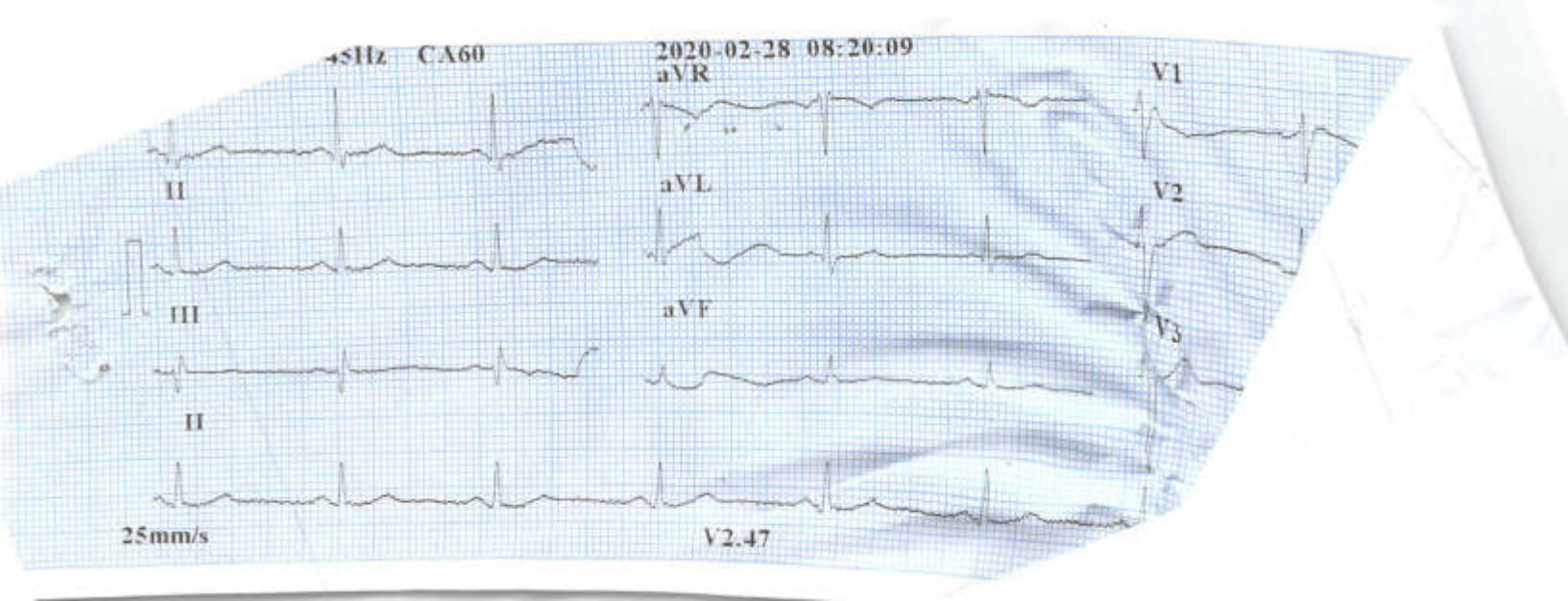
aVF

V3

II

25mm/s

V2.47



:200228-0820

Codigo de Minnesota:
4-5-0(V6)

Nome

Ida

: 47 A

Sexo

: Masc.

P.A.

: mmHg

Altura

: cm

Peso

: kg

FC

: 66 bpm

Duracao P

: 109 ms

Intervalo PR

: 131 ms

Duracao QRS

: 99 ms

Int. QT/QTc

: 377/397 ms

Eixo P/QRS/T

: 57/42/26 °

Ampl RV5/SV1

: 1.133/0.544 mV

Ampl RV5+SV1

: 1.677 mV

Ampl RV6/SV2

: 0.831/0.767 mV

Informacao diagnostica:

800: Ritmo sinusal

ECG Normal

Laudo Confirmado por:

Valdiney de
D.ma Castilho





AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Valdinez de Lima Carmine IDADE: 47 SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: ortopneia

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
() Etilismo () Cirúrgico Amputação () Sedentarismo
() Dislipidemia () Outros de do do Williams

Medicamentos em uso (☒) Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: RVR 2T 83 B1A5

FC: 66 b.p.m P.A.: 120/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: lúes rnm

Abdômen - Comentários: pele no R12 R14

Membros Inferiores - Comentários: si edemas

5 - E.C.G.: PRV: Dentro dos limites da normalidade

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

Ass. do Médico

RECEIVED BY THE DIRECTOR OF THE BUREAU OF THE ARMY

OFFICE OF THE CHIEF OF THE BUREAU OF THE ARMY

WASHINGTON, D. C.

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

Sr(a): VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Protocolo: 0000515939 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO Data: 28-02-2020 16:28 Origem: ORTOPEDIA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 47 anos Destino: ENF 10 - L 02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/02/2020 16:26]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.0 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,5 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	37,5 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	94 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.900 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	138
Segmentados.....	70,0	4.830
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	27,0	1.863
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	1,0	69
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	183.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


Geraldo Rimalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E679-5487-AFA3-E7FC-832D-F078-5514-CE55

Sr(a): VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO Protocolo: 0000515950 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): WAGNER FALCAO Data: 28-02-2020 12:34 Origem: ORTOPEDIA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 47 anos Destino: ENF 10 - L.02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/02/2020 12:32]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.1 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,9 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	38,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	93 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	7.000 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	1,0	70	
Segmentados.....	70,0	4.900	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	26,0	1.820	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	210	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	158.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6D5F-30D8-8A95-69D1-046D-18C6-24D7-248A

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Valdivino de Lima Idade: 47 Sexo: M Enf/Leito: 10-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Fx Maledo lateral E

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

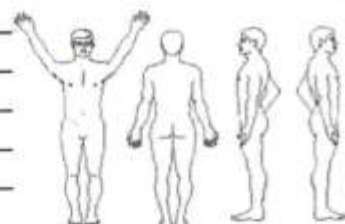
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	27/02



DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
--------------	----------------------	----------------------------

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
☒ ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	<i>1 x dia</i>	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		☒ CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
☒ AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	<i>12 / 12h</i>	
☒ ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	<i>CPM</i>	
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		☒ MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
☒ INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	<i>Sempre</i>	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		☒ DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
☒ TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>72h</i>	
☒ REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>Sempre</i>	
OUTRO:		

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO: _____ DATA: 28/02/2020

DATA: 28 / 02 / 2020

RISCO DE QUE

27/02/2020



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2116095

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 27/02/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: VALDINEZ DE LIMA

CEP:58400002

Nascimento:27/08/1972

CASSEMIRO

Sexo:M

Telefone: 986508006

Endereço: RUA PRUDENTE DE MORAIS

Idade:047

Bairro:ESTACAO VELHA

Cidade: Campina Grande

RG: 1535863

Nº:229

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA

CASEMIRO

CPF:

Profissão:AGRICULTOR

Responsável:

Data de

CNS:701208052199612

Atend:27/02/2020

Estado Civil:Casado(a)

Hora: 19:13:45

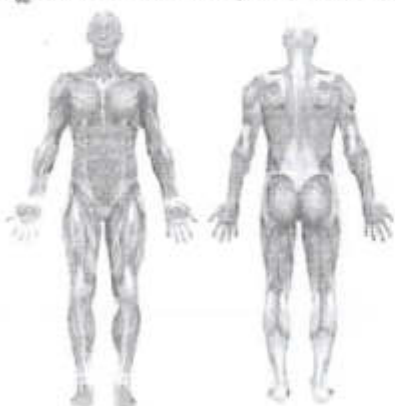
CONVÊNIO:SUS

Móvio: Queda da própria altura

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

h + d TN7 (h)

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICO

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

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

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

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

CRM-PB 8843
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Dr. Wagner Rêgo

RAIO X
REALIZADO EM:

27/02/20

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

() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelia
 \ () Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1111

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1111

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

[illegible]

1111

14-0112

27/02/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/02/2020

Paciente: **VALDINEZ DE LIMA CASSEMIRO** Idade: **047** Nº ATEND: **2116095**

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 27/02/2020 HORA : 19:24:14

ESPECIALIDADE : **ORTOPEDIA**

MOTIVO : QUEDA
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : DA PROPRIA ALTURA

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

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) 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 :
AMARELO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Iaponira Lima
COREN-PB 571.985-ENF



10mm/mV 0.67~45Hz CA60

2020-02-28 08:20:09



ID : 200228-0820

Nome :

Ida : 47 A

Sexo : Masc.

P.A. : mmHg

Altura : cm

Peso : kg

FC : 66 bpm

Duracao P : 109 ms

Intervalo PR : 131 ms

Duracao QRS : 99 ms

Int. QT/QTc : 377/397 ms

Eixo P/QRS/T : 57/42/26 °

Ampl RV5/SV1 : 1.133/0.544 mV

Ampl RV5+SV1 : 1.677 mV

Ampl RV6/SV2 : 0.831/0.767 mV

Va
Lo

12 MARCH

1547

1000 41.0 21.5 0.4 21.0 20.5 20.7

1000 41.2 21.1 1.2 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 1.3 21.0 20.7 20.7

1000 41.2 21.1 2.0 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 2.5 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 3.0 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 3.5 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 4.0 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 4.5 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 5.0 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 5.5 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 6.0 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 6.5 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 7.0 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 7.5 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 8.0 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 8.5 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 9.0 21.0 20.7

1000 41.2 21.1 9.5 21.0 20.7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		P B	
MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE CARTÃO NACIONAL DE HABITABILIDADE			
NOME VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO			
DOC. IDENTIDADE / CNH / RASCUM (P)		SSP	
CPF		DATA NASCIMENTO	
008.727.137-09		27/08/1972	
FILIAÇÃO GERALDO ANTONIO CASEMIRO MARIA DE LOURDES DE LIMA CASEMIRO			
RESIDÊNCIA		ACC	CATEG.
			A
1ª RESIDÊNCIA		1ª HABITAÇÃO	
00762014409		10/06/2024 18/06/1999	
OBSERVAÇÕES			
			
LOCAL		DATA EMISSÃO	
CAMPINA GRANDE, PB		12/06/2019	
ASSINATURA DO EMISSOR		85140518045 PRO39150917	
PARAIBA			

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1765677660

PROIBIDO PLASTIFICAR
1765677660

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		P B	
MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRAS NACIONAIS DE IDENTIFICACAO			
NOME VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO			
DOC. IDENTIFICACAO / CNH / RENOVACAO (R)		SSP	
1535863		PB	
CPF		DATA NASCIMENTO	
008.727.137-09		27/08/1972	
FILIAÇÃO			
GERALDO ANTONIO CASEMIRO MARIA DE LOURDES DE LIMA CASEMIRO			
RESIDENCIA		ACC	CATEG
			A
1ª REGISTRO		1ª REGISTRAÇÃO	
00762014409		18/06/1999	
VALIDADE			
10/06/2024			
OBSERVAÇÕES			
ASSINATURA DO PORTADOR			
<i>Valdinez de Lima Casemiro</i>			
LOCAL		DATA EMISSAO	
CAMPINA GRANDE, PB		12/06/2019	
ASSINATURA DO EMISSOR		85140518045 PRO39150917	
PARAIBA			

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1765677660

PROIBIDO PLASTIFICAR
1765677660

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE 0040ND0043M

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014798459468
VIA 20190100027850-8
COT. RESERVA 0082577099-8 00/00000000 2019

VILMA SILVA SOUSA

CPF / CNPJ

85449032404

PLACA MND6563/PB

NOVO PB

9C2MD34004R013714

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/XR 250 TORNADO

ANO FAB 2004 ANO MOD 2004

2 P/249 /CI

CATEGORIA PARTIC VERMELHA

1	2	3
P	V	A
FAVORÁVEL	PARCELAMENTO / COTAS	0
00/00/0000	2	3

PREÇO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PREÇO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 03/04/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CAMPINA GRANDE - PB

03/04/2019

32875



16128

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

PB Nº 014798459468 BILHETE DE SEGURO DPVAT

03/04/2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br ** SAC DPVAT 0800 022 1204

5004 3 9C2MD34004R013714

85449032404 HONDA/XR 250 TORNADO MND6563/PB

00825770998 HONDA/XR 250 TORNADO 2004 9 9C2MD34004R013714

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** SEGURO P A G O 03/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.409/0001-04

16128-1306252-20190403

DET 2018

30/0

Emissão Boletos Licenciamento

--- Imprimir Boletos ---

al

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

CPF/CNPJ		Nosso Número	
85449032404		2020043030022051	
Código Renovar	Data Vencimento	Data Emissão	Valor Documento
825770998	30/04/2020	06:23:23	190,80

Dis: 155,22
LIC: 23,28
BC: 12,30
SE: 0,00

Multas:

30/04/2020 06:23:23

Na Estrada da vida, não de carona para a dengue nem para a zika.

DETRAN - Departamento Estadual de Trânsito da Paraíba

Usuário/DETRAN

Nome:		CPF/CNPJ		Nosso Número	
VILMA SILVA SOUSA		85449032404		2020043030022051	
Placa	Chassi	Código Renovar	Data Vencimento	Data Emissão	Valor Documento
MND6563	9C2MD34004R013714	825770998	30/04/2020	06:23:23	190,80

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RENOVAÇÃO DO LICENCIAMENTO ANUAL

Taxas 155,22
Seguro 12,30

Multas 0,00
Contrib. Confed/Sindicato 0,00

Bombeiros 23,28

Detran - Paraíba

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200314731 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO **Data do acidente:** 27/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2,5,11,13,17,18,29,31)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: (P4) SEM NEXO CAUSAL COM A VÍTIMA DO ACIDENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200314731 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO **Data do acidente:** 27/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2,5,11,13,17,18,29,31)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: (P4) SEM NEXO CAUSAL COM A VÍTIMA DO ACIDENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247294/20

Vítima: VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO

CPF: 008.727.137-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO : 008.727.137-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/09/2020
Nome: VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO
CPF: 008.727.137-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA