

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **GILSON OLIVEIRA EUGENIO**

Nº Sinistro: **3180028895**

Vitima: **GILSON OLIVEIRA EUGENIO**

Data do Acidente: **02/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180028895**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12248508



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **GILSON OLIVEIRA EUGENIO**

Nº Sinistro: **3180028895**

Vitima: **GILSON OLIVEIRA EUGENIO**

Data do Acidente: **02/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180028895**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Sinistro: 3180028895

Vítima: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Data do Acidente: 02/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180028895** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12383567

A/C: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Nº Sinistro: 3180028895
Vítima: GILSON OLIVEIRA EUGENIO
Data do Acidente: 02/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000096710-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Sinistro: 3180028895

Vítima: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Data do Acidente: 02/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180028895** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Nº Sinistro: 3180028895

Vitima: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Data do Acidente: 02/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180028895**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180028895 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **GILSON OLIVEIRA EUGENIO**
Endereço do(a) Examinado(a): **AVENIDA BRASIL nº 64 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3221092 - SSP**
Data local do exame: **02/02/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

REVISÃO AVALIA E GRADUA EM ARTICULAÇÃO APÓS ANÁLISE DO EXAME FÍSICO E DOCUMENTAÇÃO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 02/02/2018

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB

Assinatura do perito Examinador - CRM

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180028895**
Nome do(a) Examinado(a): **GILSON OLIVEIRA EUGENIO**
Endereço do(a) Examinado(a): **AVENIDA BRASIL nº 64 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3221092 - SSP**
Data e local do acidente: **02/06/2017 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **02/03/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO

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

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE SUBIR E DESCER INCLINAÇÕES. ALTA EM 29/11/2017.

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

LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE SUBIR E DESCER INCLINAÇÕES

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO NO TORNOZELO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO ESQUERDO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

PROTÓTIPO
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 075315874-40	Nome completo da vítima GILSON OLIVEIRA EUGENIO
---------------------------	-------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GILSON OLIVEIRA EUGENIO		CPF titular da conta 075315874-40	Profissão MOTO BOY
Endereço AV. BRASIL		Número 64	Complemento
Bairro CRISTO REDENTOR	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58070-250
Email			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

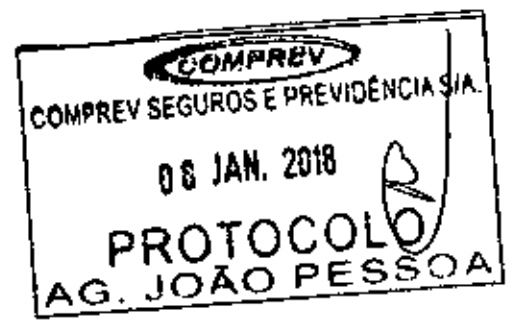
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1033 (Informar dígito se existir)	D/V 	CONTA NRO. 96710 (Informar dígito se existir)	D/V
BANCO Nome 		NRO. 	
AGÊNCIA NRO. 	D/V 	CONTA NRO. 	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

JOÃO PESSOA 08 de JANEIRO de 2018
Local e Data

* GILSON OLIVEIRA EUGENIO
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00006.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00006.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:21 horas do dia 08 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu GILSON OLIVEIRA EUGENIO, conhecido(a) por Eugenio, CNH nº 05184961505, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Verônica Cruz de Oliveira e Gidelio Francisco Eugenio, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/04/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Brasil, Nº 64, complemento casa, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Comunidade Novo Horizonte, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98682-2905.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125 FAN, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2015, chassi 9C2JC4110FR302470, renavam 01053387315

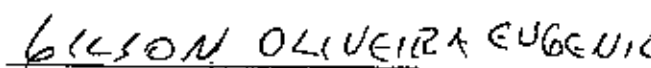
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

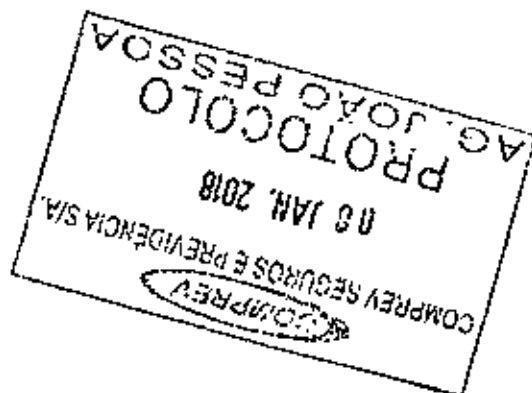
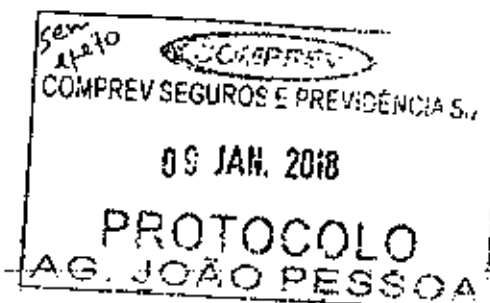
Que, no dia 02 de junho do ano próximo passado, quando se conduzia em sua moto já discriminada, precisamente, no cruzamento das avenidas Elias Gavaletti de Albuquerque e José Francisco da Silva, por volta das 19:30 horas aproximadamente, foi alvo de colisão por parte de um veículo de placas e Condutor não identificado, consequentemente, foi alvo de fratura no pé esquerdo, atingindo Tíbia e Fíbula, conforme prontuário Médico apresentado.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdadeira. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de janeiro de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


GILSON OLIVEIRA EUGENIO
Noticiante



Procedimento Policial: 00006.01.2018.1.02.008



Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00006.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00006.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:21 horas do dia 08 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu GILSON OLIVEIRA EUGENIO, conhecido(a) por Eugenio, CNH nº 05184961505, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Verônica Cruz de Oliveira e Gidelio Francisco Eugenio, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/04/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Brasil, Nº 64, complemento casa, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Comunidade Novo Horizonte, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98682-2905.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125 FAN, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2015, chassi 9C2JC4110FR302470, renavam 01053387315

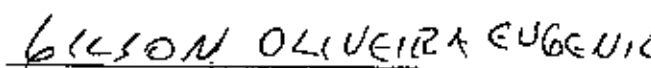
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

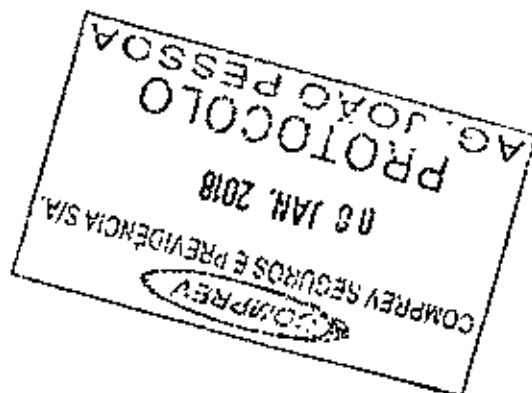
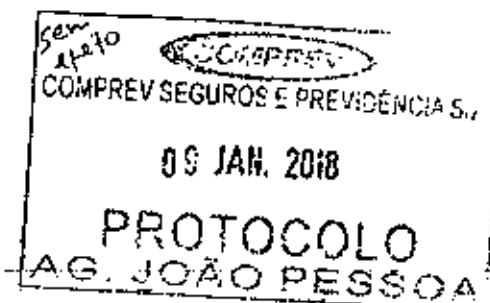
Que, no dia 02 de junho do ano próximo passado, quando se conduzia em sua moto já discriminada, precisamente, no cruzamento das avenidas Elias Gavałek de Albuquerque e José Francisco da Silva, por volta das 19:30 horas aproximadamente, foi alvo de colisão por parte de um veículo de placas e Condutor não identificado, consequentemente, foi alvo de fratura no pé esquerdo, atingindo Tíbia e Fíbula, conforme prontuário Médico apresentado.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdadeira. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de janeiro de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


GILSON OLIVEIRA EUGENIO
Noticiante



Procedimento Policial: 00006.01.2018.1.02.008



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00016.01.2018.1.02.008

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00016.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:42 horas do dia 18 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Gilson Oliveira Eugenio**, CNH nº 05184961505, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Verônica Cruz de Oliveira e Gildelcio Francisco Eugenio, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/04/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Brasil, Nº 64, complemento casa, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Comunidade Novo Horizonte, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98682-2905.

Dados do(s) Fatos:

Local: Cruzamento das Avenidas Elias Cavalcante de Albuquerque e José Francisco da Silva, Depósito de Material Para Construção, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/06/17 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125 FAN, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2015, placa QFH-3646, chassi 9C2JC4110FR302470, renavam 01053387315

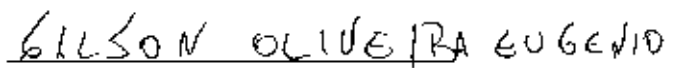
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

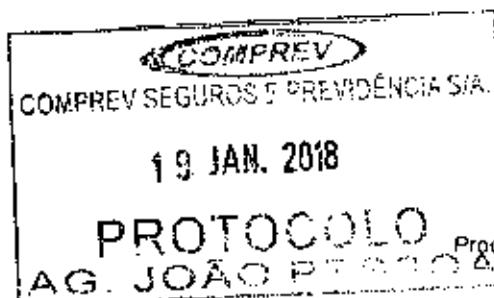
Que, no dia 02 de junho do ano próximo passado, quando se conduzia em sua moto já discriminada, precisamente no cruzamento das avenidas Elias Cavalcante de Albuquerque e José Francisco da Silva, por volta das 19:30 horas aproximadamente foi alvo de colisão por parte de um veículo de placas e Condutor não identificado, conseqüentemente, foi alvo de fratura do pé esquerdo, atingindo Tibia e Fíbula, conforme Prontuário Médico apresentado.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 18 de janeiro de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


GILSON OLIVEIRA EUGENIO
Noticiante



Procedimento Policial: 00016.01.2018.1.02.008



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Gilson Oliveira Eugenio

CPF da Vítima

075.31587440

Data do Acidente

02/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

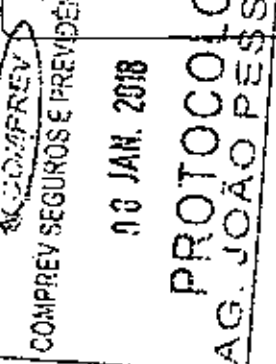
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

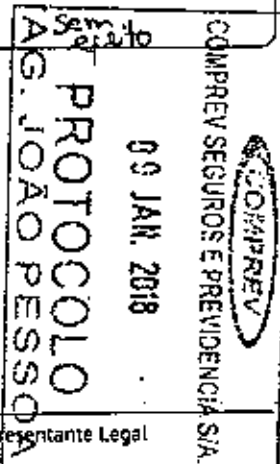
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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



G. Pessoa 08 de Janeiro de 2018

Local e Data



* GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Ficha Nr: 34385 Atd: Nao Regular
Data: 02/06/2017
Hora: 20:07:13
Recepcionista: MARILENE AUGUSTO FERN
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.06.000242

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3224092 Fone: 32235523

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/04/1988 Id: 29 ano(s)

End.: AV. BRASIL, 00

Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: VERONICA CRUZ DE OLIVEIRA

Pai: GILDELIO FRANCISCO EUGENIO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: OFFICE-BOY

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: CARLOS ANTONIO - AMIGO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: RUA

Comprovacao de ato declaratorio



Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COL. MOTO C/ CARRO AS 19:30

Vitima de violência por: PX POSTO DE GASOLININA IPIRANGA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

SAR/Practungão

travando no tornavento @ acidente de
moto (SIC). Per e edura no tórax @

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx tórax @ Ape perit

Diagnostico

Conduta

Prescrição

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S

05 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S

08 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

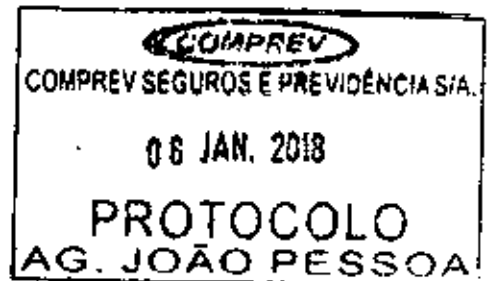
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000096710-0

Nr. da Autenticação 29178A0272ADFE02

Comprovante de residência



LUANA MARY
AV BRASIL 64 - CRISTO RE
JOAO PESSOA / PB CEP: 53071-880



Emissão: 23/11/2017 Referência: Nov / 2017

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Classe/Subcls. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-880

Roteiro: 13 - 2 - 554 - 4980

Nº medidor: 00008203148

CNPJ 08.086.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.981.860

Cód. para Déb. Automático: 00008118800

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800

Conta referente a

Apresentação

Nov / 2017

23/11/2017

21/12/2017

81283

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/6118

Canal de contato



sem
preto
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
SAÚDE S/A
SANTO CA. LÍRICO DE SAUDE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <i>Jelson Oliveira</i>	PRONTUÁRIO: <i>020</i>
IDADE: <i>42</i>	SEXO: <i>M</i>
CUR: <i>P</i>	CLÍNICA: <i>020</i>
DATA DE ADMISSÃO: <i>26/11/18</i>	DATA DE ALTA: <i>29/11/18</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL:	TEMPO DE DOENÇA: <i>020</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>Doença crônica</i>	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:	
PRINCIPAIS EXAMES:	
PROCEDIMENTO REALIZADO:	
TERAPIA MÉDICA: <i>Antibiótico</i>	
ANATOMIA PATOLÓGICA:	
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO	COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:	
CONDIÇÃO DE ALTA: ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO: *Doença crônica*

HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES:

Doença crônica

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "anchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao Ambulatório do *Antibiótico* para retirada de pontos.

Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

29/11/18

DATA

ASS. MÉDICO

Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. João Batista P. Rosa
Otorrinolaringologista
CRM 12.513



Sem efeito
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 JAN. 2018
MINISTÉRIO DA
SAÚDE
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME:	Gleison Oliveira F. G. B. R.			PRONOME				
IDADE:		SEXO:		CLÍNICA		LEITO		
DATA DE ADMISSÃO	02/06/17		DATA DE ALTA	21/06/17		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
EXAME DE URINA	Fratura da T12						CID	
LAUS DE HISTÓRIA								
LAUS DIAGNÓSTICOS								
PRINCIPAIS EXAMES	Ressonância Exame Frac.							
PROCEDIMENTO REALIZADO	Tratamento cirúrgico da Fratura da T12							
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO								
ANATOMIA PATOLÓGICA								
INFECÇÃO F.O.	☐ SIM		☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL	☐ SIM	☒ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO								
EVOLUÇÃO DE ALTA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO
HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES
Paciente masculino, 47 anos, com queixa de dor na região lombar, com início há 10 dias, evoluindo para incapacidade funcional. Exame físico: dor à palpação na região lombar, sem déficit neurológico. Exames complementares: Ressonância magnética de coluna lombar evidenciando fratura de corpo vertebral da T12. Tratamento cirúrgico realizado com sucesso. Evolução satisfatória, com melhora da dor e capacidade funcional.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
DIETA: Líquida
REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico em 45 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: Ceftriaxona e Dexametasona.
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA: 21/06/17
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



FATURADO

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



GH
ex 1

Sem efeito
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

6

6

PRONTUÁRIO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

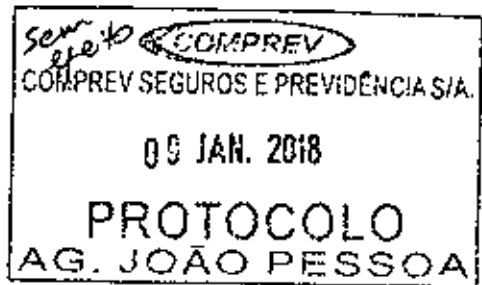
Nº: 2017 06 0242

INSTRUMENTO
FOTO

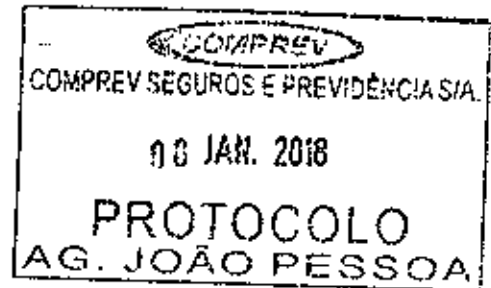
NOME DO PACIENTE:

GILSON OLIVEIRA EUGÊNIO

ENFERMARIA: 24 LEITO: 405



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Barbara Antonia Soares Santos

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

06 JAN 2018

1970
PROTOCOLO
AG. JOÃO GESSOA
DE CIRURGIA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

Sen. **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
09 JAN. 2018
SA
SISTEMA UNIC
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Gilvan Oliveira Euceno
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M (), Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: Dor e edema no joelho direito

HDA: 30 dias no leito devido ao trauma da queda do muro
causando fratura da tíbia direita
em nível do terço médio e acesso
ao sistema, LGE, métodos
cirúrgicos.

Sem COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Medicações em uso:

Sem **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
efeito
09 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melaena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho 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: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

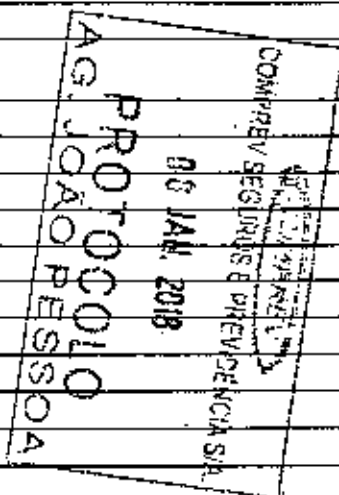
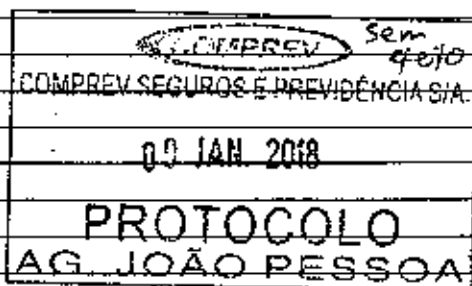
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Exaturo de TMA (E)

Conduta: Tratamento com Trazolam

Quimico



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. DD + Anest. 6/1 + CCU
2. Incisão linear
3. Desbridamento do local do tumor
4. Limpeza do leito do tumor e 1

Incisão:

5. Ponto linear + 1 suture
6. Sutura linear
7. Dissociação do vaso

Achados:

8. Presença de uma lesão linear
9. Presença de 3 pontos de sutura
10. Presença de uma lesão linear

Conduta:

→ Para em Conselhos Reunidos

[Assinatura]
 Dr. João Pessoa
 Médico Unimed JF

Fechamento:

OBS:

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 09 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Sem
 efeito
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 09 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

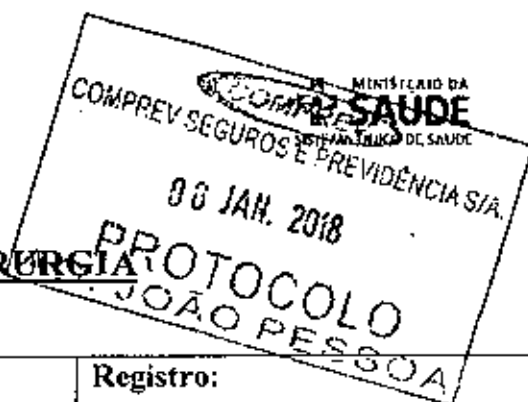


FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOME		DATA	
ESTADO CIVIL		IDADE	
SEXO		PROFISSÃO	
COR		CATEGORIA	
ENDEREÇO		HOSPITAL	
AIH		OUTRAS	
DIAGNÓSTICOS			
OPERACÃO REALIZADA			
CIRURGIÃO		AUXILIAR	
INÍCIO ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		VALOR R\$	
CFR		CRM-FB	

[illegible]

EXAMES COMPLEMENTARES	
PRÉ ANESTÉSICO	
EXAMES COMPLEMENTARES	
ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☒ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐	
TÉCNICA A + L + BSR (V-3-U) + M/M + AB 27 6 10 1 + JH 18 Sf 19 11 12	
MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO	
1	6
2	7
3	8
4	COMPRESSORES E PREVENÇÃO SIA.
5	10
OBSERVAÇÕES	08 JAN. 2018
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Gilson Oliveira Leal				Registro:	
Idade: 0	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: Dr. Carlos Alencar			1º Assistente: HAGO RZ	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fratura do TNZ(E)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
Fratura do TNZ(E) FLUTUAS					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Desbridamento e limpeza TNZ(E)					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (☒) Não		Descreva: PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (☒) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (☒) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

sem pte 10

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 JAN. 2018.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FICHA DE ADMISSÃO DA SRPA

Paciente: _____ Pront.: _____ Data: _____

Hora da admissão: _____ Hora da alta: _____ Enfermeiro: _____

PA. na admissão: _____ PA. na alta: _____ Téc. Enf.: _____

PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
CONSCIÊNCIA					
ACORDADO	2			2	
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
RESPIRAÇÃO					
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2			2	
DISPNÉIA	1				
APNÉIA	0				
CIRCULAÇÃO					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2			2	
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL	1				
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0				
ATIVIDADE MUSCULAR					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES	4	2		2	
MOVIMENTO MUSCULAR DE	2	1			
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
COLORAÇÃO DA PELE					
ROSADO, QUENTE	2			2	
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
TOTAL					

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA

Alta em 11:30

Dr. Amanda V. Andrade
CRM-9810.692
Anestesiologista

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

09 JAN. 2018

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

06 JAN. 2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Incisão:

Tórax (E) Edemaciado 42/44
Grandes fletos lat. e medial

Achados:

⇒ Desmembramento + limpeza
exposta com Desmembramento
e 250g

Conduta:

⇒ Têlo tórax
⇒ sem intercorrências

Prescrito 12 dias de
uso 6001

Fechamento:

Sem
efeito
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

09 JAN. 2018

OBS:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

H) CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

Ferida Operatória de Aspecto: ☒ Limpo () c/ secreção () Contaminada
() Aparelho Gessado () Bandagens () Talas () outros _____

I) OUTRAS INFORMAÇÕES

☒ Raqui-anestesia () Anestesia Geral () Bloqueio de Plexo

() Fio de KC Material Especial: () Placa - tipo: _____

() Parafuso - tipo: _____ Outros materiais: _____

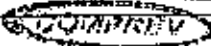
() Dreno de Tórax () Dreno de Pen Rose () Dreno de Sucção/Vácuo

* Hidratação Parenteral: () Soro Fisiológico () Soro Glicosado ☒ Ringer Lactato
Quantidade total de volume administrado: 1000 ml

*INTERCORRÊNCIAS DIURNAS:

Paciente monitorizado p/ intercorrências
eas e encaminhado p/ URPA

*INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS:

Sem efeito	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
05 JAN. 2018	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

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


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

08 JAN. 2018

FICHA DE ADMISSÃO DA SR^{te} AG. JOÃO PESSOA

Paciente: Carmona Oliveira Pront.: _____ Data: 06/10/18
Hora da admissão: 13:30 Hora da alta: 15:00 Enfermeiro: _____
PA. na admissão: _____ PA. na alta: _____ Téc. Enf.: _____

PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
CONSCIÊNCIA					
ACORDADO	2	2	2	2	
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
RESPIRAÇÃO					
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2	2	2	2	
DISPNÉIA	1				
APNÉIA	0				
CIRCULAÇÃO					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2	2	2	2	
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL	1				
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0				
ATIVIDADE MUSCULAR					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES 4	2			2	
MOVIMENTO MUSCULAR DE 2	1	3	3		
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
COLORAÇÃO DA PELE					
ROSADO, QUENTE	2	2	2	2	
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
TOTAL				10	

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA

Dr. Márcio Ferreira Vilela
Anestesiologista
CRM 5151

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2018
AG. JOÃO PESSOA



MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NA SALA DE CIRURGIA

NOME: Pihon de Mura Guedes PRONT: 2017060242
 Tipo de Cirurgia: NOVA PRAT 102
 Cirurgião: Dr. Rava 1º Auxiliar: Dr. Nêmulo
 2º Auxiliar: Dr. Camila Instrumentador(a): Dr. Rava + Rava
 Anestesiologista: Dr. Camila Tipo de Anestesia: RA + sedação
 Início: 08:40 Término: Duração:

MEDICAMENTO	O.	MEDICAMENTO	O.	MATERIAL	O.
Adrenalina (amp.)		Oxido nitroso (N ₂ O)		Escalpe	
Água dest. (amp.)	OK	Oxigênio (O ₂)	OK	Esparadrapo	OK
Aminofilina (amp.)		Pancuron (amp.)		Esparadrapo hipod.	
Atropina (amp.)		Plasil (amp.)		Fio de algodão	
Bicarbonato de sódio (amp.)		Propofol (amp.)		Fluxor artroscop.	
Bupivacaína 0,5% (fr.)		Prostigmine (amp.)		Gorro descartável	OK
Bupivacaína 0,75% (fr.)		PVPI deger.	OK	Lamina de bisturi N° 211	
Ceftriaxona 1200 mg		PVPI tintura	OK	Lamina gilete	
Ceftriaxona (amp.)		Quelicin (amp.)		Luvas de procedimentos	OK
Clorelid cálcio (amp.)		Rapifen		Luvas estéreis (par) N° 750	
Clorelid potássio (amp.)		Revivam (amp.)		Malha tub 10 cm 11 3.01	
Clorelidina 2%		Rocefin 1g (amp.)		Mascara descartável	OK
Cloridrato de tramadol		Sevocris		Mononylion N°	
Cloridrato naltorfina (amp.)		Sol. Ringer c/ lact. 500 ml		Propé descartável	
Decadron (amp.)		Soro fisiológico 1000 ml		Serin. descartável 1 cc	
Dexametazona (amp.)		Soro fisiológico 500 ml		Serin. descartável 10 cc	OK
Diazepam (amp.)		Soro glicosado 500 ml		Serin. descartável 20 cc	OK
Dimofin (amp.) 5cm		Sulo-cortef 500 mg		Serin. descartável 5 cc	OK
Dipirona (amp.) 200mg		Fenitoína sódica		Sonda foley	
Dolantina (amp.)		Tilatil (amp.)		Sonda nasogastrica	
Dolostat (amp.)		Voltaren (amp.)		Sonda uretral	
Dormônio (amp.)		N ^o 1515000	OK	Vicryl N°	
Efortil (amp.)					
Eter					
Etomidato					
Fenergan (amp.)					
Fenofila					
Fentanyl					
Flumazenil					
Glicosil (amp.)					
Haloperidol					
Halothano (fr.)					
Hydrocortisona 500 mg					
Isoforane ml					
Kanakion (amp.)					
Kefazol (fr.)					
Keflin (amp.)					
Ketalar (fr.)					
Lasix (amp.)					
Lidocaina 2%					
Lidocaina 2% (geléia)					
Neocaina 5% pes. (amp.)					
Liquemine					
Metildopa (compr.)					
Metronidazol 500 mg					
Midazolam					
Narcan					
Neocaina 0,5% hipb (amp.)					
Neocaina 0,5% isob (amp.)					
Nilperidol					

Data: 10/06/17

Amirko + Sabina
 ENFERMEIRA
 Assinatura e Carimbo

Paula + Sabina
 CIRCULANTE
 Assinatura e Carimbo

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Gilson Oliveira Mendes DATA: 05/01/17
HORA: 13:30 ORTOPEdia () CIR. GERAL () BMF () OUTROS ()
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Artroscopia de Tornozelo
debridamento + lavagem

SINAIS VITAIS

T: 36.2 °C PULSO: 98 bpm FR: 18 rpm FC: 98 bpm SpO₂: 99 %
P.A.: 93/62/73 mmHg EtCO₂: 35 mmHg

EXAME GERAL

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
(☒) Consciente () Torporoso () Inquieto () Orientado () Comatoso () Depressivo () Acordado () Agitado () Chorooso () Desorientado () Sedado () Outros

B) PELE E MUCOSAS
(☒) Normocorada () Sudorese () Higiene Satisfatória () Desidratada () Prurido () Higiene Deficiente () Cianótica () Lesões () Pálida () Manchas

C) SISTEMA CARDIOVASCULAR
() Hipertensão () Bradicardia () Chocado () Afebril () Hipotensão () Acesso Central () Febril () Arritmia () BIC () Taquicardia () Pulsos Palpáveis () Flebotomia

D) SISTEMA RESPIRATÓRIO
(☒) Eupneico () Uso de O₂ por Cateter/cânula () Dispneia () Taquipneia () Bradipneia () Intubado () Ventilação Mecânica

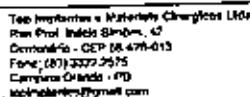
E) SISTEMA GASTROINTESTINAL
(☒) Jejum () SNG () Abdome flácido () Evacuações Ausentes () Dieta Livre () Dieta Líquida () Dieta Pastosa () Vômitos () Náuseas () Abdome distendido () Abdome globoso () Abdome plano () Evacuações presentes

F) SISTEMA GENITOURINÁRIO
(☒) Diurese espontânea () Colúria () Cistostomia () Sem Débito Urinário () SVF () SVA () Disúria () Hematúria () Piúria () Débito Urinário de 200 ml

G) SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO
(☒) Deambulando () Acamado () Deambula c/ dificuldade () Amputações () Deformidades () Paraplegia () Tetraplegia () Deambula c/ auxílio

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Código:

Cód. do Procedimento:

paciente: Wilson Oliveira Eugênio

Convênio:

☐ Reposição

☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

		Nº	Qtd.	Cód.	Valor Unt.	Valor Total
PARAFUSO						
CORTICAL 3.5mm						
PARAFUSO						
CORTICAL 4.5mm						
PARAFUSO						
ESPONJOSO 4.0mm						
PARAFUSO						
ESPONJOSO 6.5mm						
ESP. R/16 CURTA						
PARAFUSO						
ESPONJOSO 6.5mm						
ESP. R/32 LONGA						
PARAFUSO						
MALEOLAR 4.5mm						

COMREY

COMREY SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

06 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Dr. Daniel: Portes de Castro

033.002832 / Cont. PS 2812

CPF: 113.330.534-68

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento:

Faturar N.F. para:

Cód. do consultor: _____ Total: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

09 JAN 2018

PROTOCOLLO

Nº do pedido: AG. JOAO PESSOA



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE / PRÓTESE

Nome do Paciente: Gilson Oliveira Idade: _____
☒ Paciente Interno Enfermaria: 24 Leito: 405 Data: 15/06/17
() Paciente Externo RG: _____ CPF: _____ Fone: _____

Diagnóstico: K102. TNZ. D

Material Especial: - Camisa 35

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Justificativa Médica da Solicitação do Material:

Material necessário para cirurgia

Dr. André Luis Siqueira
Assessoria Médica
CRM: 62070 e Carimbo

Parecer do Coordenador do Serviço: _____

Assinatura e Carimbo

Parecer da Direção Técnica: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Sen
51210 09 JAN. 2018
PROTOCOLO
RUA AQUIFISCAL José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Assinatura e Carimbo

1ª Via: Continuação

2ª Via: Farmácia

3ª Via: Direção Administrativa



PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

Paciente: Wilson Olimpio Bezerra Data: 05.01.18
 Clínica: _____ Enfer: _____ Leito: _____ Prontuário: _____

ORD.	AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA	HORÁRIO	Q.S	Q.F
-	Paracetamol			
-	Aspirina 100mg			
-	Paracetamol 02mg EV 12/24h	18 24 06	12	
-	Paracetamol 20mg EV 12/24h	18 06		
-	Clindamicina 600mg EV 12/24h	22 10		
-	Amoxicilina 500mg			
<i>Receita P. Oliveira</i> <i>CRM 6001</i>				
COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 06 JAN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA				

SEPARADO POR:

MÉDICO:

FARMACÊUTICO:

MATERIAIS DESCARTÁVEIS / MEDICAMENTOS					
DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.
Cateter para Oxigênio		Tornelinho 3 Vias		Extensor 2 Vias	
Seringa 1cc		Coletor Fechado		Lâmina n°	
Seringa 3cc		Coletor Aberto		Lidocaína com Vaso	
Seringa 5cc		Jelco n°		Lidocaína sem Vaso	
Seringa 10cc		Equipo Parenteral		OUTROS	
Seringa 20cc		Equipo Microgotas			
Sonda Uretral n°		Intracath n°			
Sonda Vesical n°		Equipo Macrogotas			
Sonda Naso Gástrica n°		Scalp n°			
Sonda Naso Enteral n°		Fralda Tam.			
Sonda Endotraqueal n°		Luva Proced. Tam.			
Máscara descartável		Luva estéril n°			
Ataduar de Crepon n°		Eletrodo: Adulto / Infantil			
Fio Mononylon n°		Coletor p/ Incont. Urinária			
Fio de Algodão n°		Algodão Ortopédico			

PREENCHIDO POR:

RECEBIDO POR:



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BUARTE

PACIENTE	GILSON OLIVEIRA				
IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO			DATA	06/06/17	

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H (suspa 50)	(18)	(06)		
3	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	18	06		
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	18	18	06	06
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)				
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0,9% IV (S/N)				
7	SSVV+CCGG				
8	Cefazolin 500mg + 100ml SF 0,9% IV 6/6h	18	18	06	06
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

DIAGNÓSTICO LESÃO TNZ E

PRE- OP

FEZ USO

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.

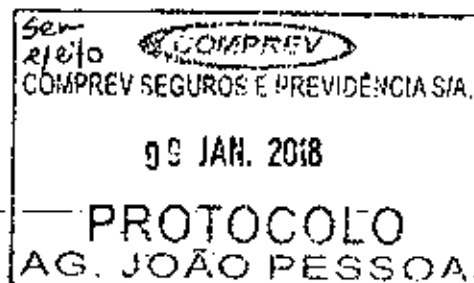
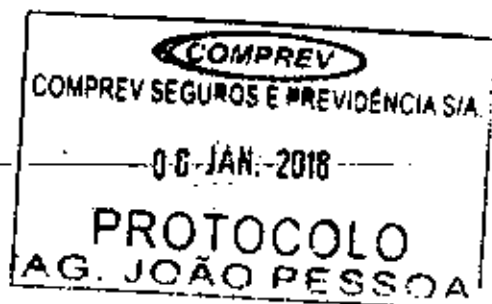
EXT:

CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUITA DA ORTOPEDIA.

Dr. Humberto Luiz F. Lopes
MÉDICO
CRM/PA 9479

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO GURITY

PACIENTE		GILSON OLIVEIRA			
IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA 3/06/17			

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>Alimentação</i>			
2	CLINADMICINA 600MG+100ML SF0,9% EV 6/6H	12	18	24	06
3	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H		18		06
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	12	18	24	06
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)				
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0,9% IV (S/N)				
7	SSVV+CCGG				
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

DIAGNÓSTICO LESÃO TNZ E

PRE- OP

FEZ USO

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.

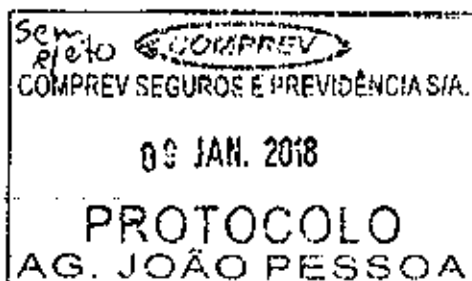
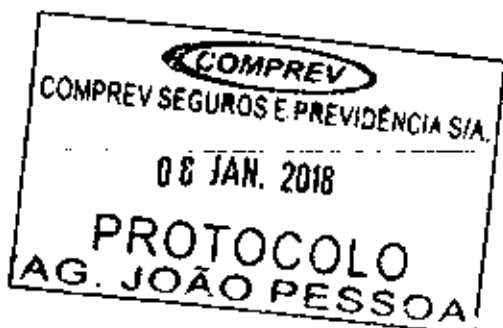
EXT:

CONDUTA:

1. ACUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Dr. Humberto Luiz M. Lopes
Médico
CRM 12.326

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PACIENTE		GILSON OLIVEIRA			
IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA 02/06/17			

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	CLINADMICINA 600MG+100ML SF0,9% EV 6/6H	12	18 24 06
3	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	32	18 06
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H		
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)		
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0,9% IV (S/N)		
7	SSVV+CCGG		
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

Keitha S. Andrade
Clínica Médica
CRM 8119 PB

sem
R140
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DIAGNÓSTICO	LESÃO TNZ E
PRE- OP	
FEZ USO	

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.

EXT:

CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725

Keitha S. Andrade
Clínica Médica
CRM 8119 PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURTY

PACIENTE		GILSON OLIVEIRA			
IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA		09/06/17	

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE <i>Comida livre</i>				
2	CLINADMICINA 600MG+100ML SF0,9% EV 6/6H <i>- 2 suspensões</i>				
3	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	18	06		
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	12	18	24	06
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)				
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0,9% IV (S/N)				
7	SSVV+CCGG				
8	<i>Carbamazepina 1g + AM, EV, de 12 em 12h</i>	18	06		
9	<i>Clonazepam 0,5g + S/N, 2x 12h</i>	24			
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

DIAGNÓSTICO	LESÃO TNZ E
PRE- OP	
FEZ USO	

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE. *Paciente com diurese por cateter*

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.
ACV: RCR 2T, BNF, S/S.
AR: MV+ EM AHT, S/RA.
ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.
EXT:
CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.

2. *Revisar infusão de 1 unidade de sangue*

*Leila S. Andrade
Clínica Médica
CRM 8119 PB*

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

<i>sem releio</i>	COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
08 JAN. 2018	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO NUNES

PACIENTE		GILSON OLIVEIRA			
IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA		10/06/17	
PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA					

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE				
2	CEFTRIAXONA 1G+AD, EV, DE 12/12H (D2/10)	18	06		
3	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	18	06		
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	12	18	21	04
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)				
6	TRAMAL 100MG+100ML SFO,9% IV (S/N)				
7	CLEXANE 40MG- SC, 24/24H				
8	SSVV+CCGG				
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

Atersio A. Silva
Cardiologia
CRM-PB 7518

DIAGNÓSTICO	LESÃO TNZ E
PRE- OP	
FEZ USO	CLINDAMICINA

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

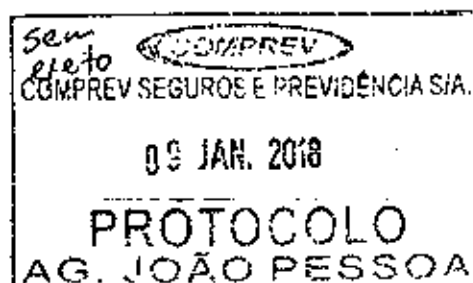
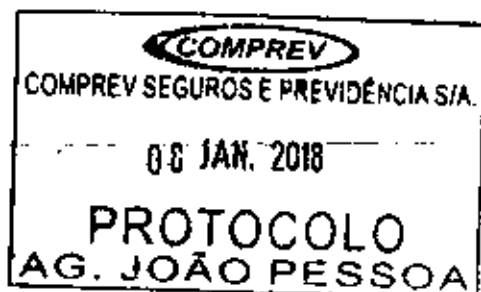
ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR. SEM MASSAS PALPÁVEIS.

EXT:

CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725





**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**
GOVERNADOR TARCÍSIO BUARQUE

PACIENTE		GILSON OLIVEIRA			
IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA		10/06/17	

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE				
2	CEFTRIAXONA 1G+AD, EV, DE 12/12H (D2/10)	18	06		
3	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	18	06		
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	18	18	21	06
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)	S/N			
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0.9% IV (S/N)	S/N			
7	CLEXANE 40MG- SC, 24/24H	06			
8	SSVV+CCGG				
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

Allessio A. Silva
Cardiologia
CRM-PB 7518

DIAGNÓSTICO	LESÃO TNZ E
PRE- OP	
FEZ USO	CLINDAMICINA

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

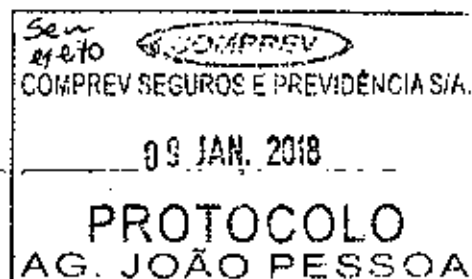
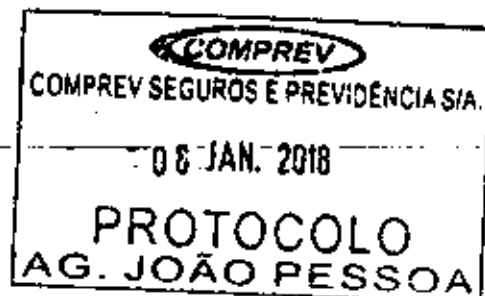
ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.

EXT:

CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO GOMES

PACIENTE		GILSON OLIVEIRA			
IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA		12/06/17	
PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA					

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE				
2	CEFTRIAXONA 1G+AD, EV, DE 12/12H (D4/10)	18	56		
3	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	18	56		
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	18	56	24/06	
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)				
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0,9% IV (S/N)				
7	CLEXANE 40MG- SC, 24/24H	22			
8	SSVV+CCGG				
9	Mefenidol 250mg - 02x12 de 02/02			11	22/06
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

Kenia S. Andrade
Clínica Médica
CRM 8919 PB

DIAGNÓSTICO	LESÃO TNZ E
PRE- OP	
FEZ USO	CLINDAMICINA

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE. *Urina de diurese*

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.

EXT:

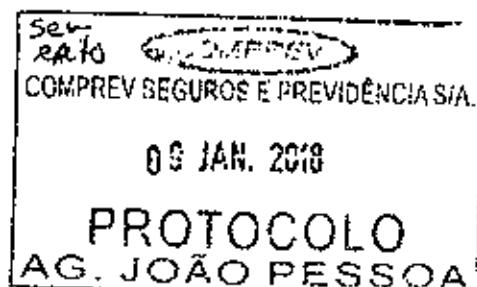
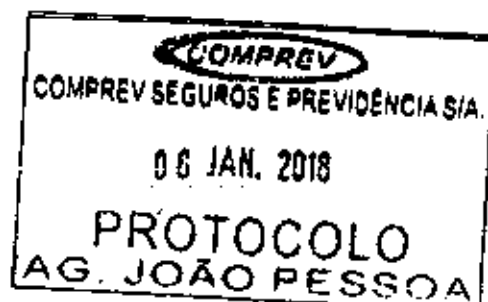
CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Urina microrresol

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725

Kenia S. Andrade
Clínica Médica
CRM 8919 PB





MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Planilha de Faturamento Hospitalar

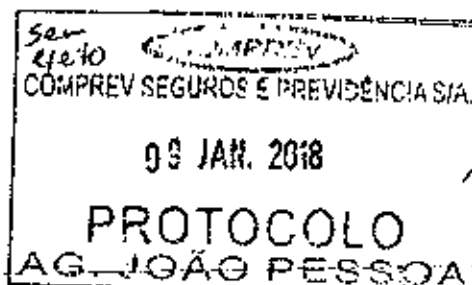
DIGITADO
EM 02/06/2014

CIRÚRGICA

AIH 951710364438	PRONTUÁRIO 9014060242	DATA ENTRADA 03/06/2014	DATA SAÍDA 21/06/2014
NOME DO PACIENTE Wilson Oliveira Eugenio			
CNS		DATA NASCIMENTO 10/04/1988	
NOME DA MÃE Verônica Cruz de Oliveira			
ENDEREÇO Av. Brasil			NUMERO
BAIRRO Crista	MUNICÍPIO Moraújo	TELEFONE 37235523	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050548	MUD PROC SIM (NÃO)	PROCED. REALIZADO	MOD. ATENDIMENTO HOSPITALAR
CARACTER DO ATEND. 01- Elet. 02- Urg.	CID PRINC. S826	CID SECUND. W1149	ESPECIALIDADE LEITO 01 - CIRÚRGICA
CNS SOLICITANTE 126865044490000	DATA AUTORIZAÇÃO 03/06/2014	FATURISTA Kaeline	
AIH ANTERIOR	AIH POSTERIOR		

DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO	QTD	QTD	CNS	CBO	CNES
CIRURGIÃO	0408050548	01		126865044490000	775740	2399628
1º AUXILIAR						2399628
2º AUXILIAR						2399628
3º AUXILIAR						2399628
ANESTESISTA		1		20156124650000	225151	2399628
OPM	8010	01		0402030830	11-024711	2399628
OPM		01		0402030724		2399628
OPM	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A			COMPREV		2399628
OPM	08 JAN. 2018			08 JAN. 2018		2399628
AIH ESPECIAL	07.02.04.015-0			0128000/00015		2399628
CATETER	03.09.05.001-0			980016286749409	225109	2399628
INST. CATETER	04.01.01.001-5			20156124650000	775740	2399628
HEMODIALISE						2399628
CURATIVO GRAU II						2399628

Número do Laudo 73347807
 Unidade Solicitante complexo hospitalar de mangabeira gov tarcislon burity
 Unidade Executante complexo hospitalar de mangabeira gov tarcislon burity
 Data/Hora de Solicitação 03/06/2017 0:14
 Atendente Solicitante Alexandre Magno Freire da Silva
 Data/Hora da Regulação 03/06/2017 0:18
 Profissional Regulador Manoel Angelo Filho cpf: 13315331472
 Situação Autorizada em andamento
 Alta Data de Registro
 Motivo
 Data Prevista 06/06/2017
 Data/Hora de Internação 03/06/2017 0:25
 Profissional Registro da Internação Alexandre Magno Freire da Silva
 Paciente
 Código 899999167705024
 Nome GILSON OLIVEIRA EUGENIO
 Nome da Mãe VERONICA CRUZ DE OLIVEIRA
 Data de Nascimento 10/04/1988
 Unidade Emissora do Laudo complexo hospitalar de mangabeira gov tarcislon burity
 Profissional Emissor do Laudo
 Nome fidias gomes ferreira borborema
 CPF 02260017410
 Caráter da Internação 2- Urgência
 Clínica Clínica cirúrgica: Leito Cirúrgico: Ortopedia/Traumatologia
 Procedimento Solicitado
 Código 0408050578
 Nome tratamento cirurgico de fratura do tornozelo unimaleolar
 Procedimento Realizado
 Código 0408050578
 Nome tratamento cirurgico de fratura do tornozelo unimaleolar
 Diagnóstico Inicial
 Código S826
 Descrição frax do maleolo lateral
 Diagnóstico Principal
 Código -
 Descrição -
 Diagnóstico Secundário
 Código -
 Descrição -
 Principais Resultados e Provas
 Diagnósticas
 Procedimentos Especiais Registrados
 Classificação / Subclassificação do Leito Ocupado
 ▶ EXAME FISICO E RX. SOLICITO LEITO EXTRA
 ▶ Leito Cirúrgico: Ortopedia/Traumatologia / Misto



03/06/2017 00:30

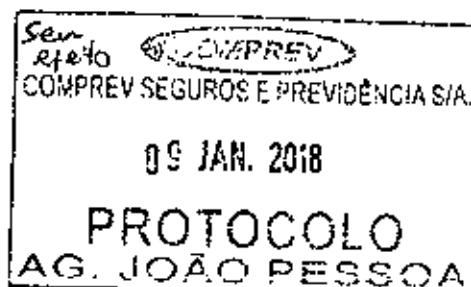
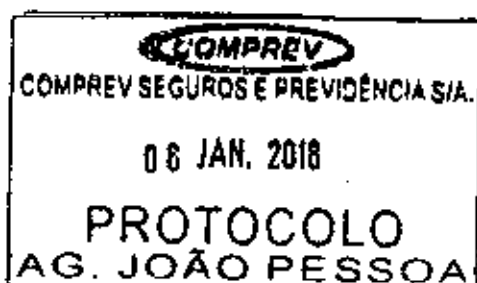
Número do Laudo 73347807

Unidade Solicitante complexo hospitalar de mangabeira gov tarcisio burity
Unidade Executante complexo hospitalar de mangabeira gov tarcisio burity
Data/Hora de Solicitação 03/06/2017 0:14
Atendente Solicitante Alexandre Magno Freire da Silva
Data/Hora de Regulação 03/06/2017 0:18
Profissional Regulador Manoel Angelo Filho cpf: 13315331472
Situação Autorizada com alta
Alta Profissional Registro da Alta Gelsa Alves Diniz Silva
Data de Registro 21/06/2017 17:04
Motivo Alta - Melhorado
Data Prevista 06/06/2017

Data/Hora de Internação 03/06/2017 0:25
Profissional Registro da Internação Alexandre Magno Freire da Silva
Paciente Código 899999167705024
Nome GILSON OLIVEIRA EUGENIO
Nome da Mãe VERONICA CRUZ DE OLIVEIRA
Data de Nascimento 10/04/1988

Unidade Emissora do Laudo complexo hospitalar de mangabeira gov tarcisio burity
Profissional Emissor do Laudo Nome fidias gomes ferreira borborema
CPF 02260017410

Caráter da Internação 2- Urgência
Clínica Clínica cirúrgica: Leito Cirúrgico: Ortopedia/Traumatologia
Procedimento Solicitado Código 0408050578
Nome tratamento cirurgico de fratura do tornozelo unimaleolar
Procedimento Realizado Código 0408050578
Nome tratamento cirurgico de fratura do tornozelo unimaleolar
Diagnóstico Inicial Código S826
Descrição frax do maleolo lateral
Diagnóstico Principal Código -
Descrição -
Diagnóstico Secundário Código -
Descrição -
Principais Resultados e Provas + EXAME FISICO E RX. SOLICITO LEITO EXTRA
Diagnósticas





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO CUNHA

PACIENTE GILSON OLIVEIRA

IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO			DATA	13/06/17	

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE				
2	CEFTRIAXONA 1G+AD, EV, DE 12/12H (D4/10)	13	06		
3	METRONIDAZOL 250MG- 02 CP, VO, DE 08/08H (D2/7)	13	21	06	
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	13	13	21	06
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)				
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0,9% IV (S/N)				
7	CLEXANE 40MG- SC, 24/24H	13			
8	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	13	06		
9	SSVV+CCGG				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

DIAGNÓSTICO LESÃO TNZ E

PRE- OP

FEZ USO

CLINDAMICINA

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.

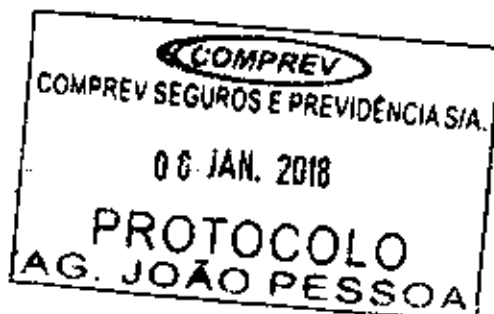
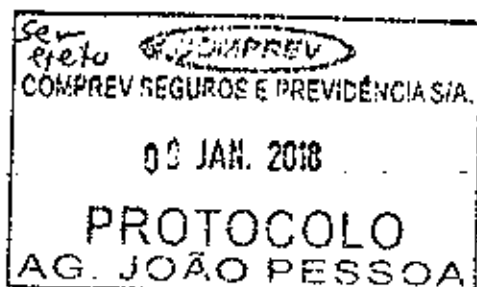
EXT:

CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Dr. Humberto M. M. Lopes
MÉDICO
CRM 13.325

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR FÁBIO CARVALHO

PACIENTE GILSON OLIVEIRA		PROTÓCOLO 1409	
IDADE	29	ENFERMARIA	AT-6
ADMISSÃO		DATA	14/06/19

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 JAN. 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE		
2	CEFTRIAXONA 1G+AD, EV, DE 12/12H (D4/10)	12	06
3	METRONIDAZOL 250MG- 02 CP, VO, DE 08/08H (D2/7)	14	06
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	12	06
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)		
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0,9% IV (S/N)		
	CLEXANE 40MG- SC, 24/24H		
8	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	12	06
9	SSVV+CCGG		
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 JAN. 2018

DIAGNÓSTICO LESÃO TNZ E
PRE- OP
FEZ USO CLINDAMICINA

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR. SEM MASSAS PALPÁVEIS.

EXT:

CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Dr. Humberto Viarj. M. Lopes
CRM 13425

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725

Ortopedia 15/06
At. Agente Fiscal Costa Duarte
de pl. Solis

Dr. André Luis Siqueira
Ortopedia Traumatologia
Oncologia Musculoesquelética
CRM: 62071033006207 TEOT 11/97



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURRY

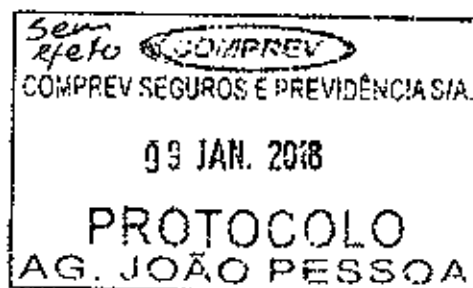
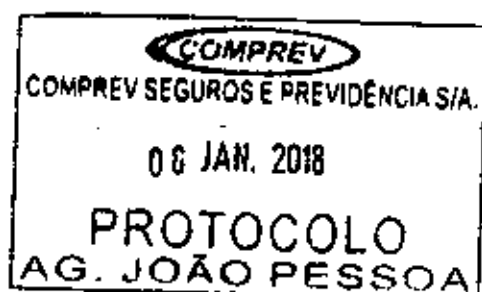
PACIENTE		GILSON OLIVEIRA			
IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA		15/06/17	
PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA					

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE				
2	CEFTRIAXONA 1G+AD, EV, DE 12/12H (D 8 /10)	10	08	20	22
3	METRONIDAZOL 250MG- 02 CP, VO, DE 08/08H (D 9 /7)	14	20	20	22
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	12	18	24	00
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)				
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0.9% IV (S/N)				
7	CLEXANE 40MG- SC, 24/24H	22	08	20	22
8	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	10	08	20	22
9	SSVV+CCGG	antes de			
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

DIAGNÓSTICO	LESÃO TNZ E
PRE- OP	
FEZ USO	CLINDAMICINA
EVOLUÇÃO DIÁRIA	
#CLÍNICA MÉDICA#	
PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.	
AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.	
ACV: RCR 2T, BNF, S/S.	
AR: MV+ EM AHT, S/RA.	
ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.	
EXT:	
CONDUÇÃO:	
1. AGUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.	

Dr. Roberto Gomes Lopes
11/06/2017
CRM 10.426

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BUQUETTI

PACIENTE		GILSON OLIVEIRA			
IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA 16/06/17			
PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA					

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE			4x	
2	CEFTRIAXONA 1G+AD, EV, DE 12/12H (D7/10)			1x	5x
3	METRONIDAZOL 250MG- 02 CP, VO, DE 08/08H (D5/7)	14	22	2x	5x
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	12	18	2x	06
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)				
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0,9% IV (S/N)				
7	CLEXANE 40MG- SC, 24/24H			2x	
8	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	18		06	
9	SSVV+CCGG				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DIAGNÓSTICO	LESÃO TNZ E
PRE- OP	
FEZ USO	CLINDAMICINA

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.

EXT:

CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725

Dr. Humberto Mariz M. Lopes
Médico
CRM/PB 9426

sem efeito **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TÁRCISIO DUTRA

PACIENTE GILSON OLIVEIRA

IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA		17/06/17	

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE				
2	CEFTRIAXONA 1G+AD, EV. DE 12/12H (D8/10)	12	09		
3	METRONIDAZOL 250MG- 02 CP, VO, DE 08/08H (D6/7)	14	22	22	
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	11	18	24	09
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)	S/N			
6	TRAMAL 100MG+100ML SFO,9% IV (S/N)	S/N			
7	CLEXANE 40MG- SC, 24/24H	22			
8	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	12	09		
9	SSVV+CCGG				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

DIAGNÓSTICO LESÃO TNZ E

PRE- OP

FEZ USO

CLINDAMICINA

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.

EXT:

CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TÁRCISIO BUZITI

PACIENTE		GILSON OLIVEIRA			
IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA 18/06/17			
PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA					

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE				
2	CEFTRIAXONA 1G+AD, EV, DE 12/12H (D9/10) (SCOP)				
3	METRONIDAZOL 250MG- 02 CP, VO, DE 08/08H (D7/7)	X	24	00	
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H	X	18	24	00
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)				
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0,9% IV (S/N)				
7	CLEXANE 40MG- SC, 24/24H	X			
8	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H	X	06		
9	SSVV+CCGG				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

DIAGNÓSTICO	LESÃO TNZ E
PRE- OP	
FEZ USO	CLINDAMICINA

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.

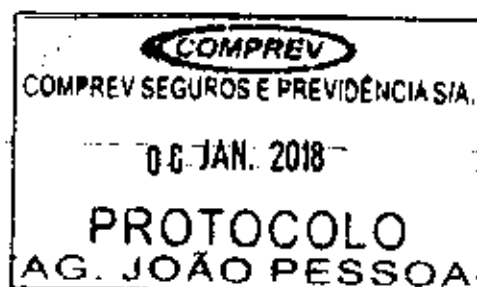
EXT:

CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUITA DA ORTOPEDIA.

Dr. Humberto M. Lopes
CRM 12.326

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO CUNHA

PACIENTE		GILSON OLIVEIRA			
IDADE	29	ENFERMARIA	AT 24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA 12/06/17			
PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA					

AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE				
2	CEFTRIAXONA 1G+AD, EV, DE 12/12H (D5/10) (Susp.)				
3	METRONIDAZOL 250MG- 02 CP, VO, DE 08/08H (D7/7)				
4	DIPIRONA 1G+AD EV DE 6/6H				
5	PLASIL 10MG+AD IV DE 8/8H (S/N)				
6	TRAMAL 100MG+100ML SF0,9% IV (S/N)				
7	CLEXANE 40MG- SC, 24/24H				
8	TILATIL 20MG+AD EV DE 12/12H				
9	SSVV+CCGG				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

DIAGNÓSTICO	LESÃO TNZ E
PRE- OP	
FEZ USO	CLINDAMICINA

EVOLUÇÃO DIÁRIA

#CLÍNICA MÉDICA#

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. APETITE PRESERVADO. DIURESE PRESENTE.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABD: FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, SEM MASSAS PALPÁVEIS.

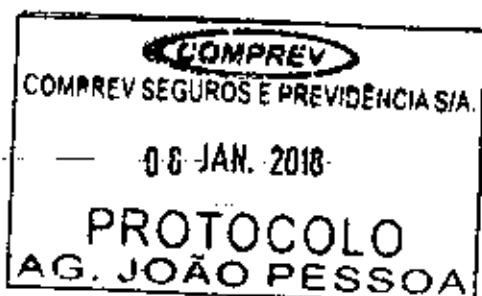
EXT:

CONDUTA:

1. AGUARDA CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Dr. Humberto Matiz M. Lopes
Médico
CRM/PB 9976

Rua Agente Fiscal Costa Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa - PB
CEP: 58056384. Tel: (83)3214-1980; (83)3218-9725





PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

Paciente: Grison Oliveira Data: 20/10/17
Clínica: _____ Enfer: _____ Leito: _____ Prontuário: _____

ORD.	AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA	HORARIO	Q.S	Q.F
1.	Dona Lina	18:00		
2.	St. 0,5% 1000ml por 14 b/s/m	18:00		
3.	Colazina 500 mg 6/6h + 1h	18:00		
4.	Dilirona 200mg 6/6h	18:00		
5.	Furaz 40mg 1x24h	18:00		
6.	Oraldon 40mg 1x24h	18:00		
7.	Am Bona (C)	0.		
8.	SSV + CCB			

Dr. Carlos Augusto S. Rêgo
Médico

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SEPARADO POR:
FARMACÊUTICO:

MÉDICO:

MATERIAIS DESCARTÁVEIS / MEDICAMENTOS					
DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.
Cateter para Oxigênio		Tornelinha 3 Vias		Extensor 2 Vias	
Seringa 1cc		Coletor Fechado		Lâmina nº	
Seringa 3cc		Coletor Aberto		Lidocaína com Vaso	
Seringa 5cc		Jelco nº		Lidocaína sem Vaso	
Seringa 10cc		Equipo Parenteral		OUTROS	
Seringa 20cc		Equipo Microgotas			
Sonda Uretral nº		Intracath nº			
Sonda Vesical nº		Equipo Macrogotas			
Sonda Naso Gástrica nº		Scalp nº			
Sonda Naso Enteral nº		Fralda Tam.			
Sonda Endotraqueal nº		Luva Proced. Tam.			
Máscara descartável		Luva estéril nº			
Ataduar de Crepon nº		Eletrodo: Adulto / Infantil			
Fio Mohonylon nº		Coletor pl/ Incont. Urinária			
Fio de Algodão nº		Algodão Ortopédico			

PREENCHIDO POR: _____ RECEBIDO POR: _____



PACIENTE		GILSON OLIVEIRA			
IDADE	29	ENFERMARIA	24	LEITO	405
ADMISSÃO		DATA 04/06/17			
PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA					

	AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA	HORÁRIO			
1	OLTA MURE				
2	DIPLOMA 1g + 200 IV 6h	12	18	24	06
3	TUMOR 20mg + 200 IV 12h		18	06	
4	TUMOR 100mg + 100mg FOSF. 8h (SLN)				
5	DIPLOMA 10mg + 200 IV 8h (SLN)				
6	SSVU + C. G. G.				
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

DIAGNÓSTICO	LESÃO TUMORAL
COMORBIDADES	
EXAMES	
RISCO CIRÚRGICO	

EVOLUÇÃO DIÁRIA

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ACV: RCR 2T, BNF, S/S.

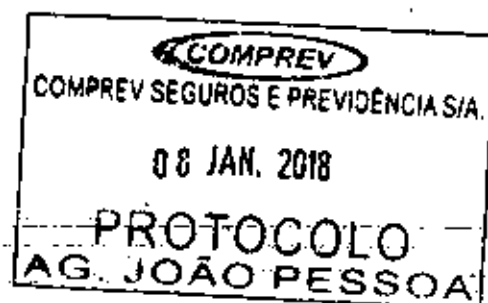
AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABD: FLÁCIDO, RHA+

CONDUTA: 1. VPM 2. AGUARDO CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Dr. Humberto Mariz M. Lopes

Atestado
04/06/2017



Nome: GILSON OLIVEIRA

Sexo: Masculino

Idade:

Nº ficha:

Depto.: SL.VERDE

N cama:

Hora de teste: 03-06-2017 08:27

ID: 00010160009234

Modo: WB

Tempo am.:

Hora entrega:

Item de teste	Result.	Unidade	Interv. refer.
WBC	9.15	10 ³ /uL	4.00 - 10.00
Neu#	6.31	10 ³ /uL	2.00 - 7.00
Linf#	1.76	10 ³ /uL	0.80 - 4.00
Mon#	0.73	10 ³ /uL	0.12 - 1.20
Eos#	0.31	10 ³ /uL	0.02 - 0.50
Bas#	0.04	10 ³ /uL	0.00 - 0.10
Neu%	69.0	%	50.0 - 70.0
Lym%	L 19.2	%	20.0 - 40.0
Mon%	8.0	%	3.0 - 12.0
Eos%	3.4	%	0.5 - 5.0
Bas%	0.4	%	0.0 - 1.0
RBC	4.40	10 ⁶ /uL	3.50 - 5.50
HGB	13.3	g/dL	11.0 - 16.0
HCT	40.2	%	37.0 - 54.0
MCV	91.3	fL	80.0 - 100.0
MCH	30.2	pg	27.0 - 34.0
MCHC	33.1	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	11.8	%	11.0 - 16.0
RDW-SD	40.8	fL	35.0 - 56.0
PLT	225	10 ³ /uL	150 - 450
MPV	9.3	fL	6.5 - 12.0
PDW	16.2		9.0 - 17.0
PCT	0.209	%	0.108 - 0.282
P-LCC	72	10 ³ /uL	30 - 90
P-LCR	32.2	%	11.0 - 45.0

Avisos WBC

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2018

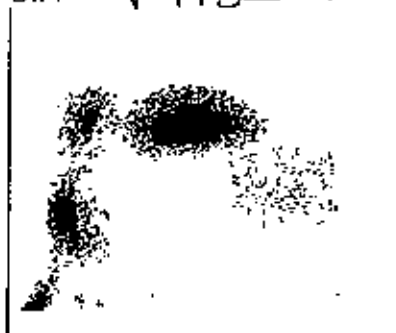
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Avisos RBC

Avisos PLT

DIFF

VHS - 22 mm Hg



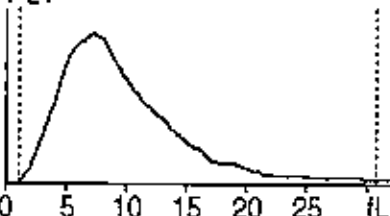
BASO



RBC



PLT



03 Jun 2017 08:55

Routine program: PT

Patient ID: 9234

Measured values: 16.5 sec

Superv.:

Result: 77.0 %

INR: 1.18

María do Socorro G. de Araújo
BIOQUÍMICA
01/06/2018

Nome: *Gilson Oliveira*

Nº ficha:

Hora de teste: 2017-06-06 11:50

Tempo am:

Sexo: *Masc.*

Depto: *A.T. 24/405*

ID: 9391

Hora entrega:

Idade:

N cama:

Modo: WB

Item de teste	Result.	Unidade	Interv. refer.
WBC	5.74	10 ⁹ /L	4.00 - 10.00
Neu#	3.07	10 ⁹ /L	2.00 - 7.00
Linf#	1.68	10 ⁹ /L	0.80 - 4.00
Mon#	0.40	10 ⁹ /L	0.12 - 1.20
Eos#	H 0.59	10 ⁹ /L	0.02 - 0.50
Bas#	0.00	10 ⁹ /L	0.00 - 0.10
Neu%	53.6	%	50.0 - 70.0
Lym%	29.3	%	20.0 - 40.0
Mon%	6.9	%	3.0 - 12.0
Eos%	H 10.2	%	0.5 - 5.0
Bas%	0.0	%	0.0 - 1.0
RBC	3.95	10 ¹² /L	3.50 - 5.50
HGB	12.1	g/dL	11.0 - 16.0
HCT	L 35.9	%	37.0 - 54.0
MCV	91.0	fL	80.0 - 100.0
MCH	30.6	pg	27.0 - 34.0
MCHC	33.7	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	12.8	%	11.0 - 16.0
RDW-SD	44.0	fL	35.0 - 56.0
PLT	224	10 ⁹ /L	150 - 450
MPV	9.9	fL	6.5 - 12.0
PDW	16.0	%	9.0 - 17.0
PCT	0.222	%	0.108 - 0.282
P-LCC	83	10 ⁹ /L	30 - 90
P-LCR	37.1	%	11.0 - 45.0

Avisos WBC

Células **COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Avisos RBC

Avisos PLT

06 Jun 2017 08:45

Single program: PT

Patient ID: 9391

INR = 1.00

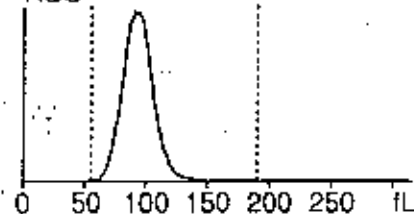
Measured values: 13.4 sec

Result > 100 %

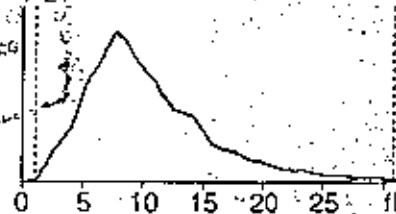
BASO

*B-00
S-55
E-10
L-30
M-05*

RBC



PLT



Transm:

Operad.: 123

Superv.:

Imprimir: 2017-06-06 11:50

Coment.:

ORTOTRAUMA

Printdate: 06-06-2017

PrintTime: 09:34

PACIENTE: GILSON OLIVEIRA

SID: 017-011

ID: 9391

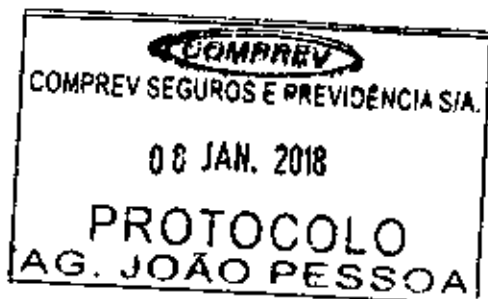
Sample Type: Serum / RBC

Physician:

COMENTARIOS:

DETOR: AT

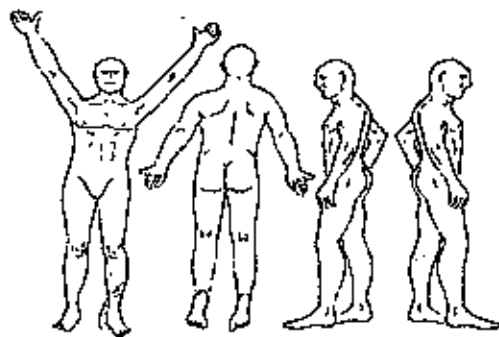
Method	Results	Unit	Flag	Normal Range	Rilot	R2Lot
Glucose Liquif	104	mg/dl	H	60-	99	*



Wilson Pereira de Macêdo
Farmacêutico Responsável
06/06/2018

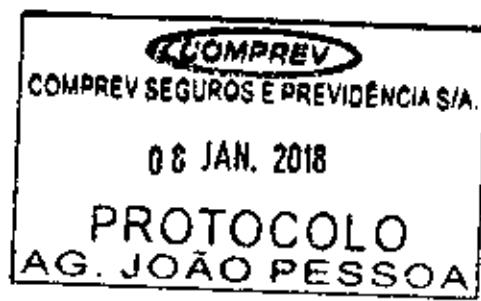
FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE FERIDAS

Identificação do Paciente:	Data: 09/05/11		
Registro:	Nome: Gilson Oliveira Gurgem		
Sexo: F () M ()	Data Nasc.: 1/1	Altura:	Peso:
Enfermaria: 294/405	Leito:	Especialidade: Ortopedia	
Médico:	Ferida pre-existente: sim () não ()		
Local de Avaliação:			

Identificação da Lesão: LOCALIZAÇÃO

Occipital { }
P. Auricular D{ } E{ }
Escapula D{ } E{ }
Cotovelo D{ } E{ }
Trocante D{ } E{ }
Sacral { }
Panturrilha D{ } E{ }
Calcâneo D{ } E{ }
Maléolo D{ } E{ }

outros:

[illegible]

TG - Tecido de Granulação TE - Tecido de Epitelização TF - Tecido com Fibrina TNC - Tecido de Necrose de coagulação
TNL - Tecido de Necrose de Liquefação (Esiacelo)

Medicamento:

Nutriciō:

EVOLUÇÃO MÉDICA Unidade de Internamento

Nome do Paciente: Silvan Oliveira Ezequias
Nº do Prontuário: Idade: Leito:

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA

INTERCORRÊNCIAS

21/06/17
Paciente vítima de acidente de auto
relacionado de dor e colica
na T.M. (E), e outro
prontuário.
F.A. (E) (E) (E) (E) (E)

CD Internamento no Hospital
de 01/06/17

Dr. Francisco João Lourenço
CRM 8554
Residente Unidade
02 JUN. 2017

Dr. Roberto Aguiar

03/06/17
Paciente vítima de acidente de auto
relacionado de dor e colica
na T.M. (E), e outro
prontuário.

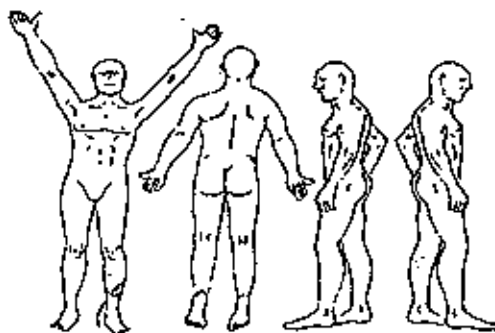
CD Internamento no Hospital
de 03/06/17
relacionado de dor e colica
na T.M. (E), e outro
prontuário.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
00 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Francisco João Lourenço
CRM 8554
Residente Unidade
03 JUN. 2017

FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE FERIDAS

Identificação do Paciente:	Data: 09/10/11		
Registro:			
Nome: Gilson Oliveira Souza			
Sexo: F () M (x)	Data Nasc.: 1/1	Altura:	Peso:
Enfermaria: 094/405	Leito:	Especialidade: Ortopedia	
Médico:	Especialidade:		
Local de Avaliação:	Ferida pre-existente:	sim () não (x)	

Identificação da Lesão: LOCALIZAÇÃO

Occipital ()
P. Auricular D() E()
Escapula D() E()
Cotovelo D() E()
Trocante D() E()
Sacral ()
Panturrilha D() E()
Calcâneo, D() E()
Maléolo D() E()

outros:

[illegible]

TG - Tecido de Granulação TE - Tecido de Epitelização TF- Tecido com Fibrina TNC - Tecido de Necrose de coagulação
TNL - Tecido de Necrose de Liquefação (Esclero)

Medicamento:

Nutrição:

COMPRÉV
COMPRÉV RECURSOS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

02/16/17 Ontopelli Frit de TVZug
Zawente by clun caneh
by ungre

José Carlos P. da Silva
Ondes 11/11/16
01/11/16
01/11/16

05/10/17
→ Eolemp 4+1/4+ TNZ (E)
→ froudes plectors TNZ (E)
→ Desbradamentos e pinupje
exantrop.

Precedo R. Henrique
LDA 1601

06/06/17 Onygen
At. comento r. Valeriano
C. 1/1/17

Dr. A. Siqueira
Ondes 11/11/16
01/11/16
01/11/16

09/06/2017
4º DPO de fuzis
Zawente culhi estenel
Mark enratras aspretilo
+ Markatras. Askerob uncliver
pelle.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
2/2

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
52 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	53 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
54 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
58 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	59 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
60 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
64 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	65 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
66 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
70 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	71 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
72 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
76 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	77 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
78 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
82 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	83 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
84 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
88 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	89 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
90 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
94 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	95 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
96 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - QTD.
53 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	59 - QTD.
55 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - QTD.
57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - QTD.
59 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	65 - QTD.
61 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - QTD.
63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - QTD.
65 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	71 - QTD.
67 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - QTD.
69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - QTD.
71 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	77 - QTD.
73 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - QTD.
75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - QTD.
77 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	83 - QTD.
79 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - QTD.
81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - QTD.
83 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	89 - QTD.
85 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTD.
87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - QTD.
89 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	95 - QTD.
91 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTD.

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

EVOLUÇÃO MÉDICA
Unidade de Internamento

Nome do Paciente: Cidson Oliveira
Nº do Prontuário: Idade: Leito:

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA **INTERCORRÊNCIAS**

10/6/17 Pac estável, febril, s/tor. Aguarda
condições para ser p/ cirurgia.

col: VPM
O Cidson

17/06 Bx condições para
cirurgia
frotas
torçozos
Dr. Odilon B. Filho
Cirurgião Geral
10088 REG 12857

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (UNIDADE DE INTERNAMENTO)



PACIENTE: Julian Oliveira Lourenço ENF: 24 LEITO: 216117
 ID: 216117 DI: 05/01/2018

SINAIS VITAIS: T: 36.5 P: 70 R: 18 PA: 120/70 FC: 70

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Acordado ☐ Desorientado
☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Insônia
☐ Inquietação ☐ Depressão ☐ Choro ☐ Outros

SONO
☐ Prejudicado ☒ Preservado ☐ Moderado

MOBILIDADE
☐ Deambulando ☐ Deambula c/ auxílio ☒ Acamado ☐ Deambula c/ dificuldade

INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA
☐ Edema ☐ Secreção ☐ Flebite ☐ Prurido
☐ Solução de continuidade ☐ Outros ☐ NDN

OBS:

HIGIENE
☐ Satisfatória ☐ Moderada ☐ Precária

OBS:

CÁRDIO-PULMONAR
☐ Dispneia ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia
☐ Bradisfigmia ☐ Taquisfigmia ☐ Traqueostomia ☐ Oxigenoterapia
☐ Tosse

OBS:

TGI
☐ Indolor ☐ Doloroso

ABDÔMEM
☐ Plano ☐ Flácido ☐ Cirúrgico
☐ Globoso ☐ Ascítico

ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS
☒ Normais ☐ Ausentes ☐ Prejudicado fez um pt cirurgia

OBS:

APETITE
☐ Preservado ☐ Moderado

OBS:

TGU
☐ Disúria ☐ Cistotomia
☐ Oligúria ☐ Anúria
☐ Colúria

Volume:

Aspecto da diurese:

☐ Outros:

☐ Gravidez ☐ Prolapso uterino

☐ DST

CURATIVO
☐ Realizado/Local ☐ Ausente

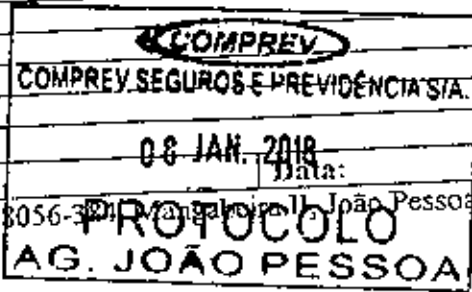
☐ Exames

☐ Queixas

INTERVENÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DIURNAS
Leve sem intercorrências encaminhado
ao bloco cirúrgico
retornou do bloco em PT de limpeza
+ desbridamento

Ass. Enfermeira (a) c/ carimbo: W. Fernanda Xavier de Mendonça Data: 05/01/18

INTERVENÇÕES E INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (UNIDADE DE INTERNAMENTO)



IDENTIFICAÇÃO:

PACIENTE:

ENT:

LEITO:

HD:

DI:

ADMISSÃO:

SINAIS VITAIS:

P:

R:

PA:

FC:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(x) Consciente

(x) Orientado

() Acordado

() Desorientado

() Torporoso

() Comatoso

() Agitado

() Insônia

() Inquietação

() Depressão

() Choro

() Outros

SONO

() Prejudicado

(x) Preservado

() Moderado

MOBILIDADE

(x) Deambulando

() Deambula c/ auxílio

() Acamado

() Deambula c/ dificuldade

INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA

(x) Edema

() Secreção

() Flebite

() Prurido

() Solução de continuidade

() Outros

() NDN

OBS:

HIGIENE

(x) Satisfatória

() Moderada

() Precária

OBS:

CÁRDIO-PULMONAR

(x) Eupnéico

() Dispneico

() Bradicardia

() Taquicardia

() Bradisfemia

() Taquisfemia

() Traqueostomia

() Oxigenoterapia

() Tosse

OBS:

TGI

ABDÔMEM

(x) Plano

() Flácido

() Indolor

() Doloroso

() Globoso

() Ascítico

() Cirúrgico

ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS

(x) Normais

() Ausentes

OBS:

APETITE

(x) Preservado

() Moderado

() Prejudicado

OBS:

TGU

(x) Diurese espontânea

() SVD

() Disúria

() Cistotomia

() Bexigoma

() Poliúria

() Oligúria

() Anúria

() Anúria

() Hematúria

() Colúria

Volume:

Aspecto da diurese:

() Outros:

() Prolapso uterino

() Menstruação

() Metrorragia

() Gravidez

() DST

() Outros

CURATIVO

(x) Realizado/Local

() Ausente

() Exames

() Queixas

INTERVENÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Realizado em sala de emergência, segue o A. C. de 10/05/17

Ass. Enfermeira (o) c/ carimbo:

Josafá G. da Silva

Enfermeira

Data:

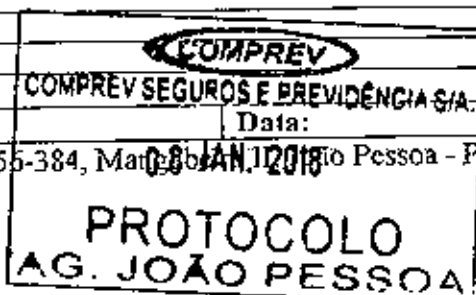
23/06/17

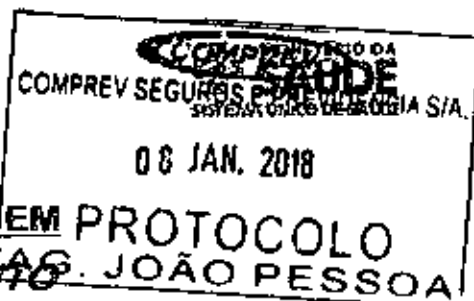
COREN-PB 464693

INTERVENÇÕES E INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS:

Ass. Enfermeira (o) c/ carimbo:

Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira, João Pessoa - PB





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM PROTOCOLO
UNIDADE DE INTERNAMENTO AS JOÃO PESSOA

Nome do Paciente: Gilvan Oliveira

Enfermaria: 24 Leito: 1145

Data: 06/01/14

Tipo de Dieta: DJ Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise? (☒) Sim () Não - (☒) Função Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: (☒) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: PA: 120 x 70 Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte. faz uso de: () S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? (☒) Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação: Curativo

Pac. aceitou medic.? (☒) Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS: Pac. jovem, calmo, consciente

orientado, faz medicação por via
oral nos horários.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Paulina 136031 Turno: Noite

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: 11 Turno: 11

Nome do Paciente:

Gilson

Enfermaria:

24

Leito:

405

Data: 06/06/17

Tipo de Dieta:

Acceptando? ☒ Sim ☐ Não ☐ Pouco

Pacte. em Venoclise?

☒ Sim ☐ Não - ☒ Punção Periférica ☐ Subclávia ☐ Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte:

☒ Estável ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Outros

Sinais Vitais:

PA: 120x80 Temp.: 36.6 Pulso: Respiração:

Pcte.: faz uso de:

☒ S.V.F. ☐ Sim ☐ Não - ☐ Irrigação ☐ Sim ☐ Não
☐ Supra Pública - Diurese ____ ml
☐ Sonda Nasogástrica - ☐ aberta ☐ fechada Débito da S.N.G. ____

Realizado Curativo?

☒ Sim ☐ Não ☐ Limpo ☐ C/ secreção

Observação:

Pac. aceitou medic.?

☒ Sim ☐ Não ☐ Faltou medicação

- Justificativa

INTERCORRÊNCIAS:

paciente consciente orientado
superfície apulso, estável.
sem queixa medicada e
segue aos cuidados da
enfermagem.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

JOSEFA

Turno:

N.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

Turno:

06 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nome do Paciente: Gilson

Enfermaria: 24

Leito: 405

Data: 06.06.17

Tipo de Dieta: _____

Aceitando? ☒ Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise?

☒ Sim () Não - ☒ Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: _____

☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais:

PA: 120x80 Temp.: 36.6 Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte.: faz uso de:

☐ S.V.F. () Sim () Não - ☐ Irrigação () Sim () Não
☐ Supra Pública - Diurese _____ ml
☐ Sonda Nasogástrica - ☐ aberta ☐ fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo?

☒ Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

Pac. aceitou medic.?

☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:

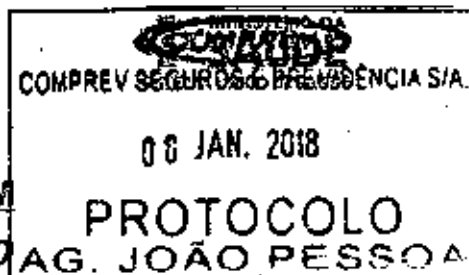
paciente consciente orientado
respostas adequadas, estável.
sem queixas medicadas e
segue aos cuidados da
enfermagem.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: JOSEFA

Turno: N.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Turno: _____



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Gilson Oliveira

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 07/06/17

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venoclise? () Sim () Não - () Função Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: (A) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: PA: 120x80 Temp.: _____ mmHg Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte.: faz uso de: () S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? () Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

Pac. aceitou medic.? (A) Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS: Sigue sem intercorrências e
em condições de internação.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Rosemary C. Fernandes
COREN 28.694.998

Turno: Diurno

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Turno: _____



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Alson Oliveira

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 08.06.17

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? ☒ Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venoclise? () Sim () Não - ☒ Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: ☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: PA 140/90 Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte. faz uso de: () S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? ☒ Sim () Não () Limpo () C/ secreção

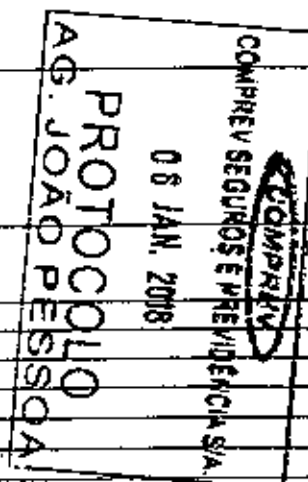
Observação: _____

Pac. aceitou medic.? ☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:

S/ Alterações



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

Solange de Paiva Gomes
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 622973

Turno: De

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

Turno: _____



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Gilson Oliveira

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 09/06/17

Tipo de Dieta: leite Aceitando? ☒ Sim ☐ Não ☐ Pouco

Paciente em Venóclise? ☐ Sim ☐ Não - ☐ Função Periférica ☐ Subclávia ☐ Dissecção Venosa

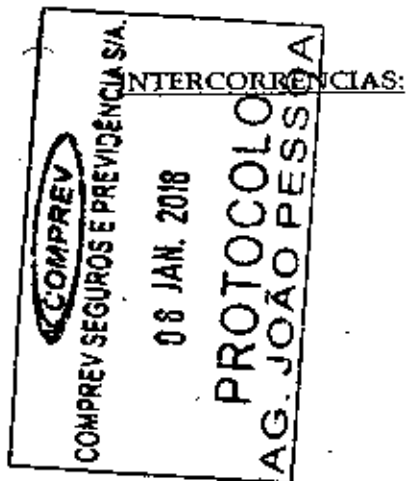
Estado Geral do Pcte: ☒ Estável ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Outros

Sinais Vitais: PA: dafeito Temp.: — Pulso: — Respiração: —

Paciente faz uso de: ☐ S.V.F. ☐ Sim ☐ Não - ☐ Irrigação ☐ Sim ☐ Não
☐ Supra Pública - Diurese — ml
☐ Sonda Nasogástrica - ☐ aberta ☐ fechada Débito da S.N.G. — ml

Realizado Curativo? ☐ Sim ☐ Não ☐ Limpo ☐ C/ secreção
Observação: —

Paciente aceitou medic.? ☒ Sim ☐ Não ☐ Falta medicação
- Justificativa: —



EGP consciente e orientado
sem intercorrências
e segue sob cuidados
da enfermagem

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: [Assinatura] Turno: Diurno
Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: [Assinatura] Turno: —



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Gilson Oliveira

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 04.06.17

Tipo de Dieta: leve Aceitando? ☒ Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise? ☒ Sim () Não - () Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: ☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros

Sinais Vitais: PA: _____ Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte. faz uso de: ☐ S.V.F. () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
☐ Supra Pública - Diurese _____ ml
☐ Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

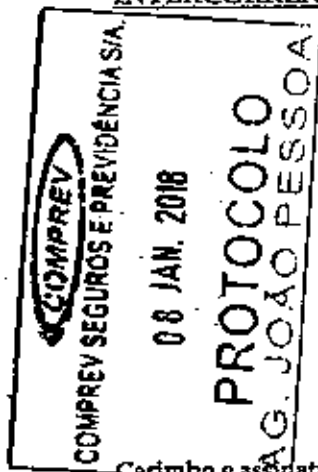
Realizado Curativo? () Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

Pac. aceitou medic.? ☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa: _____

INTERCORRÊNCIAS: E.G.P. consciente e orientado
sem intercorrências
e segue as medidas
de enfermagem



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Marinete de Araújo Turno: Diurno
Téc. Enfermagem
COREN-PB 986.675

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: _____

Nome do Paciente: _____

Gilson

Enfermaria: _____

24

Leito: _____

405

Data: 04/06/17

Tipo de Dieta: _____

Aceitando? ☒ Sim ☐ Não ☐ Pouco

Facte, em Venoclise?

☒ Sim ☐ Não - ☒ Punção Periférica ☐ Subclávia ☐ Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: _____

☒ Estável ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Outros _____

Sinais Vitais:

PA: _____

Temp.: _____

Pulso: _____

Respiração: _____

Pcte.: faz uso de:

☒ S.V.F. ☐ Sim ☐ Não - ☐ Irrigação ☐ Sim ☐ Não

☒ Supra Pública - Diurese _____ ml

☐ Sonda Nasogástrica - ☐ aberta ☐ fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo?

☐ Sim ☒ Não ☐ Limpo ☐ C/ secreção

Observação: _____

Pac. aceitou medic.?

☒ Sim ☐ Não ☐ Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente consciente orientado
eupneico apnéusis estável
Sem queixa medicado
e segue aos cuidados
da enfermagem:
11

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

JOSEFA

Turno: _____

N.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Turno: _____

Nome do Paciente:

Celso Oliveira

Enfermaria:

24

Leito:

Data:

09.06.17

Tipo de Dieta:

líquida

Aceitando? ☒ Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venoclise?

☒ Sim () Não - ☒ Função Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte:

☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros

Sinais Vitais:

PA: _____ Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte. faz uso de:

☒ S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo?

() Sim ☒ Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

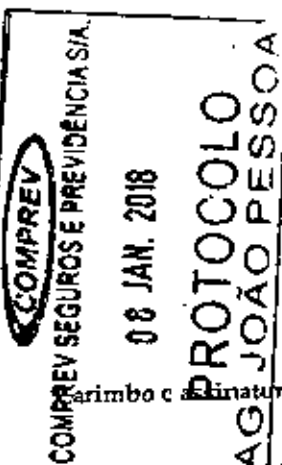
Pac. aceitou medic.?

☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa: _____

INTERCORRÊNCIAS:

*Paciente em CG, predileto
pelo pessoal da enfermagem
e da farmácia*



Turno: _____

Turno: _____

Nome do Paciente: _____

Gilson Oliveira

Enfermaria: _____

24

Leito: _____

205

Data: *24, 01, 17*

Tipo de Dieta: _____

Aceitando? ☒ Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise?

☒ Sim () Não - ☒ Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte: _____

☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: _____

PA: *120 x 80 mmHg*

Temp: *36,5*

Pulso: _____

Respiração: _____

Pcte. faz uso de: _____

☒ S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não

☒ Supra Pública - Diurese _____ ml

☒ Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? _____

() Sim ☒ Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

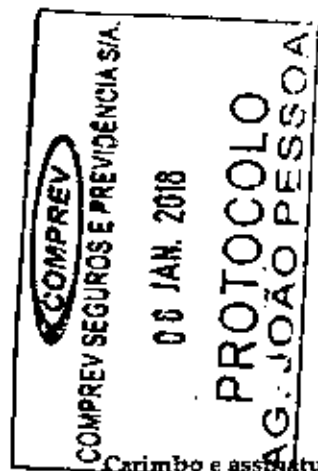
Pac. aceitou medic? _____

☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

Paciente com queixa de
dores musculares (bpm) e náusea
sem alteração



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

[Assinatura]
PPR++

Turno: _____

Natim

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Turno: _____



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR FABRICIO RIBEIRO



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente:

Gilson Weir

Enfermaria:

24

Leito: 405

Date: 05 06 14

Tipo de Dieta:

Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Pacte em Venóclise?

() Sim () Não - () Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.:

10. Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros

Sinais Vitais:

PA:

Temp.:

Pulse:

Respiração

Pcte.: faz uso de:

() S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não

() Supra Pública - Diurese _____ ml

() Sonda Nasogástrica - ☐ aberta ☐ fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo?

() Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação:

Pac. aceiteu medic?

Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa

INTERCORRÊNCIAS:

~~Amuleto folioz limpo e~~
~~seco. E medicado com~~
~~suco de Ervilha de~~
~~espinheiro.~~

André da Silva Peres

~~Téc. de Enfermagem~~

COREN PB 632.980

Turns:

deja

Turn:

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

49



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Gilson Oliveira Eugênio

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 10/06/17

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? (☒) Sim () Não () Pouco

Paciente em Venóclise? (☒) Sim () Não - (☒) Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte: (☒) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: Sensibilizado com dor
PA: _____ Temp: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte. faz uso de: (☒) S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? (☒) Sim () Não () Limpo () C/ secreção

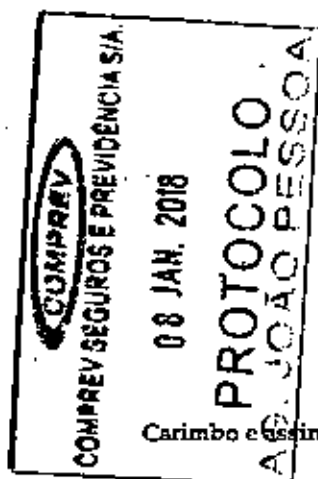
Observação: aparecida

Pac. aceitou medic? (☒) Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente consciente, orientada
aguardando programação cirúrgica
sem queixas no momento
segue sob cuidados da enfermagem



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Turno: Diurno

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Turno: _____



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente:

Gilson Oliveira

Enfermaria:

24

Leito:

405

Data:

11/06/17

Tipo de Dieta:

_____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venoclise?

() Sim () Não - () Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte:

Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais:

PA: quebrado

Temp: _____

Pulso: _____

Respiração: _____

Pcte. faz uso de:

() S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não

() Supra Pública - Diurese _____ ml

() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo?

Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação:

curado

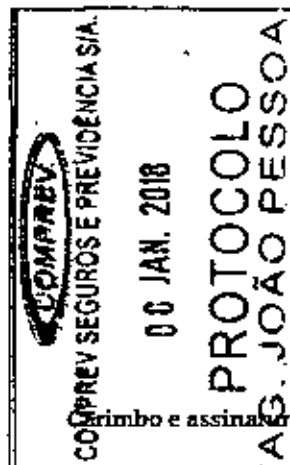
Par. aceitou medic?

Sim () Não () Faltou medicação

- justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:

Sem intercorrências



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

Andréa da Silva Pereira

Téc. de Enfermagem

COREN-PB 632.984

Turno:

dia

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

Turno:



EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

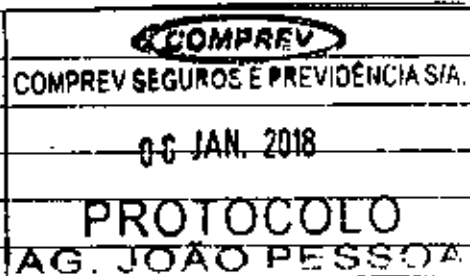
Nome: _____ Idade: _____ N° do Protuário: _____

TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA E CARIMBADA PELO PROFISSIONAL

11.08.2017 - Psiquiatria

paciente consciente orientado, em tratamento de Jansen Santos
Fátima e familiares. Psiquiatria. B. 1000000
cond. psicopatológica

W. D. de Aguiar
em 13.10.17





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Wilson Oliveira

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 17/06/11

Tipo de Dieta: DJ Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise? ☒ Sim () Não - ☒ Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: ☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros

Sinais Vitais: PA: _____ Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte.: faz uso de: () S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? ☒ Sim () Não () Limpo () C/ secreção

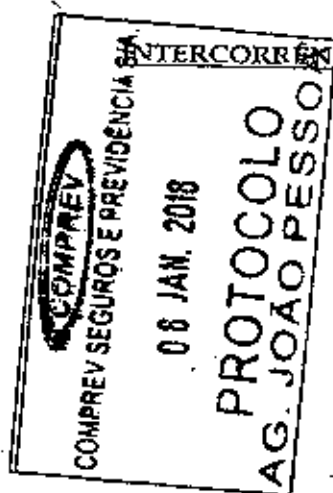
Observação: limpo e seco

Pac. aceitou medic.? ☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa

INTERCORRÊNCIAS:

Pac. jovem, saudável, diabético
sem medicação por a seguir ao
tratamento.



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Valéria B. Costa Turno: Diurno

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: 21 Turno: 11



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Gilson Oliveira

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 13.10.17

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise? () Sim () Não - () Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: ☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: PA: _____ Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

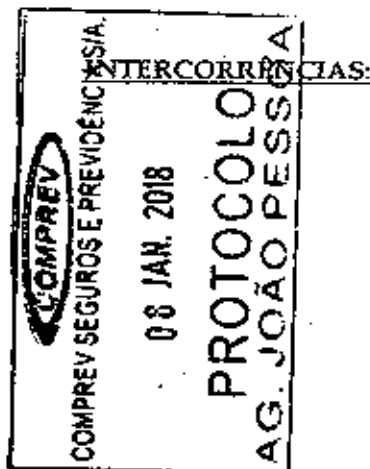
Pcte.: faz uso de:
☐ S.V.F () Sim () Não - ☐ Irrigação () Sim () Não
☐ Supra Pública - Diurese _____ ml
☐ Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? () Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

Pac. aceitou medic.? ☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____



Sigue em internação nas
condições de enfermagem.

[Signature]

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Rosemary C. Fernandes Turno: Diurno

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: _____

Nome do Paciente:

Wilson Pereira

Enfermaria:

A1

29 Leito:

Data:

13.06.17

Tipo de Dieta:

líquida

Aceitando? ☒ Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise?

☒ Sim () Não - ☒ Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte:

☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros

Sinais Vitais:

PA: _____ Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte. faz uso de:

☒ S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo?

() Sim ☒ Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

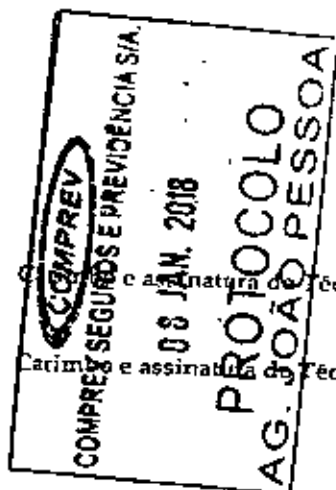
Pac. aceitou medic?

☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:

*Paciente em OCA foveou
Medicando com sonda
no cuidado de enfer*



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

Turno: _____

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

Turno: _____

Nome do Paciente: GILSON OLIVEIRA

Enfermaria: 24 Leito: 405

Date: 12/06/17

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? (X) Sim () Não () Pouco

Pacte, em Venóclise? () Sim ☒ Não - () Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: (x) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: PA: 120/80 Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte.: faz uso de: ☒) S.V.F (☐ Sim (☐ Não - (☐ Irrigação (☐ Sim (☐ Não
 ☒) Supra Pública - Diurese _____ml
 ☒) Sonda Nasogástrica - [☐ aberta [☐ fechada Débito da S.N.G. _____ml

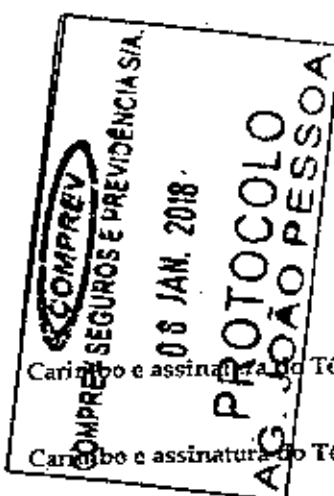
Realizado Curativo? () Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

Pac. aceitou medic.? (☒) Sim () Não () Falta medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS: RAC SEM INTERCORRÊNCIAS



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: 486083 Turno: N

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: _____



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Gilson Oliveira

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 14.06.17

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise? () Sim () Não - () Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: PA: quebrado Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte.: faz uso de: () S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? () Sim () Não () Limpo () C/ secreção

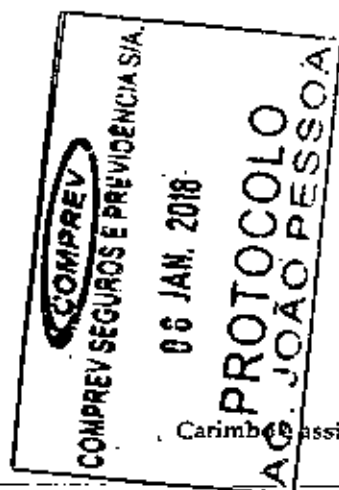
Observação: _____

Pac. aceitou medic.? (☒) Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa: _____

INTERCORRÊNCIAS:

Sem intercorrências



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: André da Silva Pereira Turno: dia

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: _____



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente:

Gilson Oliveira

Enfermaria:

24

Leito:

405

Data:

15/06/14

Tipo de Dieta:

D. Constante

Aceitando? ☒ Sim () Não () Pouco

Paciente em Venóclise?

☒ Sim () Não - ☒ Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte:

☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros

Sinais Vitais:

PA: Temp: Pulso: Respiração:

Pcte. faz uso de:

() S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo?

☒ Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação: Comissão mas foi liberado

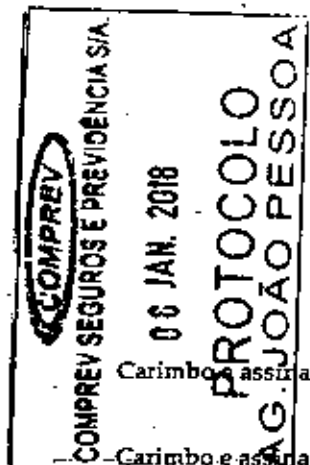
Pac. aceitou medic.?

☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa

INTERCORRÊNCIAS:

Pac. jovem, calmo, consciente
Orientado, foi medicado (R)
Segundo as anotações.



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

Gilson 136051

Turno:

Noite

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar:

Turno:

di

Nome do Paciente: Carla Oliveira

Enfermaria: 44 Leito: 208

Data: 15.06.17

Tipo de Dieta: líquida Aceitando? ☒ Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise? ☒ Sim () Não - ☒ Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: ☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: PA: _____ Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte.: faz uso de: ☐ S.V.F () Sim () Não - ☐ Irrigação () Sim () Não
☐ Supra Pública - Diurese _____ ml
☐ Sonda Nasogástrica - ☐ aberta ☐ fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? () Sim ☒ Não () Limpo () C/ secreção

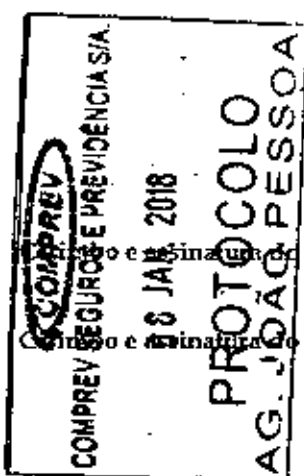
Observação: _____

Pac. aceitou medic.? ☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:

Receita medicamentosa e
aparelos utilizados de
enfermagem.



Assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Turno: _____

Assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Turno: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Estado Geral do Pcte.: ☐ Estável ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Outros _____

Pcte.: faz uso de: () S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
 () Supra Pública - Diurese _____ ml
 () Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Observação: _____

- Justificativa _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: _____



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Gibson oliveira Eugênio

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 06/06/17

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? ☒ Sim ☐ Não ☐ Pouco

Pacte. em Venóclise? ☒ Sim ☐ Não - ☒ Punção Periférica ☐ Subclávia ☐ Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: ☒ Estável ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Outros _____

Sinais Vitais: PA: 120 X 80 Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte.: faz uso de: ☐ S.V.F ☐ Sim ☐ Não - ☐ Irrigação ☐ Sim ☐ Não
☐ Supra Pública - Diurese _____ ml
☐ Sonda Nasogástrica - ☐ aberta ☐ fechada Débito da S.N.G. _____ ml

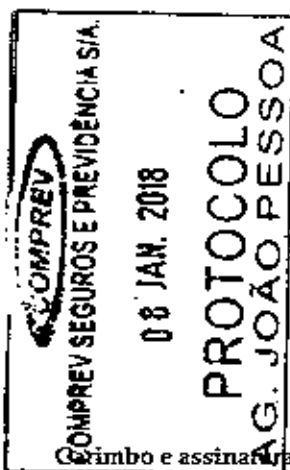
Realizado Curativo? ☒ Sim ☐ Não ☐ Limpo ☐ C/ secreção

Observação: _____

Pat. aceitou medic.? ☒ Sim ☐ Não ☐ Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:



Paciente consciente, orientado
aguarda programação cirúrgica
sem queixas no momento de seguir
aos cuidados da enfermagem.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: Diurno

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: _____

Nome do Paciente: _____

Gilson Oliveira

Enfermaria: _____

24

Leito: *405*

Data: *16/06/17*

Tipo de Dieta: _____

Constipante

Aceitando? ☒ Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise?

☒ Sim () Não - ☒ Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Salinizada

Estado Geral do Pcte: _____

☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: _____

PA: _____ Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte. faz uso de: _____

☒ S.V.F () Sim ☒ Não - () Irrigação () Sim () Não

☒ Supra Púbrica - Diurese _____ ml

☒ Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? _____

() Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

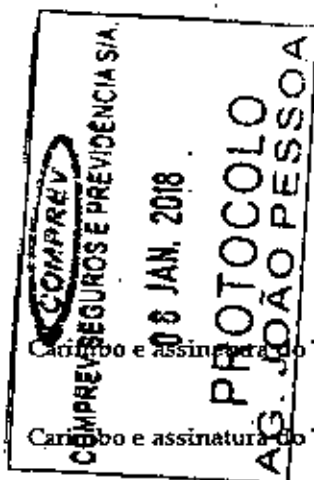
Pac. aceitou medic.? _____

☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

*Pac. estável, medicada e PM segue
as cuidados de enfermagem.*



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Emilia
341372

Turno: _____

noturno

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Turno: _____



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Gibson oliveira Eagério

Enfermaria: 24

Leito: 405

Data: 16/06/17

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? ☒ Sim ☐ Não ☐ Pouco

Pacte. em Venóclise? ☒ Sim ☐ Não - ☒ Punção Periférica ☐ Subclávia ☐ Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: ☒ Estável ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Outros _____

Sinais Vitais: PA: 120x80 Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte.: faz uso de:

- ☐ S.V.F ☐ Sim ☐ Não - ☐ Irrigação ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Supra Pública - Diurese _____ ml
- ☐ Sonda Nasogástrica - ☐ aberta ☐ fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? ☒ Sim ☐ Não ☐ Limpo ☐ C/ secreção

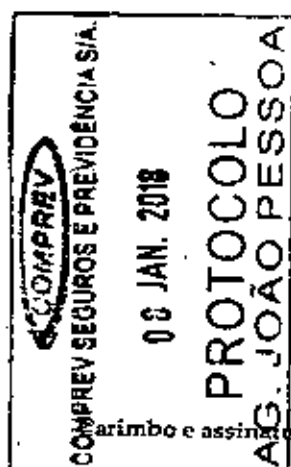
Observação: _____

Pac. aceitou medic? ☒ Sim ☐ Não ☐ Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente consciente, orientado
aguarda programação cirúrgica
sem queixas no momento segue
aos cuidados da enfermagem.



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Solange Ribeiro
Téc. de Enfermagem
COREP 50240

Turno: Diurno

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Turno: _____



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Gilson Oliveira

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 17/06/17

Tipo de Dieta:

Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise?

() Sim () Não - () Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.:

☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros

Sinais Vitais:

PA: 120/80 Temp.: 36,5 Pulso: 72 Respiração: 18

Pcte. faz uso de:

() S.V.F. () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. ml

Realizado Curativo?

☒ Sim () Não () Limpo () C/ secreção

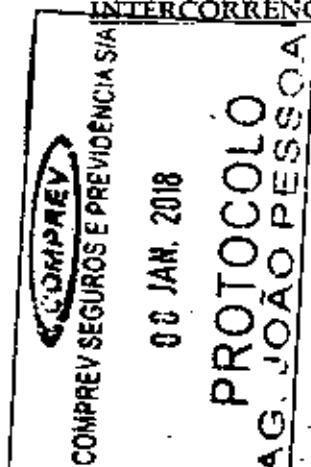
Observação: _____

Pac. aceitou medic.?

☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:



Paciente medicado com o seu
quinto suplemento oral
da enfermagem.

Andréa da Silva Pereira
Téc. de Enfermagem
COREN 95632-984

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: dia

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: _____



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Gilson Oliveira

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 18.06.17

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? ☒ Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venoclise? ☒ Sim () Não - ☒ Função Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte.: ☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: PA: _____ Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte. faz uso de: () S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

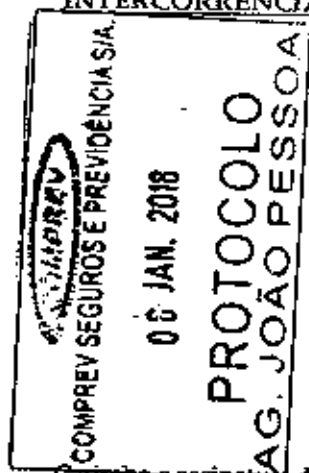
Realizado Curativo? ☒ Sim () Não () Limpo () C/ secreção

Observação: _____

Pac. aceitou medic.? ☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Vanessa Alves de Lima
Téc. Enfermagem
COREN 656 003

Turno: Diurno

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____

Turno: _____



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente: Cilson Oliveira

Enfermaria: 24 Leito: 405

Data: 19/06/17

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Pacte. em Venóclise? () Sim () Não - () Punção Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Pcte: ☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros _____

Sinais Vitais: PA: _____ Temp.: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pcte. faz uso de: () S.V.F () Sim () Não - () Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - [] aberta [] fechada Débito da S.N.G. _____ ml

Realizado Curativo? ☒ Sim () Não () Limpo () C/ secreção

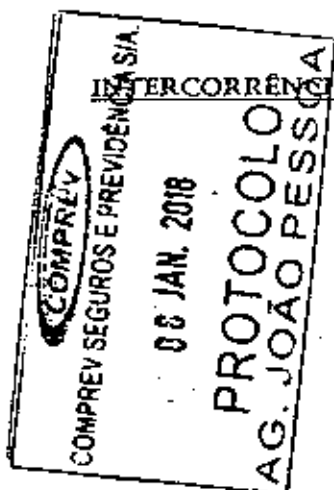
Observação: _____

Pac. aceitou medic.? ☒ Sim () Não () Faltou medicação

- Justificativa _____

INTERCORRÊNCIAS:

Sigue com intervenções e aos
unidades de internamento



Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Rosemary C. Fernandes Turno: Diurna

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: _____ Turno: _____



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (UNIDADE DE INTERNAMENTO)



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

PACIENTE: GILSON OLIVEIRA SOUZA LEITO:

JD: DI: ADMISSÃO:

SINAIS VITAIS: T: P: R: PA: FC:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(☒) Consciente (☒) Orientado (☐) Acordado (☐) Desorientado
(☐) Torporoso (☐) Comatoso (☐) Agitado (☐) Insônia
(☐) Inquietação (☐) Depressão (☐) Choroso (☐) Outros

SONO
(☐) Prejudicado (☐) Preservado (☐) Moderado

MOBILIDADE
(☐) Deambulando (☒) Deambula c/ auxílio (☐) Acamado (☐) Deambula c/ dificuldade

INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA

(☒) Edema (☐) Secreção (☐) Flebite (☐) Prurido
(☐) Solução de continuidade (☐) Outros (☐) NDN

OBS:

HIGIENE

(☐) Satisfatória (☒) Moderada (☐) Precária

OBS:

CÁRDIO-PULMONAR

(☒) Eupnéico (☐) Dispnéico (☐) Bradicardia (☐) Taquicardia
(☐) Bradisfemia (☐) Taquisfemia (☐) Traqueostomia (☐) Oxigenoterapia
(☐) Tosse

OBS:

TGI

ABDÔMEM

(☒) Plano (☐) Flácido (☐) Indolor (☐) Doloroso
(☐) Globoso (☐) Asoético (☐) Cirúrgico

ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS

(☐) Normais (☐) Ausentes OBS:

APETITE

(☒) Preservado (☐) Moderado (☐) Prejudicado

OBS:

TGU

(☒) Diurese espontânea (☐) SVD (☐) Disúria (☐) Cistotomia
(☐) Bexigoma (☐) Poliúria (☐) Oligúria (☐) Anúria
(☐) Anúria (☐) Hematúria (☐) Colúria

Aspecto da diurese: Volume:

(☐) Outros: (☐) Menstruação (☐) Metrorragia
(☐) Gravidez (☐) Prolapso uterino (☐) Outros

CURATIVO

(☐) Realizado/Local (☐) Ausente

(☐) Exames (☐) Queixas

INTERVENÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

INTERVENÇÕES E INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

COMPREV
COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Ass. Enfermeira (a) e/ carimbo: Data:

INTERVENÇÕES E INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

Josafá G. da Silva
Enfermeiro

Ass. Enfermeira (a) e/ carimbo: Data: 02/06/17

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (UNIDADE DE INTERNAMENTO)



IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: Wilson de Oliveira ENF: _____ LEITO: _____

ID: 0 DI: _____ ADMISSÃO: _____

SINAIS VITAIS

T: _____ P: _____ R: _____ PA: _____ FC: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Acordado ☐ Desorientado
☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Insônia
☐ Inquietação ☐ Depressão ☐ Choro ☐ Outros

SONO

☐ Prejudicado ☒ Preservado ☐ Moderado

MOBILIDADE

☐ Deambulando ☒ Deambula c/ auxílio ☐ Acamado ☐ Deambula c/ dificuldade

INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA

☐ Edema ☐ Secreção ☐ Flebite ☐ Prurido
☐ Solução de continuidade ☐ Outros ☐ NDN

OBS: _____

HIGIENE

☒ Satisfatória ☐ Moderada ☐ Precária

OBS: _____

CARDIO-PULMONAR

☒ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia
☐ Bradisfemia ☐ Taquisfemia ☐ Traqueostomia ☐ Oxigenoterapia
☐ Tosse

OBS: _____

TGI

ABDÔMEN

☒ Plano ☐ Flácido ☐ Indolor ☐ Cirúrgico
☐ Globoso ☐ Ascético

ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS

☐ Normais ☐ Ausentes

APETITE

☐ Preservado ☐ Moderado ☐ Prejudicado

OBS: _____

TGU

☒ Diurese espontânea ☐ SVD ☐ Disúria
☐ Bexigoma ☐ Poliúria ☐ Oligúria
☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Colúria

Volume: _____

Aspecto da diurese: _____

☐ Outros: _____ ☐ Menstruação ☐ Metrorragia
☐ Gravidez ☐ Prolapso uterino ☐ Outros

☐ DST

CURATIVO

☐ Realizado/Local _____ ☐ Ausente

☐ Exames

☐ Queixas

INTERVENÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

paciente evolui mantendo quadro agudo sem queixa de
distúrbio da urina

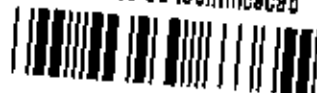
Ass. Enfermeira (o) c/ carimbo: Flaviana Monteiro Data: 03/06/17

INTERVENÇÕES E INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

Paciente evolui c/ EOP, AVE p/ medicações,
segue sem int. contínuas

Ass. Enfermeira (o) c/ carimbo: [Assinatura] Data: 03/06/17

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



REPÚBLICA FEDERATIVA
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 GILSON OLIVEIRA EUGENIO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

3221092

SSP

PB

CPF

075.315.874-40

DATA NASCIMENTO

10/04/1988

FILIAÇÃO

GILDELIO FRANCISCO
 EUGENIO
 VERONICA CRUZ DE
 OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CALHAB

AD

Nº REGISTRO

05184961505

VALIDADE

11/11/2018

1ª HABILITAÇÃO

15/04/2011

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

08 JAN. 2018

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Gilson Oliveira Eugenio

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

27/12/2013

Rodrigo Carneiro

ASSINATURA DO EMISSOR

91641472418

PB027434907

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL

881636425

PROIBIDO PLASTIFICAR

881636425

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE
000024001

DETRAN - PD Nº 013747901327
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0105238711-5 00/00000000 2017

GILSON OLIVEIRA EUGENIO

DUT



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

06 JAN. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

07531587440

PLACANT. UP
NOVO

PL

CHASSI
9C2JCA110FR332470

USCADO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB
2015

ANO MOD
2015

CAP / POT / cil
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. / COTAS

1º

2º

3º

FAXA / PVA

PARCELAMENTO / COTAS

0

PRÓXIMO TAX. FANTO (R\$)

ICF (R\$)

SEGURO

PRÓXIMO TOTAL (R\$)

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

15/09/2017

OBSERVAÇÕES

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

JOAO PESSOA - PB

LOCAL

DATA

15/09/2017

14265



[Handwritten Signature]
DETRAN - PD

894150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE
000040224001

DETRAN - PD Nº 013747901327
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0105238711-5 00/00000000 2017

GILSON OLIVEIRA EUGENIO

DUT



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

06 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

07531587440

PLACANT. UP
NOVO

PL

CHASSI
9C2JCA110FR332470

USCADO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB
2015

ANO MOD
2015

CAP / POT / CL
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

00/00/0000

VENC. / COTAS

1º

2º

3º

FAXA / PVA

PARCELAMENTO / COTAS

0

PRÓXIMO TAX. FANTO (R\$)

ICF (R\$)

SEGURO

PRÓXIMO TOTAL (R\$)

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

15/09/2017

OBSERVAÇÕES

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

JOAO PESSOA - PB

LOCAL

DATA

15/09/2017

14265



[Signature]
DETRAN - PD

894150

NOME: **NELSON OLIVEIRA EUGENIO**
 DATA: **15/09/2017**
 DDI: **1**
 CPF / CNPJ: **07531587440**
 PLACA: **GH3646/PB**
 PLACA ANT. UF: **NOVO PB**
 CHASSI: **9C2JC4110FR302470**
 TIPO: **PAS/MOTOCICLETA**
 COMBUSTIVEL: **GASOLINA**
 MARCA: **HONDA**
 MODELO: **CG 125 FAN KS**
 ANO FAB: **2015**
 ANO MOD: **2015**
 CAP. POT. cil: **2 P/124 /CI**
 CATEGORIA: **PARTIC**
 COR PREDOMINANTE: **PRETA**
 COTA UNICA: **00/00/0000**
 VENC. COTA UNICA: **1º**
 FAIXA IPVA: *********
 PARCELAMENTO / COTAS: **0**
 VENC. / COTAS: **2º**
 PREMIO TARIFARIO (R\$): *********
 IDT (R\$): **SEGURO**
 PREMIO TOTAL (R\$): **P A G O**
 DATA DE PAGAMENTO: **15/09/2017**
 OBSERVAÇÕES: **A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA**
 LOCAL: **JOAO PESSOA-PB**
 DATA: **15/09/2017**
 14265  **Amalek** 894150
 ASSINATURA: **Amalek**
 ENDEREÇO: **AV. BRASIL, 100 - JARDIM BELLA VISTA - JOAO PESSOA - PB**

NR 01/17

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180028895 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON OLIVEIRA EUGENIO **Data do acidente:** 02/06/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISÃO AVALIA E GRADUA EM ARTICULAÇÃO APÓS ANALISE DO EXAME FISICO E DOCUMENTAÇÃO -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008768/18
Vítima: GILSON OLIVEIRA EUGENIO
CPF: 075.315.874-40

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/06/2017
Titular do CPF: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
OUT
Outros

GILSON OLIVEIRA EUGENIO : 075.315.874-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2018
Nome: GILSON OLIVEIRA EUGENIO
CPF/CNPJ: 075.315.874-40

GILSON OLIVEIRA EUGENIO
GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180028895 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON OLIVEIRA EUGENIO **Data do acidente:** 02/06/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180028895 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON OLIVEIRA EUGENIO **Data do acidente:** 02/06/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISÃO AVALIA E GRADUA EM ARTICULAÇÃO APÓS ANÁLISE DO EXAME FÍSICO E DOCUMENTAÇÃO -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180028895 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON OLIVEIRA EUGENIO **Data do acidente:** 02/06/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO NO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE SUBIR E DESCER INCLINAÇÕES. ALTA EM 29/11/2017. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE SUBIR E DESCER INCLINAÇÕES

Sequelas permanentes: NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/03/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$1.687,50 REFERENTE A 50% DA LESÃO NO TORNOZELO ESQUERDO
REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: