



Número: **0827915-28.2022.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **25/10/2022**

Valor da causa: **R\$ 4.750,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO) WAMBERTO BALBINO SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71835389	14/04/2023 11:02	2882008_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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,

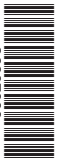
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16091809

Pag. 01389/01390 - carta_01 - INVALIDEZ

00020695



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 CASCAIRO

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 CASCAIRO 6 - CPF: 008.727.137-09
7 - Profissão: MOTORISTA 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\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 013 CONTA: 00437664 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 nascturo (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, _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DOC Nº 1 V002/2019







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, ai, 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 BPTran; 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. 090.241-1

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: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA PRUDENTE DE ARAIS 9 - Número: 2291A 10 - Complemento:
11 - Bairro: ESTACÃO 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 nascturo (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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EDC nº 1 V002/2019



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, 228/A - ESTACAO VELHA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (PG: 401)

CPF/CNPJ/RAN: 854.480.324-04

Grupo: CONVENCIONAL B.A. TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 16-401-929-900 NPMedidor: C.1716509411



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
4/95-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00000000000



VALOR DA FATURA

R\$ 74,90



VENCIMENTO

21/08/2020



REFERÊNCIA

Jul / 2020



CONSUMO

94kWh

3,24 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Taxa de Tributos	Valor Base Calc. Total (R\$)	Alq. ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc. (R\$)	PS (R\$)	PS/Colm (R\$)	PS/Colm (R\$)
0001	Consumo em kWh	94	0,720070	67,87	67,87	35	18,95	87,87	0,73	3,39
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB LUM PUBLICA			8,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0809	BONUS ITAPULE 104805002 120019			-1,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	Taxa de Tributos	TOTAL	74,90	87,87	18,95	87,87	0,73	3,39
-----	---------------------------------	------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

RESERVADO AO FISCO

8cd7.81ea.973d.4a7b.c64c.6d16.7a7c.bab3.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Jul19	77
Ago19	85
Sep19	95
Out19	88
Nov19	103
Dez19	123
Jan20	126
Fev20	136
Mar20	132
Abr20	125
Mai20	108
Jun20	99
Med	100

*Faturamento pelo medidor

LESTURAS

Anterior	25/06/20	22318
Atual	24/07/20	22310
Consumo	(94) kWh	
Período	28 dias	
Constante do medidor	1	

PRÓXIMA LEITURA

25/08/2020

COMPENSAÇÃO DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/BO	18,47	21,68
Consumo de Energia	23,88	31,04
Serviço de Transmissão	3,35	4,38
Encargos Setoriais	3,28	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 (EUS) 5/2020 R\$ 29,04

INDICADORES DE QUALIDADE

REFERÊNCIA 12020 - Segundo Conto

METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - GIC	4,83	0,00	8,87	18,34
Voltagem que o cliente ficou sem energia - FIC	3,11	0,00	8,22	12,45
Duração da maior interrupção de energia no período - OMIC	2,89			
Duração da interrupção individual em dia crítico - OMC	12,22			

ATENÇÃO

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa Off e Whatsapp: (97) 99135-5540.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/04/2023 11:02:05

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041411020505600000067745639

Número do documento: 23041411020505600000067745639

Num. 71835389 - Pág. 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 Lima Corrêa

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
90 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

MOD. 060



01/03/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 01/03/2020

NOME : Wagner Luiz Egito de Araujo



PARAIBA
Governo do Estado



Servico Social
PARAIBA
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





Semear 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 2116185

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
ORTOPEDIA 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 ☒ Fem ☐	
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 REGIÃO 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 - CARACTER DA INTERNAÇÃO ☒ 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 	36 - CNPJ DA SEGURADORA 		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 			38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 	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
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	





10.1.1.148/projeto/hctg/impr/pevo.php?data=2020-02-28&contar=2116175&IDC=93918

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 I Enfermaria: 10 Lcitor: 2 Diagnóstico: FRACTURA DE MALLEOLO 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	18/18 06/06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	13/13 06/06
3	Reconstituir 2ML ABD.	
5	METFORMINA 850 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	18/18 06/06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICOSE < 70	
7	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4/ 251 - 300	
8	REALIZAR HGT 8h/8h	14/14 06/06

EVOLUÇÃO

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

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO

NEGA HAS, AFIRMA DM2 CONTINUO ABANDONOU O TRATAMENTO

NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

DIURESE E EVACUAÇÕES +

NV: PRESERVADO

CD: HEMIOGRAMA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito de Araújo
CRM: 8926

10.1.1.148/projeto/hctg/impr/pevo.php?data=2020-02-28&contar=2116175&IDC=93918

28/02 P.A. 120x80
8h P.C. comente, orientado,
sem quebras. Uelma
25/5807

28/02 - 201004 P.A. 140x80.
PACOTE EM LUI COM LIT-TE-ORIENTADA,
NA RESERVA DEIXAS. *Frederico*





Seamos 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
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	24 18 24 26
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24 18 24 26
5	METFORMINA 850 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	18 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18 06
7	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	18 06
8	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4 / 251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	22 (133 mgol) 06 (28 mgol)
9	REALIZAR HGT 8h/8h	

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.*





Seamos todos
PARAIBA
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 1 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 OD/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
Tanner 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			



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Valdez de Lima Gassemiro DU-27/08/1972

QI

LEITE

CONVENIO

IDADE

REGISTRO

06

SUS

47

216175

CIRURGIA

ANESTESIA

CIRURGIÃO

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIM

Costa

29/02/2020

0930

1110

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ OXg.		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	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
01	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon	2.0
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23			
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fiebecortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVP 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	
	Cefotaxima 1g	Sonda Nasogátrica			
01	medication	Sonda Uretral nº	01	LSI	
		Sterydrem ml	01	pacote de tubos de 8 fuso	
		Torneirinha		para fuso espesso	
		Vaselina ml	08	para fuso corticais	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Gelcon 18			
03	Agulha desc. 25 x 190 x 22	Látex			
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5	05 eletroco			
01	Agulha p/ raque nº 25				
40ml	Alcool de Enfermagem 70%				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

INTEGRADOR QUÍMICO

VAPOR / STEAM

Referência:

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

04-FEV-2021

TIPO 5 / ISO 11140-1

LOT# CL040219

CLEAN TEST

INTEGRADOR QUÍMICO

VAPOR / STEAM

Referência:

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

04-FEV-2021

TIPO 5 / ISO 11140-1

LOT# CL040219

CLEAN TEST

Oxímetro de Pulso

Serra

Desfibrilador

Foco Frontal

Fonte de Luz

Foco Auxiliar

Eletrocautério

Oxicapnógrafo

Cardiomonitor

Perfurador Elétrico

CIRCUANTE RESPONSÁVEL



CPH/8017C-UC
ZFLDUC

YR ZOC 29 RPS

fluel r(C) lortel aldoun ab antardfo mura tt
oflic r(C)

o i u oepo ososkoloPC

lo
21

10

02 03

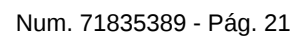
more
 PO

10
 10

[illegible]

121			
old 8 old 1st 10			
old 7 10			
new 2 80			
X			

Handwritten signature and date: 2/1/00, 2/1/00, 2/1/00



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica *pt*

Paciente: <u>Valdinez de Lima Larremine</u>	Idade: <u>47 anos</u>
Convênio: <u>Sus</u>	Data: <u>29-03-2020</u>
Procedimento: <u>Tt. Lin de Frat de Malelo lateral</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Raiff</u>	Auxiliar: <u> </u>
Anestesista: <u>Dr. Diego</u>	
Início: <u>09:30</u>	Término: <u>11:10</u>
Anestesia <u>Raque</u>	

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista
Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		13:10 2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 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 acordou hemodinamicamente estável, sem náusea, nem vômito.

Dr. Cyntia Maria A. de B. A.
Anestesiologista
CRM - PB 9039

Assinatura do anestesista



HOSPITAL <i>de Emergência e Trauma de C. Grand</i>		COD. <i>Mont: 2116175</i>
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 113 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 apêndice 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

INSTRUMENTADOR ferriane

HOSPITAL Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM-PE 4350 TEOT: 15943
Q1: 5833

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



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 MALARIA LATERAL (ESQ.)

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

PLAC. ESPONJOSO 4.0 x 4.0 P. 001

02

APROCEL

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

29-02-2020

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. RAFF + DR. TURNER

OBSERVAÇÕES

CX 3,5 P. FRAC. Nº 83

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Ramon





Somos todos
PARAÍBA
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

Clínica: 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
CRM 147065/4
R 6026



01/03/2020

HTCG-Painel Administrativo

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: 01/03/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

NOME : Wagner Luiz Egito de Araujo



PARAIBA
Governador 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





45Hz CA60

2020-02-28 08:20:09

aVR

V1

II

aVL

V2

III

aVF

V3

II

25 mm/s

V2.47





Nome: Valdivney de
D. ma Carolina

Código de Minnesota: 4-5-0(V6)

Idade: 47 A
Sexo: Masc.
P.A.:
Altura: cm
Peso: kg

mmHg

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

Laudado Confirmado por:



1012

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Valdinez de Lima Carmineiro IDADE: 47 SEXO: _____IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática
 ☐ Sintomática
 ☐ Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: ortopneia

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

☐ Alergia a Medicamentos: <u>_____</u>	☐ Tabagismo
☐ Etilismo	☐ Sedentarismo
☐ Dislipidemia	☐ Outros

☒ Cirúrgico Amputação de dois membros

Medicamentos em uso ☒ Não ☐ Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

☒ Estado Geral ☒ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Precário ☐ Altura ☐ Peso
Ap. Cardiovascular - Comentários: RVR 2T B3 B1A5FC: 66 b.p.m P.A.: 120/80 mmHgAp. Respiratório - Comentários: lúes RVMAbdômen - Comentários: pele no RVD RAAOMembros Inferiores - Comentários: si edemas5 - E.C.G.: RVR: Dentro dos limites da normalidadeEx. 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.: _____

pro. Moreira

 Ass. do Médico

Ass. do Médico





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
Neutrofilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	138	
Segmentados.....	70,0	4.830	40 à 70 % - 1.800 à 5.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfocitos			
Típicos.....	27,0	1.863	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monocitos.....	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 Ramalho 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.....	0	0	
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.....	26,0	1.820	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Típicos.....	0	0	
Atípicos ou Reativos.....	3,0	210	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
Monócitos.....	158.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....			

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM - 5010

Emissão : 28/02/2020 13:13 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6D5F-30D8-6A95-69D1-046D-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 () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Ex Moleto 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

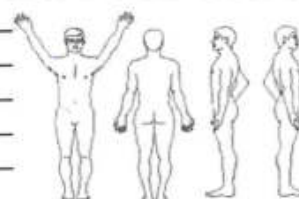
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)					SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	27/10/2



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 AUTO-CUIDADO 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
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
☒ ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	3x dia	() 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	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 À 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

Isolado
CORTEL 310046



27/02/2020



PARAÍBA
Governo do Estado

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

Endereço: RUA PRUDENTE DE MORAIS

Sexo: M

Telefone: 986508006

Cidade: Campina Grande

Idade: 047

Bairro: ESTACAO VELHA

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA

RG: 1535863

Nº: 229

CASSEMIRO

CPF:

Profissão: AGRICULTOR

Responsável:

Data de

CNS: 701208052199612

Estado Civil: Casado(a)

Atend: 27/02/2020

CONVÊNIO: SUS

Hora: 19:13:45

OBS: FICHA DA PRÓPRIA ALTURA

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

R + de TNZ (B)

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICO

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

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:

RAIO X
REALIZADO EM:
27/02/2020
Dr. Wagner Rêgo
CRM-PB 8843

lohtcg/impreclassi.php?contar=2116095&dataatend=2020-02-27&horaatend=19:24:14

1/3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/04/2023 11:02:05

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041411020505600000067745639

Número do documento: 23041411020505600000067745639

Num. 71835389 - Pág. 38

27/02/2020

HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () Já revela
() 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 N° 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:

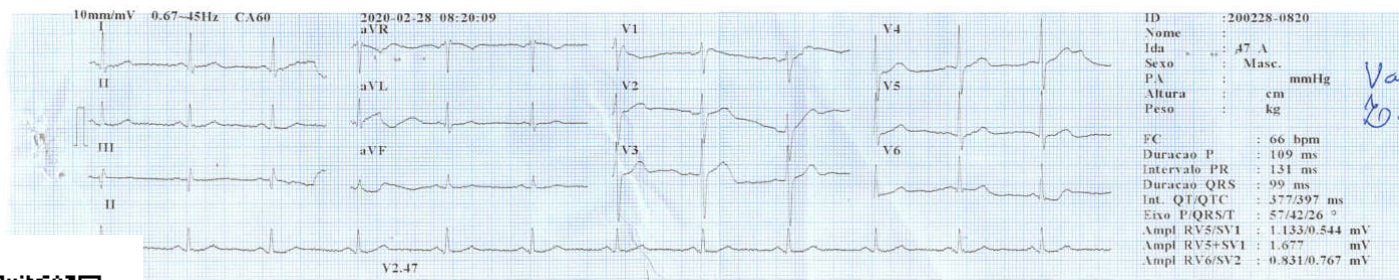
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Iaponira Lima
COREN-PB 571.985-ENF





10/04/2023, 07:00:00

10/04/2023, 07:00:00

10/04/2023, 07:00:00





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): Vinícius de Lima Corrêa

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
90 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

MOD. 060



01/03/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 01/03/2020

NOME : Wagner Luiz Egito de Araujo



PARAIBA
Governo do Estado



Servico Social
PARAIBA
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





Semear 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 2116185

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
ORTOPEDIA 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 ☒ Fem ☐	
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) PROJETADA , 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 REGIÃO 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 - CARACTER DA INTERNAÇÃO ☒ 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 	36 - CNPJ DA SEGURADORA 		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 			38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 	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
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	





10.1.1.148/projeto/hctg/impr/pevo.php?data=2020-02-28&conta=2116175&IDC=93918

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 I Enfermaria: 10 Lcitor: 2 Diagnóstico: FRAATURA DE MALLEOLO 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	18/18 06/06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	13/13 06/06
3	Reconstituir 2ML ABD.	
5	METFORMINA 850 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	18/18 06/06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
6	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICOEMIA < 70	
7	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4/ 251 - 300	
8	REALIZAR HGT 8h/8h	14/14 06/06

EVOLUÇÃO

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

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO
NEGA HAS, AFIRMA DM2 CONTINUO ABANDONOU O TRATAMENTO
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

DIURESE E EVACUAÇÕES +
NV: PRESERVADO

CD: HEMIOGRAMA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito de Araújo
CRM: 8926

10.1.1.148/projeto/hctg/impr/pevo.php?data=2020-02-28&conta=2116175&IDC=93918

28/02 P.A. 120x80
8h Pl comente, orientado,
sem queixas. Ueuu
25/5807

28/02 - 20:00h P.A. 140x80.
Paciente evolui com lição orientada,
na presença de xixis. *Frederico*





Seamos 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
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 2AMPOLA, 6h/6h	24 18 24 26
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24 18 24 26
5	METFORMINA 850 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	18 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18 06
7	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	18 06
8	ADMINISTRAR IR CONFORME ESQUEMA: 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4 / 251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	22 (133 mgol) 06 (08 mgol)
9	REALIZAR HGT 8h/8h	

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.*





Seamos todos
PARAIBA
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 1 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 OD/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
Tanner 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			



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Valdinez de Lima Gassemiro DU-27/08/1972

QI

LEITE

CONVENIO

IDADE

REGISTRO

06

SUS

47

216175

CIRURGIA

CIRURGIÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIM

Costa

29/02/2020

0930

1110

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ OXg.		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	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
01	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon	2.0
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23			
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fiebecortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVP Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml.	Qtd.		
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		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.		
	Cefotaxima 1g	Sonda Nasogátrica			
01	medicam	Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
03	Agulha desc. 25 x 7 90x62	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque nº 25				
40ml	Alcool de Enfermagem 70%				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.

ORTESE E PRÓTESE

01

1.51

01

pacotes tubos de 8 fuso

01

pacotes de 25 fuso

08

pacotes corticais

Qtd.

EQUIPAMENTOS

(X)

Oxímetro de Pulso

()

Foco Auxiliar

()

Serra

()

Eletrocautério

()

Desfibrilador

()

Oxicapnógrafo

(X)

Foco Frontal

()

Cardiomonitor

(X)

Fonte de Luz

()

Perfurador Elétrico

CIRCUANTE RESPONSÁVEL



[illegible]

02 03

more
 PO

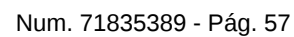
10
 10

[illegible]

121	10
122	10
123	80

[Faint handwritten notes and markings]

2/1/00
cc: [illegible]
[illegible]
[illegible]



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica *pt*

Paciente: <u>Valdinez de Lima Larremine</u>	Idade: <u>47 anos</u>
Convênio: <u>Sus</u>	Data: <u>29-03-2020</u>
Procedimento: <u>Tt. Lin de Frac de Malelo lateral</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Raiff</u>	Auxiliar: <u> </u>
Anestesista: <u>Dr. Diego</u>	
Início: <u>09:30</u>	Término: <u>11:10</u>
Anestesia <u>Raque</u>	

[illegible][illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		13:10 2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 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 acordou hemodinamicamente estável, sem náusea, nem dor.

Dr. Cyntia Maria A. de B. A.
Anestesiologista
CRM - PB 9039

Assinatura do anestesista



HOSPITAL <i>de Emergência e Trauma de C. Grand</i>		COD. <i>Mont: 2116175</i>
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 apendice 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 Soares
Ortopedia e Traumatologia
HOSPITAL Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM-PE 4350 TEOT: 15943
Q1: 5833

INSTRUMENTADOR ferraz



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 MALARIA LATERAL (ESQ.)

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

PLAC. ESPONJOSO 4.0 x 4.0 P. 001

02

APROCEL

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

29-02-2020

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. RAFF + DR. TURNER

OBSERVAÇÕES

CX 3,5 P. FRAC. Nº 83

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Ramon





Somos todos
PARAÍBA
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

Clínica: 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
08/11/2019 14:06:04
R 8026



01/03/2020

HTCG-Painel Administrativo

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: 01/03/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

NOME : Wagner Luiz Egito de Araujo



PARAIBA
Governo do Estado



PARAIBA
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





45Hz CA60

2020-02-28 08:20:09

aVR

V1

II

aVL

V2

III

aVF

V3

II

25 mm/s

V2.47





Nome : Valdivney de
Idade : 47 A
Sexo : Masc.
P.A. :
Altura : cm
Peso : kg
mmHg
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
Codigo de Minnesota:
4-5-0(V6)
Informacao diagnostica:
800: Ritmo sinusal
ECG Normal
Laudo Confirmado por:



1012

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Valdinez de Lima Carmineiro IDADE: 47 SEXO: _____IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática
 ☐ Sintomática
 ☐ Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: ortopneia

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

☐ Alergia a Medicamentos: <u>_____</u>	☐ Tabagismo
☐ Etilismo	☐ Sedentarismo
☐ Dislipidemia	☐ Outros

☒ Cirúrgico Amputação de dois dedos

Medicamentos em uso ☒ Não ☐ Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

☒ Estado Geral ☒ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Precário ☐ Altura ☐ Peso
Ap. Cardiovascular - Comentários: RVR 2T B3 B1A5FC: 66 b.p.m P.A.: 120/80 mmHgAp. Respiratório - Comentários: lúes RVMAbdômen - Comentários: pele no RVD RAAOMembros Inferiores - Comentários: si edemas5 - E.C.G.: RVR: Dentro dos limites da normalidadeEx. 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





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
Neutrofilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	138	
Segmentados.....	70,0	4.830	40 à 70 % - 1.800 à 5.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfocitos			
Típicos.....	27,0	1.863	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monocitos.....	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 Ramalho 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.....	0	0		
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.....	26,0	1.820	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³	
Típicos.....	0	0		
Atípicos ou Reativos.....	3,0	210	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³	
Monócitos.....	158.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³	
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....				

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM - 5010

Emissão : 28/02/2020 13:13 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6D5F-30D8-6A95-69D1-046D-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 () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Ex Moleto 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

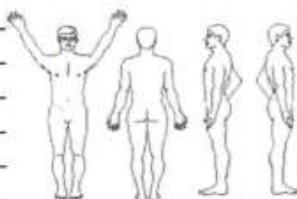
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

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	27/10/2



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
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
☒ ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	<i>3x 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:		

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*

*Isac...
CORTEL: 310046*



27/02/2020



PARAÍBA
Governo do Estado

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

Endereço: RUA PRUDENTE DE MORAIS

Sexo: M

Telefone: 986508006

Cidade: Campina Grande

Idade: 047

Bairro: ESTACAO VELHA

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE LIMA

RG: 1535863

Nº: 229

CASSEMIRO

CPF:

Profissão: AGRICULTOR

Responsável:

Data de

CNS: 701208052199612

Estado Civil: Casado(a)

Atend: 27/02/2020

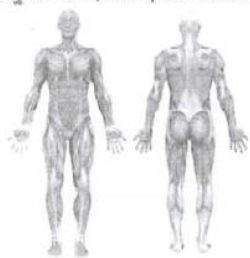
CONVÊNIO: SUS

Hora: 19:13:45

OBS: FICOU DEBILITADA DA PRÓPRIA ALTURA

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

R+ de TNZ (B)

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICO

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

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:

RAIO X
REALIZADO EM:
27/02/2020
Dr. Wagner Falcão
CRM-PB 8843

lohtcg/impreclassi.php?contar=2116095&dataatend=2020-02-27&horaatend=19:24:14

1/3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/04/2023 11:02:05

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041411020505600000067745639

Número do documento: 23041411020505600000067745639

Num. 71835389 - Pág. 74

* HTCG-Panel Administrativo

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

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDADE

[illegible]

2/3



Num. 71835389 - Pág. 75

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 N° 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:

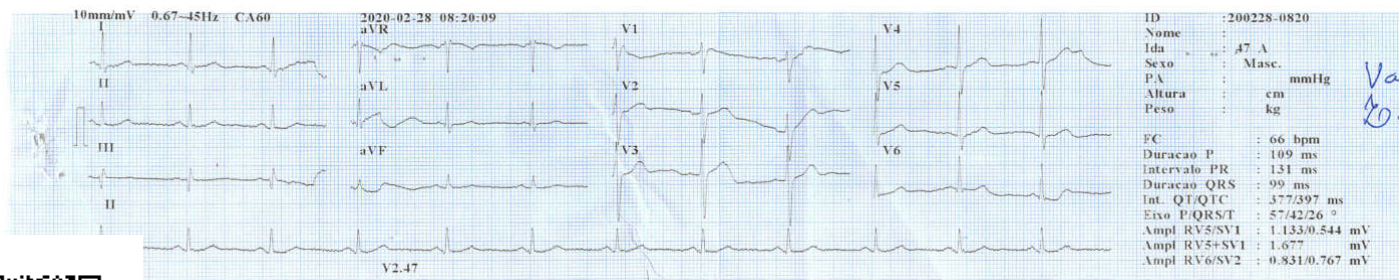
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Iaponira Lima
COREN-PB 571.985-ENF





10/04/2023, 07:00:00

10/04/2023, 07:00:00

10/04/2023, 07:00:00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTILOS
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALDINEE DE LIMA CASEMIRO

DOC. IDENTIDADE / CONDIÇÃO DE ID. 1539863 SSP PB

CPF 008.727.137-09 DATA NASCIMENTO 27/08/1972

PLACÃO
GERALDO ANTONIO
CASEMIRO
MARIA DE LOURDES DE
LIMA CASEMIRO

PERMISSÃO ACC CATIVA A

Nº REGISTRO 00762014409 VALIDADE 10/06/2024 1ª SUBSTITUIÇÃO 18/06/1999

OBSERVAÇÕES

Valdinee de Lima Casemiro
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 12/06/2019

Valdinee de Lima Casemiro
ASSINATURA DO EMISSOR

85140518045
PRO39150917

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1765677660

PROIBIDO PLASTIFICAR 1765677660



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE
CARTÃO NACIONAL DE HABITABILIDADE

PARAÍBA

VALDINEE DE LIMA CASEMIRO

DOC. IDENTIDADE / CONDIÇÃO DE ID. 1539863 SSP PB

CPF 008.727.137-09 DATA NASCIMENTO 27/08/1972

PLACÃO
GERALDO ANTONIO
CASEMIRO
MARIA DE LOURDES DE
LIMA CASEMIRO

PERMISSÃO ACC CATIVA A

Nº RESUMO 00762014409 VALIDADE 10/06/2024 1ª SUBSTITUIÇÃO 18/06/1999

OBSERVAÇÕES

Valdinee de Lima Casemiro
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 12/06/2019

Valdinee de Lima Casemiro
ASSINATURA DO EMISSOR

85140518045
PRO39150917

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1765677660

PROIBIDO PLASTIFICAR 1765677660



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014798459468
PR 20190100029830-8
VIA DOB. REG. ANM 0082577099-8 00/00000000 2019

VILMA SILVA SOUSA

85449032404

PLACA ANV / UF

MND6563/PB

NOVO

PB

9C2MD34004R013714

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/XR 250 TORNADO

2004 2004

2 P/249 /CI

PARTIC

VERMELHA

1 P

FAIXA ÚNICA

00/00/0000

V

FAIXA ÚNICA

00/00/0000

A

FAIXA ÚNICA

00/00/0000

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO

CAMPINA GRANDE - PB

32875



03/04/2019

16128

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

PB Nº 014798459468 BILHETE DE SEGURO DPVAT

03/04/2019

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

www.segura.lider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

9C2MD34004R013714

85449032404

HONDA/XR 250 TORNADO

2004 2004

9C2MD34004R013714

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE OUTRGAO

03/04/2019

16128-1306252-20190403

SEGUROADORA LIDER - DPVAT



30/0

Emissão Boletos Licenciamento

--- Imprimir Boletos ---

al

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

CPF/CNPJ
85449832404Nosso Número
2020043030022051Código Renavan
825770998Data Vencimento
30/04/2020Data Emissão
06/23:23Valor Documento
190,80Dis
LIC
BC
SE155,22
23,28
12,30

Multas:

30/04/2020 06:23:23

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

DETRAN - Departamento Estadual de Trânsito da Paraíba

Usuário/DETRAN

Nome:

VILMA SILVA SOUSA

CPF/CNPJ
85449832404Nosso Número
2020043030022051Placa
MND6563Chassi
9C2MD34004R013714Código Renavan
825770998Data Vencimento
30/04/2020Data Emissão
06/23:23Valor Documento
190,80

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RENOVAÇÃO DO LICENCIAMENTO ANUAL

Taxas 155,22

Seguro 12,30

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

Bombeiros 23,28

Forma de Pagamento

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
CPF de: Próprio
Titular do CPF: VALDINEZ DE LIMA CASEMIRO

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

