



Número: **0803549-42.2018.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **16/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 7762.5**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

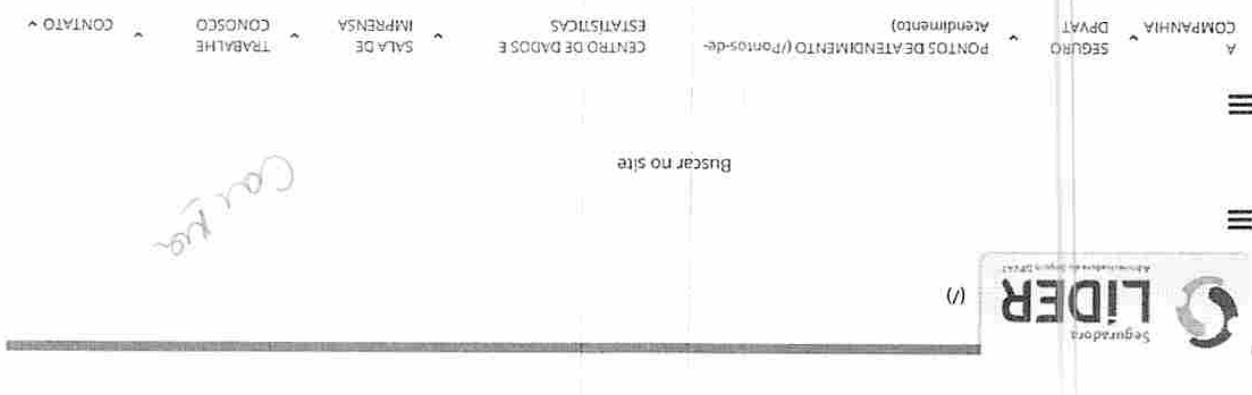
Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ALEXANDRA CESAR DUARTE
AUTOR	ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
ADVOGADO	JOSE EDUARDO DA SILVA

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17807599	16/11/2018 10:59	<a href="#"><u>ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA</u></a>	Outros Documentos
17807607	16/11/2018 10:59	<a href="#"><u>LM</u></a>	Outros Documentos
17807611	16/11/2018 10:59	<a href="#"><u>LM2</u></a>	Outros Documentos

SINISTRO 3180389204 - Resultado de consulta por beneficiário	VITIMA ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA	COBERTURA	PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprava Previdência S/A-Filial Jóao Pessoa - PB	BENEFICIÁRIO ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA	CPF/CNPJ: 70942067479	Posição em 04-09-2018 09:06:17	Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui ( <a api="" dactwojh+bdb484p+dbw='/"' download="" file="" href="https://www.segi.&lt;/a&gt;&lt;/td&gt; &lt;td&gt;stúgago do seu período de indevidagão.&lt;/td&gt; &lt;td&gt;Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total&lt;/td&gt; &lt;td&gt;04/09/2018 R\$ 1.687,50 R\$ 0,00 R\$ 1.687,50&lt;/td&gt; &lt;td&gt;Histórico das correspondências enviadas&lt;/td&gt; &lt;td&gt;Data da Carta Referência Ver Carta&lt;/td&gt; &lt;td&gt;25/08/2018 Aviso de Suspensão (&lt;a href=" https:="" sisdpvalores.seguradoraallianz.com.br:8443="">https://sisdpvalores.seguradoraallianz.com.br:8443/api/file/download/dactwojH+bDB484P+Dbw==/</a> )	25/08/2018 Aviso de Suspensão ( <a href="https://2EUQZSGR89AcPswx-q8DexzxmDRxyfes4BXDK0yM0=">https://2EUQZSGR89AcPswx-q8DexzxmDRxyfes4BXDK0yM0=</a> )	ACESSIBILIDADE
--	-------------------------------------	-----------	---	---	-----------------------	--------------------------------	--	---	----------------

DPVAT. O prazo para emissão do parecer final e de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

ACOMPANHE O PROCESSO DE INDENIZAÇÃO

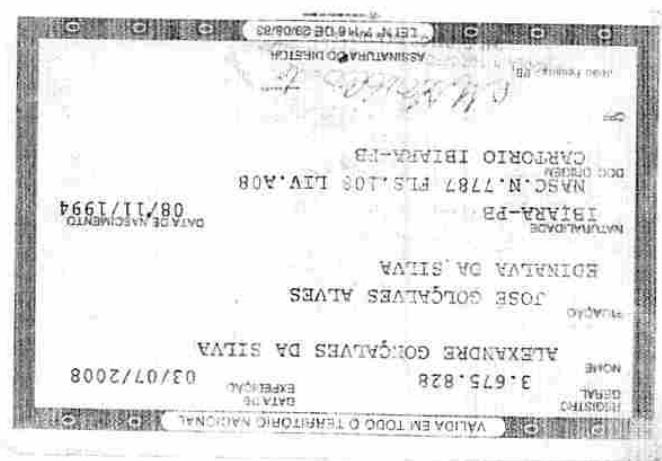


**PROCURACAO "AD - JUDICIA ET EXTRA"**

**OUTORGANTE:**  
Nome: Alexandra Cesar Duarte  
CPF: 48450-863-3414  
Contratantes:  
Nome: Alexandra Cesar Duarte Telefone: 98649-2910  
Estado Civil: Solteiro Profissao: Advogado da Silva  
Endereço: Rua Joaquim da Silva, 3645, 828  
Cidade: Belo Horizonte

**OUTORGANTE:**  
Nome: Alexandra Cesar Duarte  
CPF: 48450-863-3414  
Contratantes:  
Nome: Alexandra Cesar Duarte Telefone: 98649-2910  
Estado Civil: Solteiro Profissao: Advogado da Silva  
Endereço: Rua Joaquim da Silva, 3645, 828  
Cidade: Belo Horizonte

**DETALHES DA DOCUMENTAÇÃO:**  
Data: 03-09-2014 Assinante: Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura: Alexandra Cesar Duarte





José do Pessôa/PB, 22 de Janeiro de 2018

QUE, segundo o notificante no dia 03/09/2017, por volta das 18:30 horas quando conduzia o seu veículo na BR-01, proximo ao bairro de Costa e Silva, nessa Capital PB, e que ao chegar no endereço acima citado, o notificante pegou no sono enquanto guiava o seu Veículo, lhe motocicleta, marca e modelo: HONDA CG / 160 e ANESEN ESDI, em modelo: 2016/2017, de cor preta, placa: QFD 1311/PB, chassi nº 9C2K2G220HRS02072, e registrada em nome do notificante; QUE devido ao fato visto a carretera se lesionar, conforme constado no documento Escritório Almeida, CRM-PB 3883; QUE o notificante foi socorrido na época do fato pelo corpo de Bombeiros.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ART. 303: LESAO CORPORAL NO TRANSTO.  
Art. 303: Lesão corporal no transto.  
Lesão corporal (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 03/09/17 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Lei 9.503/97

2018 J (S)OD SODEC

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requisição verbal de posse da imóveis, o registro de Correncia Póhical N° 00127.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: A(s) :14:03 horas do dia 22 de Janeiro de 2018, na cidade de São Paulo, no estado da Parába, e nessa Delação Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberico Díaz, compareceu Alexandre Gonçalves Alves, Agente de Investigação, matrícula 1331957, e levando por José Salto Aragão Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assimado, comparou-se Alexandre Gonçalves Alves, CPF nº 709.420.674-79, nascida de Silveira, esteado Civil sóletorio(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Eletricista, filha(a) de Edimilia da Silva e José Gonçalves Alves, natural de Itabira/PB, nascido(a) em 08/11/1994 (23 anos de idade), residiende e domiciliado(a) no(a) Projeta, N° S/N, bairro Mário Andradeza, sendo como ponto de referência

N\_e 00127.01.2018.1.00.420

CERTIFICADO DE REGISTRO DE OCUPACIONES





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ALEXANDRE GONÇALVES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	08/11/94
NOME DA MÃE	EDNALVA DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1025025
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	03/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	18:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DE ULNA ESQUERDA
CID 10	S 52.8 + T 00.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO ERESGATADO POR BOMBEIROS. ALCOOLIZADO ( SIC ), APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM COTOVELO ESQUERDO + ESCORIAÇÕES EM MEMBROS, EM REGIÃO TORÁCICA E ABDOMINAL.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE COTOVELO ESQUERDO-FRATURA EM ULNA ESQUERDA  
RX DE JOELHO ESQUERDO  
RX DE TÓRAX  
USG DE ABDOMEM TOTAL- FAST  
RX DE ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

### TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADO POR COT + MEDICAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILO-PALMAR + TRANSFERÊNCIA AO ORTOTRAUMA , CONFORME PACTUAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: TRANSFERÊNCIA- 03/08/2017  
DATA DA EMISSÃO: 20/01/2018

Dr. Joacila Braga Brandão  
CRM: 1741/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Identificação do paciente		ENDERECO		DADOS PESSOAIS		INFORMAÇÕES GERAIS		EXAMES COMPLEMENTARES		DIAGNÓSTICO	
Nome		Endereço		Sexo MASCULINO		Data de nascimento		Nome		Localidade	
ALFANDRE GONCALVES DA SILVA		Jdade 22 anos 9 meses 26 dias		Masculino		08/11/1994		ALFANDRE GONCALVES DA SILVA		IBIRÁ	
Mae		PAI		Pai		Mae		Endereço		Endereço	
EDINALDA DA SILVA		JOSE GONCALVES ALVES		JOSE GONCALVES ALVES		DDM Móvel		00000000		CNPJ	
ESCOLARIDADE		RESPONSÁVEL (PARENTESCO)		Fone Fixo		DDM Móvel		00000000		CPF	
00 MESMO - O MESMO(A)		00 MESMO - O MESMO(A)		Fone Fixo		00 Móvel		00000000		Bairro	
E-mail		Número documento		Número documento		Local de proceder/ra		UF		UF	
BR 101		Bairro		Bairro		TPO DOCUMENTO		BAYEU		LIBERDADE - DE 2379/2380 A 3955/3956	
CEP		UF		UF		Número de residência		Número da pulseira		03/09/2017 18:43:15	
SN		SUS		Centrinho		Cirurgia GERAL		1000006006807		Data e Hora	
Admissão		Clínica		Especialidade		Caracter de atendimento		RODOVIA		Classificação de risco	
CIRURGIA GERAL		Origen do paciente		Detalhe do acidente		Motivo de atendimento		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Caracter de atendimento	
Indicadores e Transporte		Trauma		Naot		Plano de ambulância		Velocidade de ambulância		Meio de transporte	
Sintaxis Vitais		mmHg		mmHg		PA		X		RESGATE - BOMBEIROS	
Exames complementares											
Ratio x [ ] Sangue [ ] Urina [ ] Tc [ ] Líquor [ ] Ecg [ ] Ultrasonografia [ ]											
Dados clínicos											
Atendido por											
Impresso											
01min 03seg											
Tempo											
08/11/1994											
Data de nascimento											
ALFANDRE GONCALVES DA SILVA											
Nome											
1206763											



Boleto de Atendimento: 1025025

AV. ORESSES CLIPBOARD, INC. 123456789

DA PARAÍBA  
GOVERNO

**Sensor Humberto Luccia**  
Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Cruz Vermeja Brasileira



六二



Tran



GOVERNO  
DA PARÁBA

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA		
Data de 08/11/1994	Nº Boletim 1025025	Emergência
Prontuário		
Material a examinar		

03 de Setembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

### 1) Diferentes espécies serpentes que o homem e laboratório analisou

### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	Idade
ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA	22A 9M 26D
Localização	Coleta Prévia de Cultura?
ÁREA AMARELA ENF 32	( ) Sim ( ) Não
Antibióticos	Posologia
1 CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	AGORA

Indicação Terapêutica:	Dispensado pela Farmácia	Assinatura e Carimbo Médico:
FX EXPOSTA	/	/
Indicação Profilática:	Dispensado pela Farmácia	Assinatura e Carimbo Médico:
FX EXPOSTA	/	/
Doença Base:	Dispensado pela Farmácia	Assinatura e Carimbo Médico:
FX EXPOSTA	/	/

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAZONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	Idade
ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA	22A 9M 26D
Localização	Coleta Prévia de Cultura?
ÁREA AMARELA ENF 32	( ) Sim ( ) Não
Antibióticos	Posologia
1 CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	AGORA

Indicação Terapêutica:	Dispensado pela Farmácia	Assinatura e Carimbo Médico:
FX EXPOSTA	/	/
Indicação Profilática:	Dispensado pela Farmácia	Assinatura e Carimbo Médico:
FX EXPOSTA	/	/
Doença Base:	Dispensado pela Farmácia	Assinatura e Carimbo Médico:
FX EXPOSTA	/	/

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAZONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de nascimento	Idade	Sexo	Nº Prescrição	Data Prescrição
ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA	08/11/1994	22	MASCULINO	1025025	03/09/2017 18:52:59
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a	03/09/2017 18:52:59
ACIDENTE DE MOTOCICLETA					

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazigramento
1 PAREcer ORTO		0.0						

03 de Setembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO

CRM: 6700

*Rafael de Arruda S. Pinto*  
Dr. Rafael de Arruda S. Pinto  
Urologia e Cirurgia Geral  
CRM-PB 5730



Cruz Vermelha Brasileira  
Hospital Estadual de Emergência e Trauma



Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Data Prescrição
ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA	08/11/1994	22	MASCULINO	1025025	03/09/2017 20:56:35
Motivo do Atendimento	Selor	Posto de Trabalho			
ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Leito		Prescrição válida a	03/09/2017 20:56:35

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 TETANO GAMMA	1.0	UI		INTRAMUSCUL	AR	AGORA		
2 CEFALOTINA 1G	1.0	G		E.V.		AGORA		

03 de Setembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE  
CRM: 4899



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

1025025

## Guia de Encaminhamento Externo

## Dados do paciente

Nome ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA					CNS		Prontuário
Data de Nascimento 08/11/1994	Idade 22A 9M 26D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe EDINALVA DA SILVA				Nome da Pai JOSE GONCALVES ALVES			
Endereço LIBERDADE - DE 2379/2380 A 3955/3956				Bairro SESI			Cep 58306000
Município BAYEUX - PB				Telefone Residencial ( 00 ) 00000000		Telefone Celular ( 00 ) 00000000	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262	Telefone ( 83 ) 32165700		

## Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA EM URNA ESQUERDA APOS QUEDA DE MOTO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO	CID S52.2	Data de encaminhamento 03/09/2017 21:07:41

Jr. Pedro Henrique Lima  
Assinatura e carimbo do profissional



Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
ÁREA VERMELHA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Cruz Vermelha Brasileira



Anameuse	PAZIMENTO SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS, ALCOOLIZADO, OUEDA DE MOTO. APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM COTOVELO E SACUERDO ESCORRAGÓDES PELOS MBERS DOR EM JOELHO E SACUERDO TORAX E ABDOSE SEM ALTERAÇÕES. ESCORRAGÃO EM REGIAO TORACO ABDOMINAL CD: AVULGADO DA ORTOPEDIA FAST RX					
SUIDADOS	SOLICITACAO DE PARCEER ORTOPEDIA					
EXAME DE IMAGEM	RADIOGRAFIA DE COTOVELO E SACUERDO RADIOGRAFIA DE JOELHO E SACUERDO (AP + LATERAL) ULTRASSONOGRAFIA - FAST RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)					
CID10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR E SACUERDA					
Conduta	Em observação					
RG20	Dor aguda					
Codigio	Descrição					
<p>Dr. Rafael de Arruda S. Pinto C.M. 955730 Urologia e Cirurgia Geral</p>						

EXAME DE IMAGEM	RADIOGRAFIA DE COTOVELO E SACUERDO RADIOGRAFIA DE JOELHO E SACUERDO (AP + LATERAL) ULTRASSONOGRAFIA - FAST RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR E SACUERDA					
CID10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR E SACUERDA					
Conduta	Em observação					
RG20	Dor aguda					
Codigio	Descrição					
<p>Dr. Rafael de Arruda S. Pinto C.M. 955730 Urologia e Cirurgia Geral</p>						

ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO (6700/PB)

CRM: 5053 - PB  
Dr. Lautonio Junior Loureiro

Este laudo foi liberado em 03/09/2017 19:23.

\* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e exame clínico.

Ausência de lesões parenuimatosas relacionadas ao trauma.

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

Paciente: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA  
Atendimento: 000000756193 Data: 03/09/2017  
Idade: 22 anos

Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senado - Mato Grosso do Sul

Assinatura e Carimbo

05/09/18

2018-09-05  
05/09/18  
05/09/18  
05/09/18

CD : 552

ofício.

ao RX apertinho. unha da cunha  
daffinha xposta  
nusmo dia de trabalho da unha  
à barra de unha no  
no dia 03/09/18, foi rebocado  
o pacote rx com acetina da mola  
durante para fins terapêuticos que

louada muito

ofício

NOME: ALEXANDRA CESAR DUARTE

RECEITARIO MEDICO - SUS



04

## CERTIDÃO

Nº. 1688/2017

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº58136 e prontuário de nº 2017.09.000389 pertencente a **ALEXANDRE GONÇALVES DA SILVA** que foi atendido dia 03/09/2017 às 23H38min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço e cotovelo esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 04/09/2017 com alta médica dia 07/09/2017.

E para constar eu Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de outubro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JÓAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 58136 Atd: Nao Régula  
Data: 03/09/2017  
Hora: 23:38:19  
Repcionista: GABRIELA DA COSTA SER  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.09.000389

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3675828 Fone: 986744734

Natural: IBIARA/PB Data Nasc.: 08/11/1994 Id: 22 ano(s)

End.: GRANJA SAO PAULO, 00BAIRRO: MARIO ANDREAZA

Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF :PB

Mae: EDINALVA DA SILVA

Pai: JOSE GONCALVES ALVES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: PAI

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr. dencia: HOSPITAL TRAUMA

Tr sporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 17:00/BR 101

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
[ ] Vomito			
Observacao			

Queixa Principal

*Ensaio do joelho*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

<p>Nome: <u>Alexa de Souza</u></p> <p>Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____</p> <p>Nome da Mãe: _____</p> <p>Endereço: _____ Bairro: _____</p> <p>Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____</p> <p>Sexo: F ( ) M ( ) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____</p> <p>Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / / _____</p> <p>QPD: <u>Quando de</u></p> <p>HDA: <u>Quando de</u></p> <p><u>Dois de fevereiro de 2010</u></p> <p>Medicações em uso: _____</p> <p><b>Interrogatório Sintomatológico:</b></p> <p><b>Geral:</b> [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: _____</p> <p><b>Pele:</b> _____</p> <p><b>Cabeça e PESCOÇO:</b> [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: _____ Visão: _____</p> <p><b>AR e ACV:</b> [ ]Dor _____ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema _____ Outros: _____</p> <p><b>ABD:</b> [ ]Dor _____ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume</p> <p><b>AGU:</b> [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: _____</p> <p><b>SME:</b> [ ]Dor _____ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos</p> <p><b>SN e PSQ:</b> [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade _____ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor</p>	Data da Admissão: <u>03/09/17</u>
---	-----------------------------------

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]JDM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_ ♥ \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_ PA= \_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_ FR= \_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

Série b a febre c/ comunicação  
foto poster

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: RX: fratura clavicular

luxação articulada - montejo

Hipóteses Diagnósticas: Fratura luxação escapulo 6 II

maziluxo

Conduta: Indicação PT de peso + Fixação

dofuturo.

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> <i>Alexandre Soárez</i>				<b>Registro:</b>	
Idade:	Sexo: <i>m</i>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Felipe Botelho</i>			1º Assistente:	<i>Dr. Anderson Souza</i>
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: <i>10:00</i> T: <i>14:00</i>
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					
<b>CID</b>					
<i>fratura seccao metapofis</i>					
<i>SS22</i>					
<i>encosto 6 II</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					
<b>CID</b>					
<i>Oncos</i>					
<i>SS22</i>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					
<b>CÓDIGO</b>					
<i>Intervento cirúrgico feito</i>					
<i>anterior</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim	Descreva:		
		2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não			
Biópsia de Congelação:		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim			
		2 ( <input type="checkbox"/> ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome <b>ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA</b>					CNS		Prontuário	
Data de Nascimento <b>08/11/1994</b>	Idade <b>22A 9M 26D</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Raça / Cor <b>PARDA</b>	Peso	Altura	Pressão	Temperatura	
Nome da Mãe <b>EDINALVA DA SILVA</b>			Nome da Pai <b>JOSE GONCALVES ALVES</b>					
Endereço <b>LIBERDADE - DE 2379/2380 A 3955/3956</b>			Bairro <b>SESI</b>			Cep <b>58306000</b>		
Município <b>BAYEUX - PB</b>			Telefone Residencial			Telefone Celular <b>( 00 ) 00000000</b>		
Unidade de saúde solicitante <b>HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA</b>			<b>CNES</b> <b>2593262</b>			Telefone <b>( 83 ) 32165700</b>		

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária <b>ALTA HOSPITALAR</b>	AP	Endereço <b>RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB</b>
Motivo do encaminhamento <b>ALTA HOSPITALAR</b>		
Resultado de exames complementares <b>PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA EM URNA ESQUERDA APOS QUEDA DE MOTO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO</b>		
CID <b>S52.2</b>	Data de encaminhamento <b>03/09/2017 21:07:41</b>	

*Caro Romão Dantas  
Medico  
CRM-PB 9740*

Assinatura e carimbo do profissional

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DPH

Ajuda de campo  
Colocar de campo.

Incisão:

Anel de argonax do fáscia arco,.  
limpeza de celas para implante

Achados:  
Fôrma comum de cílio enrosto +  
luxos de célio raro (2x2)

Conduta:

Alvo sobre o direcionado por planos,  
redução de célio raro e luxos no topo  
de bloco de 10 mm + preenchimento  
redução relativa da fórmula por fôrma comum de célio.

Fechamento:

Sutura por planos.

OBS:

Preparação: 10to e PO após abertura

Data: 09/09/17

Dr. Felipe Almeida  
Oncologista  
CRM: 06.533  
1607 - 14.153

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.