

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

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190327501

Vítima: GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

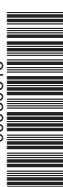
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190327501

Vítima: GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000000374

Conta: 0000018845-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

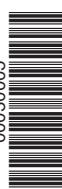
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9819



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000090/19 registrada em 08/05/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de maio do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:45 horas, compareceu o Sr. GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA, com 48 anos de idade, - PB, Casado, escolaridade Medio Completo, profissão , portador da Cédula de Identidade N° 1.602.788, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 93108141449, residindo à rua SEVERINO VERÔNICA, 138, bairro CONCEIÇÃO, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 13h30min do dia 25.12.2018, estava trafegando pela Rua antenor Navarro, Bairro da Prata, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/modelo 2013/2013, cor preta, chassi nº 9C2KD0550DR120296, de placa oeu-7733/PB, licenciada em nome de Isaac Ronaldo da Silva, quando no cruzamento com a Rua Presidente João Pessoa foi surpreendido por um veículo de marca, cor, placas e demais características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava em velocidade acima do normal, que não obedeceu a sinalização de trânsito e invadiu a via preferencial por onde o comunicante trafegava, atingindo-lhe na lateral esquerda, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo fratura fechada de acromo clavicular E, sendo socorrido para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo causador do acidente ausentou-se do local; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via nenhuma pericia técnica no local por parte dos Policiais Militares dos Policiais do BPTran; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do sinistro, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 8 de Maio de 2019

GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA
Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Escrivão

SABEM - REC. EM 16 MAI 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Ramos de Araújo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 408.289.644,91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Giovanni Elementino Peixoto inscrito (a) no CPF sob o Nº 931.081.414,
do sinistro de DPVAT cobertura Municípios da Vítima Giovanni Elementino Peixoto
inscrito (a) no CPF sob o Nº 931.081.414, 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Reverendo Renda: Reverendo e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | | |
|-----------|-------------------------------------|---------|------------------|--------------|-----------------|
| Endereço: | <u>Rua Vital Francisco Silveira</u> | Número: | <u>63</u> | Complemento: | <u>5º andar</u> |
| Bairro: | <u>Centro</u> | Cidade: | <u>Queimadas</u> | Estado: | <u>PB</u> |
| E-mail: | | | | | |

CEP: 58475.000
Tel.(DDD): (83) 98822-4322

Local e Data: Comprida Grande 10/05/2019

X José Ramos de Araújo.
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Isaac Ronald Clementino da Silva,

RG nº 4.003.881, data de expedição 31/10/2011

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 086945084-40,

com domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de Pernambuco PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Steviano Vianóvica, nº 338,

complemento 70, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Giovanni Clementino Pimentel, cujo o condutor era

Giovanni Clementino Pimentel.

Veículo: MOTO Modelo: BROS NXR 150 Ano: 2013

Placa: OEU-7733 Chassi: SC2KD05500R120286

Data do Acidente: 25/12/2018

Local e Data:

Campina Grande 03/05/2019



Isaac Ronald Clementino da Silva

Assinatura do Declarante

Giovanni Clementino Pimentel

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANDRO CUNHA LIMA

Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
106.445.084-40 - ISAAC RONALD CLEMENTINO
DA SILVA. Dou fé. Campina Grande (PB) -
16/05/2019 - 13:12. Selo Digital: AJI42112-NKQ1.

Em testemunho Marcia Ca. Alcantara da verdade.

Consulta a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

E-mail: R\$ 0,83 FEPJL; R\$ 1,96 FARPEM; R\$ 0,29 ISSQN; R\$ 0,80 Total; R\$ 12,70





**ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:1800498 CLASS. DE RISCO: AMARELO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 25/12/2018
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: GIOVANI CLEMENTINO CEP:58400002 Nascimento:29/06/1970
Sexo:M Telefone: 996142705
Idade:048 Bairro:ALTO BRANCO

Cidade: Campina Grande RG: 1602788 N°:138
Nome da Mãe: RITA ARAUJO PEREIRA CPF: 93108141449 Profissão:

Responsável: Data de Atend:25/12/2018 CNS:61165151
Estado Civil: CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 14:19:54 Especialidade:
Médico: CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Edema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortiço
15. F. Contante
16. F. Conto-contato
17. F. Perfurador
18. F. Perfuração
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inurgitamento venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento traumático paradoxal
28. Objeto encravado
29. Otorreia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parese
33. Queimadura
34. Rincorrágia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

EXAMES SOLICITADOS:
 Laboratoriais
 Gasometria arterial
 Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO
 Especialista: *Dra. Tatyane* / : /
 Especialista: / : /
 Especialista: / : /

MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
 N° PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

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

OBS:
 QUEIMADURA:
 Superfície corporal lesada = *10%* Grau *1º Grau* () 2º Grau () 3º Grau
 DIAGNÓSTICO / CID: *23/12/18*

ASSINATURA D'ARIMBO DO MÉDICO:
 Dr. Júlio Geraldo
 CRM-PB 7083



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

Ficha de Acolhimento

| | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: | Giovanni Clementino Pereira |
| End: | R. Seixas Verâncio, 138 |
| Data de Nascimento: | 29/10/1970 |
| Queixa: | Cicatrizes de moto |
| Data do Atend.: | 25/12/2018 |
| Hora: | 14:50 |
| Documentos: | |
| Acidente de trabalho? | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não |

Classificação de Risco

| | | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nível de consciência: | <input checked="" type="checkbox"/> Bom (<input type="checkbox"/>) Regular (<input type="checkbox"/>) Baixo | Aspecto: | <input checked="" type="checkbox"/> Calmo (<input type="checkbox"/>) Fáceis de dor (<input type="checkbox"/>) Gemente |
| Frequência respiratória: | Frequência cardíaca: | | |
| Pressão arterial: | Temperatura axilar: | | |
| Dosagem de HGT: | Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada (<input type="checkbox"/>) Pálida | | |
| Deambulação: | <input checked="" type="checkbox"/> Livre | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Maca |

Estratificação

- { Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

EFERMEIRA

COREN-PB 287.537

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional



VERNO SECRETARIA DE SAÚDE

DIAGNÓSTICO

for 4/3 bacterial Chalcula (C)

8-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FOLHADO DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Giovanni Clementino, 48

1

Prescrição Médica

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Convênio Descritivo

36

Paciente Giudane Cezarini Aljaimto etto Convânic

卷之三

Ministério da Defesa
SECRETARIA TECNICA 12188
SAC - B 3463/CAMPPE 13199

*ad ipm
Santis*

On the way was some
old wood.

Amur *Amur* *Amur*

— 1 —

- G -

Somnus *antiquus*

Enzymes by Dr. S. J. S.

174 B

groups ordered by \leq (with \leq defined as follows):
1) $\{x\}$ for each $x \in S$.
2) S itself.
3) $S \times S$ with $(x_1, y_1) \leq (x_2, y_2)$ if and only if $x_1 \leq x_2$ and $y_1 \leq y_2$.

2-12-18

P.L.B.C.

Optometry

Yours very

501

Aug 20th 1909 G. Morris

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|
| LAUDO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO | | SUS Sistema Miltarista Unico de das Saudee |
| Identificacao do establecimiento de Salud | | |
| 1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | |
| HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | | |
| 2- CNES 2362856 | | |
| 3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | |
| HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | | |
| 4- CNES 2362856 | | |
| 5- NOME DO PACIENTE | | |
| GIOVANI CLIMENTINO PEREIRA | | |
| 6- N° DO PONTOUACAO 180504 | | |
| 7- CARTELO DO SUS | | |
| 8- DATA DE NASCIMENTO 29/06/1970 | | |
| 9- SESEX Masculino Fem | | |
| 10- NOME DA MAE OU RESPONSAVEL RITA ARAUJO PEREIRA | | |
| 11- TELEFONE DE CELULAR 996142705 | | |
| 12- ENDERECO (Rua, N. Bairro) SEVERINA VERNONICA, 138 , ALTO BRANCO | | |
| 13- MUNICIPIO DE REFERENCIA Campina Grande | | |
| 14- CEP 58400002 | | |
| 15- UF PB | | |
| 16- CEP 16 | | |
| 17- PRINCIPAIS SINTOMAS CLINICOS + falso + falso + falso + falso | | |
| 18- CONDIÇOES que JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | |
| 19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS | | |
| 20- DESENVOLVIMENTO SOLICITADO | | |
| 21- CID 10 PRINCIPAL 22- CID 10 SECUNDARIO 23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | |
| 22- ORGANISMO SOLICITANTE | | |
| 23- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016278156267 | | |
| 24- DESENVOLVIMENTO SOLICITADO | | |
| 25- CODIGO DO PROCEDIMENTO | | |
| 26- CLASSE | | |
| 27- CARTER DA INTERNACAO 02 | | |
| 28- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 35/12/2018 CRM-RB-6321- TETO: 12455 | | |
| 29- N° DOCUMENTO/CNP/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 25/12/2018 | | |
| 30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 35/12/2018 CRM-RB-6321- TETO: 12455 | | |
| 31- DATA DA SOLICITACAO 32- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSULTOR) | | |
| 32- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 35/12/2018 CRM-RB-6321- TETO: 12455 | | |
| 33- () ACIDENTE DE TRANSITO | | |
| 34- () ACIDENTE DE TRABALHO TIPICO | | |
| 35- () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO | | |
| 36- CNPJ EMPRESA | | |
| 37- N° DO SISTEMA 38- SERIE | | |
| 38- CNAE DA EMPRESA 41- CBO | | |
| 39- CNPJ EMPRESA | | |
| 40- CNAE DA EMPRESA 41- CBO | | |
| 42- VINCULO COM A PREDENSA | | |
| 43- () EMPREGADO 44- DESMEMBRADO 45- APONSENTADO 46- NAO SEGURADO | | |
| 47- DATA DA AUTORIZACAO | | |
| 48- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSULTOR) | | |
| 49- N° DA AUTORIZACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR | | |
| 50- COD. ORGÃO EMISSOR | | |
| 51- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| 52- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| 53- DOCUMENTO (CNP/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| 54- N° DA AUTORIZACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR | | |
| 55- CNP/CPF | | |
| 56- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| 57- DATA DA AUTORIZACAO | | |

GOVERNO
DA PARÁBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMEN

| | | | | | | | |
|----------|---------------------------------------|----------------------------|------|----------|---|---|------------|
| NOME: | 610411060 | | | | | | PRONTUÁRIO |
| IDADE: | | | | | | | LETRAS |
| SEXO: | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | COR: | B | P | A | PESO: |
| CLÍNICA: | | | | ALTURA: | | | |
| ENF.: | | | | CLÍNICA: | | | |

DADOS CLÍNICOS:

Pre - op

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

E.C.G X-ray cond.^o

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TECI: 12455
GO DOUTOR RODRIGO AMORIM

| | | | |
|----------------------|-------------------------------------|-------|--------------------------|
| URGÊNCIA: | <input checked="" type="checkbox"/> | ROTA: | <input type="checkbox"/> |
| DATA: | 25/12/18 | | |
| HORA DA SOLICITAÇÃO: | | | |

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAM

| | | | | |
|--------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------|
| NAME: | <i>Giovanni Souza</i> | | | PRONTUÁRIO: |
| IDADE: | | | | |
| SEXO: | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> B | COR: |
| | | | | PESO: |
| | | | | ALTURA: |
| | | | | CLÍNICA: |
| | | | | ENF.: |
| | | | | LEITC |

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:
28/12/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

| | | | |
|----------------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| URGÊNCIA: | <input type="checkbox"/> | ROTINA: | <input type="checkbox"/> |
| DATA: | <i>PK Jônico 69</i> | | |
| HORA DA SOLICITAÇÃO: | <i>09:00</i> | | |

1800438.

DNI = 28.06.40



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

REQUISIÇÃO DE EXAMENES

| | | |
|--------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| NOME: | C. O. V. A. N. I. C. L. E. M. E. U. T. N. O. | PRONTUÁRIO: |
| IDADE: | SEXO: | COR: |
| | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |
| PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: |
| | | ENF.: LETI |

DADOS CLÍNICOS:

Pelvisalmo

R. 251218

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de tórax - (AP)
Rx de ombro E (AP e Axial)

| | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| URGÊNCIA: <input type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> |
| DATA: 16/05/2019 | |
| HORA DA SOLICITAÇÃO: | |

*Assinatura do paciente
Grau Geral
nº 1287983*

shows the effect of
the wind on the
windward side
of the ship.

(3) Shows the
effect of the
wind on the
leeward side
of the ship.

(4) Shows the
effect of the
wind on the
leeward side
of the ship.

01. 10.
 02. 03. 04.
 05. 06. 07.
 08. 09.
 10. 11. 12.
 13. 14. 15.
 16. 17. 18.
 19. 20. 21.
 22. 23. 24.
 25. 26. 27.
 28. 29. 30.
 31. 32. 33.
 34. 35. 36.
 37. 38. 39.
 40. 41. 42.
 43. 44. 45.
 46. 47. 48.
 49. 50. 51.
 52. 53. 54.
 55. 56. 57.
 58. 59. 60.
 61. 62. 63.
 64. 65. 66.
 67. 68. 69.
 70. 71. 72.
 73. 74. 75.
 76. 77. 78.
 79. 80. 81.
 82. 83. 84.
 85. 86. 87.
 88. 89. 90.
 91. 92. 93.
 94. 95. 96.
 97. 98. 99.
 99. 100. 101.
 102. 103. 104.
 105. 106. 107.
 108. 109. 110.
 111. 112. 113.
 114. 115. 116.
 117. 118. 119.
 119. 120. 121.
 122. 123. 124.
 125. 126. 127.
 128. 129. 130.
 131. 132. 133.
 134. 135. 136.
 137. 138. 139.
 139. 140. 141.
 142. 143. 144.
 145. 146. 147.
 147. 148. 149.
 149. 150. 151.
 151. 152. 153.
 153. 154. 155.
 155. 156. 157.
 157. 158. 159.
 159. 160. 161.
 161. 162. 163.
 163. 164. 165.
 165. 166. 167.
 167. 168. 169.
 169. 170. 171.
 171. 172. 173.
 173. 174. 175.
 175. 176. 177.
 177. 178. 179.
 179. 180. 181.
 181. 182. 183.
 183. 184. 185.
 185. 186. 187.
 187. 188. 189.
 189. 190. 191.
 191. 192. 193.
 193. 194. 195.
 195. 196. 197.
 197. 198. 199.
 199. 200. 201.
 201. 202. 203.
 203. 204. 205.
 205. 206. 207.
 207. 208. 209.
 209. 210. 211.
 211. 212. 213.
 213. 214. 215.
 215. 216. 217.
 217. 218. 219.
 219. 220. 221.
 221. 222. 223.
 223. 224. 225.
 225. 226. 227.
 227. 228. 229.
 229. 230. 231.
 231. 232. 233.
 233. 234. 235.
 235. 236. 237.
 237. 238. 239.
 239. 240. 241.
 241. 242. 243.
 243. 244. 245.
 245. 246. 247.
 247. 248. 249.
 249. 250. 251.
 251. 252. 253.
 253. 254. 255.
 255. 256. 257.
 257. 258. 259.
 259. 260. 261.
 261. 262. 263.
 263. 264. 265.
 265. 266. 267.
 267. 268. 269.
 269. 270. 271.
 271. 272. 273.
 273. 274. 275.
 275. 276. 277.
 277. 278. 279.
 279. 280. 281.
 281. 282. 283.
 283. 284. 285.
 285. 286. 287.
 287. 288. 289.
 289. 290. 291.
 291. 292. 293.
 293. 294. 295.
 295. 296. 297.
 297. 298. 299.
 299. 300. 301.
 301. 302. 303.
 303. 304. 305.
 305. 306. 307.
 307. 308. 309.
 309. 310. 311.
 311. 312. 313.
 313. 314. 315.
 315. 316. 317.
 317. 318. 319.
 319. 320. 321.
 321. 322. 323.
 323. 324. 325.
 325. 326. 327.
 327. 328. 329.
 329. 330. 331.
 331. 332. 333.
 333. 334. 335.
 335. 336. 337.
 337. 338. 339.
 339. 340. 341.
 341. 342. 343.
 343. 344. 345.
 345. 346. 347.
 347. 348. 349.
 349. 350. 351.
 351. 352. 353.
 353. 354. 355.
 355. 356. 357.
 357. 358. 359.
 359. 360. 361.
 361. 362. 363.
 363. 364. 365.
 365. 366. 367.
 367. 368. 369.
 369. 370. 371.
 371. 372. 373.
 373. 374. 375.
 375. 376. 377.
 377. 378. 379.
 379. 380. 381.
 381. 382. 383.
 383. 384. 385.
 385. 386. 387.
 387. 388. 389.
 389. 390. 391.
 391. 392. 393.
 393. 394. 395.
 395. 396. 397.
 397. 398. 399.
 399. 400. 401.
 401. 402. 403.
 403. 404. 405.
 405. 406. 407.
 407. 408. 409.
 409. 410. 411.
 411. 412. 413.
 413. 414. 415.
 415. 416. 417.
 417. 418. 419.
 419. 420. 421.
 421. 422. 423.
 423. 424. 425.
 425. 426. 427.
 427. 428. 429.
 429. 430. 431.
 431. 432. 433.
 433. 434. 435.
 435. 436. 437.
 437. 438. 439.
 439. 440. 441.
 441. 442. 443.
 443. 444. 445.
 445. 446. 447.
 447. 448. 449.
 449. 450. 451.
 451. 452. 453.
 453. 454. 455.
 455. 456. 457.
 457. 458. 459.
 459. 460. 461.
 461. 462. 463.
 463. 464. 465.
 465. 466. 467.
 467. 468. 469.
 469. 470. 471.
 471. 472. 473.
 473. 474. 475.
 475. 476. 477.
 477. 478. 479.
 479. 480. 481.
 481. 482. 483.
 483. 484. 485.
 485. 486. 487.
 487. 488. 489.
 489. 490. 491.
 491. 492. 493.
 493. 494. 495.
 495. 496. 497.
 497. 498. 499.
 499. 500. 501.
 501. 502. 503.
 503. 504. 505.
 505. 506. 507.
 507. 508. 509.
 509. 510. 511.
 511. 512. 513.
 513. 514. 515.
 515. 516. 517.
 517. 518. 519.
 519. 520. 521.
 521. 522. 523.
 523. 524. 525.
 525. 526. 527.
 527. 528. 529.
 529. 530. 531.
 531. 532. 533.
 533. 534. 535.
 535. 536. 537.
 537. 538. 539.
 539. 540. 541.
 541. 542. 543.
 543. 544. 545.
 545. 546. 547.
 547. 548. 549.
 549. 550. 551.
 551. 552. 553.
 553. 554. 555.
 555. 556. 557.
 557. 558. 559.
 559. 560. 561.
 561. 562. 563.
 563. 564. 565.
 565. 566. 567.
 567. 568. 569.
 569. 570. 571.
 571. 572. 573.
 573. 574. 575.
 575. 576. 577.
 577. 578. 579.
 579. 580. 581.
 581. 582. 583.
 583. 584. 585.
 585. 586. 587.
 587. 588. 589.
 589. 590. 591.
 591. 592. 593.
 593. 594. 595.
 595. 596. 597.
 597. 598. 599.
 599. 600. 601.
 601. 602. 603.
 603. 604. 605.
 605. 606. 607.
 607. 608. 609.
 609. 610. 611.
 611. 612. 613.
 613. 614. 615.
 615. 616. 617.
 617. 618. 619.
 619. 620. 621.
 621. 622. 623.
 623. 624. 625.
 625. 626. 627.
 627. 628. 629.
 629. 630. 631.
 631. 632. 633.
 633. 634. 635.
 635. 636. 637.
 637. 638. 639.
 639. 640. 641.
 641. 642. 643.
 643. 644. 645.
 645. 646. 647.
 647. 648. 649.
 649. 650. 651.
 651. 652. 653.
 653. 654. 655.
 655. 656. 657.
 657. 658. 659.
 659. 660. 661.
 661. 662. 663.
 663. 664. 665.
 665. 666. 667.
 667. 668. 669.
 669. 670. 671.
 671. 672. 673.
 673. 674. 675.
 675. 676. 677.
 677. 678. 679.
 679. 680. 681.
 681. 682. 683.
 683. 684. 685.
 685. 686. 687.
 687. 688. 689.
 689. 690. 691.
 691. 692. 693.
 693. 694. 695.
 695. 696. 697.
 697. 698. 699.
 699. 700. 701.
 701. 702. 703.
 703. 704. 705.
 705. 706. 707.
 707. 708. 709.
 709. 710. 711.
 711. 712. 713.
 713. 714. 715.
 715. 716. 717.
 717. 718. 719.
 719. 720. 721.
 721. 722. 723.
 723. 724. 725.
 725. 726. 727.
 727. 728. 729.
 729. 730. 731.
 731. 732. 733.
 733. 734. 735.
 735. 736. 737.
 737. 738. 739.
 739. 740. 741.
 741. 742. 743.
 743. 744. 745.
 745. 746. 747.
 747. 748. 749.
 749. 750. 751.
 751. 752. 753.
 753. 754. 755.
 755. 756. 757.
 757. 758. 759.
 759. 760. 761.
 761. 762. 763.
 763. 764. 765.
 765. 766. 767.
 767. 768. 769.
 769. 770. 771.
 771. 772. 773.
 773. 774. 775.
 775. 776. 777.
 777. 778. 779.
 779. 780. 781.
 781. 782. 783.
 783. 784. 785.
 785. 786. 787.
 787. 788. 789.
 789. 790. 791.
 791. 792. 793.
 793. 794. 795.
 795. 796. 797.
 797. 798. 799.
 799. 800. 801.
 801. 802. 803.
 803. 804. 805.
 805. 806. 807.
 807. 808. 809.
 809. 810. 811.
 811. 812. 813.
 813. 814. 815.
 815. 816. 817.
 817. 818. 819.
 819. 820. 821.
 821. 822. 823.
 823. 824. 825.
 825. 826. 827.
 827. 828. 829.
 829. 830. 831.
 831. 832. 833.
 833. 834. 835.
 835. 836. 837.
 837. 838. 839.
 839. 840. 841.
 841. 842. 843.
 843. 844. 845.
 845. 846. 847.
 847. 848. 849.
 849. 850. 851.
 851. 852. 853.
 853. 854. 855.
 855. 856. 857.
 857. 858. 859.
 859. 860. 861.
 861. 862. 863.
 863. 864. 865.
 865. 866. 867.
 867. 868. 869.
 869. 870. 871.
 871. 872. 873.
 873. 874. 875.
 875. 876. 877.
 877. 878. 879.
 879. 880. 881.
 881. 882. 883.
 883. 884. 885.
 885. 886. 887.
 887. 888. 889.
 889. 890. 891.
 891. 892. 893.
 893. 894. 895.
 895. 896. 897.
 897. 898. 899.
 899. 900. 901.
 901. 902. 903.
 903. 904. 905.
 905. 906. 907.
 907. 908. 909.
 909. 910. 911.
 911. 912. 913.
 913. 914. 915.
 915. 916. 917.
 917. 918. 919.
 919. 920. 921.
 921. 922. 923.
 923. 924. 925.
 925. 926. 927.
 927. 928. 929.
 929. 930. 931.
 931. 932. 933.
 933. 934. 935.
 935. 936. 937.
 937. 938. 939.
 939. 940. 941.
 941. 942. 943.
 943. 944. 945.
 945. 946. 947.
 947. 948. 949.
 949. 950. 951.
 951. 952. 953.
 953. 954. 955.
 955. 956. 957.
 957. 958. 959.
 959. 960. 961.
 961. 962. 963.
 963. 964. 965.
 965. 966. 967.
 967. 968. 969.
 969. 970. 971.
 971. 972. 973.
 973. 974. 975.
 975. 976. 977.
 977. 978. 979.
 979. 980. 981.
 981. 982. 983.
 983. 984. 985.
 985. 986. 987.
 987. 988. 989.
 989. 990. 991.
 991. 992. 993.
 993. 994. 995.
 995. 996. 997.
 997. 998. 999.
 999. 1000. 1001.
 1001. 1002. 1003.
 1003. 1004. 1005.
 1005. 1006. 1007.
 1007. 1008. 1009.
 1009. 1010. 1011.
 1011. 1012. 1013.
 1013. 1014. 1015.
 1015. 1016. 1017.
 1017. 1018. 1019.
 1019. 1020. 1021.
 1021. 1022. 1023.
 1023. 1024. 1025.
 1025. 1026. 1027.
 1027. 1028. 1029.
 1029. 1030. 1031.
 1031. 1032. 1033.
 1033. 1034. 1035.
 1035. 1036. 1037.
 1037. 1038. 1039.
 1039. 1040. 1041.
 1041. 1042. 1043.
 1043. 1044. 1045.
 1045. 1046. 1047.
 1047. 1048. 1049.
 1049. 1050. 1051.
 1051. 1052. 1053.
 1053. 1054. 1055.
 1055. 1056. 1057.
 1057. 1058. 1059.
 1059. 1060. 1061.
 1061. 1062. 1063.
 1063. 1064. 1065.
 1065. 1066. 1067.
 1067. 1068. 1069.
 1069. 1070. 1071.
 1071. 1072. 1073.
 1073. 1074. 1075.
 1075. 1076. 1077.
 1077. 1078. 1079.
 1079. 1080. 1081.
 1081. 1082. 1083.
 1083. 1084. 1085.
 1085. 1086. 1087.
 1087. 1088. 1089.
 1089. 1090. 1091.
 1091. 1092. 1093.
 1093. 1094. 1095.
 1095. 1096. 1097.
 1097. 1098. 1099.
 1099. 1100. 1101.
 1101. 1102. 1103.
 1103. 1104. 1105.
 1105. 1106. 1107.
 1107. 1108. 1109.
 1109. 1110. 1111.
 1111. 1112. 1113.
 1113. 1114. 1115.
 1115. 1116. 1117.
 1117. 1118. 1119.
 1119. 1120. 1121.
 1121. 1122. 1123.
 1123. 1124. 1125.
 1125. 1126. 1127.
 1127. 1128. 1129.
 1129. 1130. 1131.
 1131. 1132. 1133.
 1133. 1134. 1135.
 1135. 1136. 1137.
 1137. 1138. 1139.
 1139. 1140. 1141.
 1141. 1142. 1143.
 1143. 1144. 1145.
 1145. 1146. 1147.
 1147. 1148. 1149.
 1149. 1150. 1151.
 1151. 1152. 1153.
 1153. 1154. 1155.
 1155. 1156. 1157.
 1157. 1158. 1159.
 1159. 1160. 1161.
 1161. 1162. 1163.
 1163. 1164. 1165.
 1165. 1166. 1167.
 1167. 1168. 1169.
 1169. 1170. 1171.
 1171. 1172. 1173.
 1173. 1174. 1175.
 1175. 1176. 1177.
 1177. 1178. 1179.
 1179. 1180. 1181.
 1181. 1182. 1183.
 1183. 1184. 1185.
 1185. 1186. 1187.
 1187. 1188. 1189.
 1189. 1190. 1191.
 1191. 1192. 1193.
 1193. 1194. 1195.
 1195. 1196. 1197.
 1197. 1198. 1199.
 1199. 1200. 1201.
 1201. 1202. 1203.
 1203. 1204. 1205.
 1205. 1206. 1207.
 1207. 1208. 1209.
 1209. 1210. 1211.
 1211. 1212. 1213.
 1213. 1214. 1215.
 1215. 1216. 1217.
 1217. 1218. 1219.
 1219. 1220. 1221.
 1221. 1222. 1223.
 1223. 1224. 1225.
 1225. 1226. 1227.
 1227. 1228. 1229.
 1229. 1230. 1231.
 1231. 1232. 1233.
 1233. 1234. 1235.
 1235. 1236. 1237.
 1237. 1238. 1239.
 1239. 1240. 1241.
 1241. 1242. 1243.
 1243. 1244. 1245.
 1245. 1246. 1247.
 1247. 1248. 1249.
 1249.

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Assinatura do anestesista

| Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico | Hora entrada | Hora saída | TOTAL DE PONTOS: |
|----------------------------------------------------------|--------------|------------|------------------|
| Movimenta 4 membros = 0 | | | 0 |
| Movimenta 2 membros = 1 | | | 1 |
| Movimenta 0 membros = 2 | | | 2 |
| Apneia = 0 | | | 0 |
| Respiração limitada, Dispnéia = 1 | | | 1 |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 | | | 0 |
| PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 | | | 1 |
| PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 | | | 2 |
| Respiração profunda e tosse = 2 | | | 2 |
| Respiração limitada, Dispnéia = 1 | | | 1 |
| Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 | | | 0 |
| Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 | | | 1 |
| Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2 | | | 2 |
| Não responde ao chamado = 0 | | | 0 |
| Desperado ao chamado = 1 | | | 1 |
| Compleamente acordado = 2 | | | 2 |

(Critérios para altas da SRPA)

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA



Cirurgante

Assinatura Anestesista

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica



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

GOVERNO DA PARÁIBA
DA PARÁIBA

| | | | |
|------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|
| Paciente: | Genivaldo Gomes Lino Teixeira | Data: | 04.05.18 |
| Convenção: | Saude | Procedimento: | Trait. Enxug. fácula de corte. |
| Cirurgião: | Dra. Letícia | Anestesista: | Dra. Lenilda |
| Início: | 09:30 | Termino: | 03:30 |
| Hora: | | Auxiliar: | |

| Hora | PA | Pulso | SAT 02 | Responsável | A. Motor | Consciência |
|-------|----------|-------|--------|-------------|----------|-------------|
| 03:30 | 182 X 89 | 89 | 94% | Respondeu | - | Consciente |
| 00:00 | 155 X 69 | 92 | 95% | Respondeu | + | Consciente |
| 00:30 | 159 X 62 | 93 | 94% | Respondeu | + | Consciente |
| | | | | | | |

Medicamentos/Materiais Quantidade

Observações:

06.02.88 16:00 00:30x30. Geraldo Alves, autor
Data 04/12/18 - Herá - PA 800 - 110x60
de aço, Aço e ferro
Multi de Souza Santos
da suelmação CORREN PB 118-500
Tec. Geraldo Alves



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

SABEMI - REC. EM 16 MAI 2019

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

~~text 2~~
Corynne pueraria made
de Dau-sus E; made de
pepier d'avoine de farine
acacia em Nuscler
EGR, corynne, ourme
marmelade offe aux fruits
particulierement de poire

28/12/18

28/12/18 9:00h CFA 320x80 Jardim das Flores, São Paulo, SP
Balanço, sumário, pente e quincas.

atoh PdA 330x80

ME

Medições

Correção

Mediação

Mediação

Mediação

DIAGNÓSTICO

8.3

11

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

T_x d_{avida} (E)

| Paciente | Alojamento: | Leito | Convênio |
|----------|-------------|-------|----------|
| | | | |

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|------------|-------------------------------------------------|---------|-----------------|
| 28/05/2019 | 1. Dieta V N | 08 | 3. Dura |
| 12/06/2019 | 2. SBE 200ml EV/24h 100ml | 08 | 4. Faz |
| | 3. Dipirona 02ML+ AD EV/06/06h | 10 | 5. Faz |
| | 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h | 12 | 6. Faz |
| | 5. Omeprazol 40mg EV/jejum | 06 | 7. Dura |
| | 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN | 10 | 8. Faz - |
| | 7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN | 10 | 9. SSV + CCGG |
| | 8. Glucagon 40mg SC/dia | 08 | |
| | 9. SSV + CCGG | 10 | |

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Giovanna Oliveira

Data:

Alojamento:

Leito:

Convênio:

Rx: Claualia (E)

Data:

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. Dieta Líquida
2. SRL 1500ml EV/24h
3. Dipirona 02ML+ AD EV 05/06h
29.12 4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h
5. Omeprazol 40mg EV/jejum
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN
7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN
8. Clexane 40mg SC/dia
9. SSV + CCCG
10. Nt. Inap. sub.

D. VPH
RJ: hérn. tbc. Oem tbc + ANS
Anestesia + gestos de nutrição
cistostato + Enemas + enemas.

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

- Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
- Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
- Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
- Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitá-lo) Dr. Silvestre de A. Góis

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

Ex. Laboratoriais:

5 - E.C.G.: *Brachio esquerdo ECG normal*

Membros inferiores - Comentários: *Normal*Abdome - Comentários: *NDA*AP. Respiratório - Comentários: *LEVO*

FC: 82 b.p.m P.A.: 130x80 mmHg

4 - EXAME FÍSICO:
 Estado General Bom Regular Comprometido Precatio Altera Peso

Cardiovascular - Comentários: *ECG, ETC, EAE, TTE, SIST, ECG*

5 - E.C.G.: *Brachio esquerdo ECG normal*

4 - EXAME FÍSICO:
 Medicamentos em uso Não Sim
 Allergia a Medicamentos: *Amoxil*
 Tabagismo Cirúrgico Sedentarismo Outros

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:
 Hipertensão Arterial Sistêmica DPOC Outros
 Insuficiência Pulmonar Insuf. Cardíaca Congestiva Coronariana
 Infarto. Renal Aguda Crônica

2 - ATOLÓGIAS EM CURSO:
 Diabetes Mellitus Arritmias
 Outras Insuf. Renal Infarto. Coronariano

Comentários:

SINTOMAS:
 Cefaléia Dispnéia de esforço Tontura Grande Pedreira Sincope
 Palpitaciones Dolor precordial Relacionada Esforço Emوجes Frio Pós-prandial
 Taquicardia Tosses Seca Tipica Atípica Expectoração
 Ortopneia Oftalmia Dolor Expectorado
 Disfagia Edema Tosses Relacionada Esforço Frio Pós-prandial
 Edema Tosses Edema Edema Edema Edema

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:
 Assintomática Sintomática Oligosintomática

IMC: *26,0* DATA: *20/05/2019* PROFISSAO: *PROFISSAO* IDADE: *SEXE:*

NOME: *Edson Góis* IDADE: *72 anos* SEXE: *M*

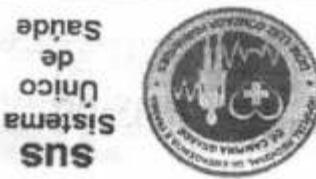
AVALLAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO



[Handwritten signature]

Gerardo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRM - 5010

DATA DA COLETA: 25/12/2018 17:48]
Materiais: sangue
Método: teste-positivo
TEMPO DE COAGULAÇÃO 6,30 .. min
Materiais: sangue
De 5 a 31 segundos
DATA DA COLETA: 25/12/2018 17:48]
Materiais: sangue
De 5 a 31 segundos
TEMPO DE SANGRAMENTO 1,20 ..
Materiais: sangue
De 1 a 3 minutos
Método: Duke



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



Sra(a): GIOVANI CLEMENTINO
Protocolo: 0000412343 RG: NHO INFORMADO
Dr(a): RODRIGO AMORIM
Data: 25-12-2018 17:48 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Endereço: 48 mts
RG: AREA AMARELA

SADEMI REC. EM 16 MAI 2013

IDENTIDADE Nº 01061 DATA EXP: 23/06/2013
 DOADOR DE ORGÃOS/TECIDOS SIM NÃO
 VALIDADE INDEFINIDA

PREGAR DIRETO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1497902643



| | |
|---------------------------------------------------|---------------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | |
| CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIODIAGNÓSTICO | |
| CONSELHO REGIONAL | |
| 16ª REGIÃO | |
| TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO CIRURGICO | |
| CIRURGICO | |
| JOSE RAMOS DE ARAUJO | |
| AO: SÉVERINO DANIEL DE ARAUJO | |
| AO: IZaura RAMOS DE QUEIROZ | |
| NASC.: 11/06/1962 | NATURAL: Taperoá/PB |
| VALOR: R\$ 100,00 | CPF: 408.289.649-91 |
| IDENT. S/N: 71-BBBB | ORG. EXP: SSP/PB |
| TITULAR: RADIODIAGNÓSTICO | |

Fotógrafo de Araguia Simão

DIRETOR PREGAR



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.003.991 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/10/2011

NOME ISAAC RONALD CLEMENTINO DA SILVA

FILIAÇÃO GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA
MARIA BETÂNIA DA SILVA PEREIRA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO
DOC. ORIGEM 24/12/1995

NASC. N. 13177 FLS. 295V LIV. A11
CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB

096.445.084-40

Rua Pessas - PB

SABEMI - REC. EM 16 MAI 2019

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

SABEMI - REC. EM 16 MAI 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190327501 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA **Data do acidente:** 25/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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