
Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190375007

Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190375007

Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

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, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190375007 **Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA**

Data do Acidente: 14/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

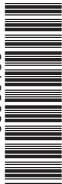
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00379/00380 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14525082

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190375007

Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000504013-8

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, retorne 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 104.714.194.94 4 - Nome completo da vítima: José Arthur Santino da Silva

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

5 - Nome completo: José Arthur Santino da Silva 6 - CPF: 104.714.194.94
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Rua Lafete Amorim 9 - Número: 130 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: GALANTE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58446-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 783/98701-7380

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 013 CONTA: 00304013 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.254/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo vitalício? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
José Arthur Santino da Silva

Assinatura do Procurador (se houver)
José Roberto da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**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

Número do Sinistro: 3190375007
Nome do(a) Examinado(a): Jose Arthur Santino da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Lafaete Amorim, 110
Centro Alcantil PB CEP: 58460-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3950715
Data local do acidente: [14/12/2018]
Data local do exame: [05/07/2019] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO E FRATURA DA PATELA ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO, OSTEOSSINTESE COM PLACAS E PARAFUSOS FEMUR E AMARRILHA EM BANDA DE TENSAO NA PATELA
Complicações: NOA HOUVE COMPLICACOES CIRURGICAS
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE DEAMBULANDO ATIVAMENTE, REFERE DOR AOS ESFORCOS, APRESENTE DEFCIT DE FLEXAO DO JOELHO ESQUERDO ADM (0-90).
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PACIENTE COM DOR AOS ESFORCOS E DEFCIT DE FLEXAO DO JOELHO ESQUERDO, ADM (0-90).
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 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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Valthi Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.551 / CRM-PB 6326
TEOT 15-090
CIRURGIA DO JOELHO



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 - 58401-63 - (83) 3310-9519



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000119/19 registrada em 05/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos cinco dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, 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 16:11 horas, compareceu o Sr. JOSÉ ARTHUR SANTINO DA SILVA, com 24 anos de idade, filho de MARCONE SANTINO DA SILVA e SEVERINA BELARMINO DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de FAGUNDES - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 3.950.715, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10471419494, residindo à rua LAFAYETE AMORIM, 110, bairro CENTRO, DISTRITO DE GALANTE, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Afirma o comunicante que por volta das 06h20min do dia 14.12.2018, estava trafegando pela Rua Gumerindo Barbosa Dunda, na saída do Distrito de Galante, neste município de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/XR 250 TORNADO, ano/modelo 2004/2004, cor branca, chassi nº 9C2MD340004R011771, de placa MMW-9472/PB, licenciada em nome de Leandro de Melo Silva, quando foi atingido frontalmente por outra motocicleta de marca, placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que sofreu apenas lesões aparentes leves e ausentou-se do local, enquanto que o comunicante sofreu fraturas fechadas de fêmur e patela, além de escoriações generalizadas pelo corpo, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamento cirúrgico e permaneceu alguns dias internado, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran; Que, no momento do acidente não chovia e a visibilidade do local era boa; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado. 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, 5 de Junho de 2019

JOSÉ ARTHUR SANTINO DA SILVA

JOSÉ ARTHUR SANTINO DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 104.714.194.94 4 - Nome completo da vítima: José Arthur Santino da Silva

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

5 - Nome completo: José Arthur Santino da Silva 6 - CPF: 104.714.194.94
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Rua Lafete Amorim 9 - Número: 130 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: GALANTÉ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58446-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 783/98701-7380

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 03 CONTA: 00304013 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.254/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo (viver)?: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
José Arthur Santino da Silva

Assinatura do Procurador (se houver)
José Roberto da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 14/12/2018	HORA: 06:24 HRS	ID Nº: 1743677
NOME:	JOSÉ ARTHUR SANTINO DA SILVA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	ENTRADA DE GALANTE	
COMPLEMENTO:		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 5 de junho de 2019.



Supervisor
Delegação Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000504013-8

Nr. da Autenticação 588D1ECA1CAB5700

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Fórmula para simplificar pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica: N° 003.707.907



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-708
CNPJ 08.820.596/0001-05 Insc.Est. 16.803.830-1

DADOS DO CLIENTE

NILDO DA SILVA
RUA LAFAYETE AMORIM 110
GALANTE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/205873-3

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

13/05/2019

CONSUMO

50

VENCIMENTO

20/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 38,49

Acesse: www.energisa.com.br



DESTINAR AQUI

NILDO DA SILVA

Roteiro: 07-408-811-1570

83670000000-0 38490147000-3 02058732019-1 05000408019-3

VENCIMENTO

20/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 38,49

MATRÍCULA

205873-2019-05-0



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para depósito pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica : N° 003.757.068



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.603.629-1

DADOS DO CLIENTE

DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/201316-7

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

17/05/2019

CONSUMO

143

VENCIMENTO

24/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 95,58

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 31/05/2019				
Pagador: DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES CNPJ/CPF: 079.461.674-74				
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR - CENTRO - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000134818	000201316201905	24/05/2019	R\$ 95,58	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				

SABEMI - REC. EM 11 JUN 2019

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 SUSEP 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 COAF³.

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 Rames de Araújo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 408.289.644, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Arthur Santina da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.714.194, 94,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima José Arthur Santina da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.714.194, 94, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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>R. Vital F. da Silva</u>	Número: <u>63</u>	Complemento: <u>1º andar</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Arumazadas</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>Josearaujpb@outlook.com</u>	CEP: <u>58475-000</u>	Tel.(DDD): <u>_____</u>

Local e Data: C. Grande 10, 06/2019

José Rames de Araújo
Assinatura do Declarante

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, Leandro de Melo da Silva,
RG nº 4.154.963, data de expedição 26/03/2018,
Órgão _____, portador do CPF nº 084.026.144.16,
com domicílio na cidade de Galante, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Amália Taveira, nº 49,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
José Arthur Santana da Silva, cujo o condutor era
José Arthur Santana da Silva.
Veículo: MOTO Modelo: HONDA XR 250 TORNAO Ano: 2004/2004
Placa: MMU 9472/PB Chassi: 9C2MD34004R011771
Data do Acidente: 14/12/2018

Local e Data:

Galante 05/06/2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)Julio Cesar Correia Parias
Cartório Distrital de Galante
João Correia, 311
Galante-PE
1997-5-5469

Nome: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA
Idade: 24 anos

Data do exame: 07/06/2019 08h36
Data de nascimento: 12/12/1994

RADIOGRAFIA DA COXA ESQUERDA

Exame realizado em AP e perfil

Fratura não consolidada do terço médio da diáfise do fêmur reduzida com placa e parafusos metálicos, caracterizando pseudoartrose.

Destaca-se fragmento ósseo linear livre em partes moles da face anterior da coxa, medindo 2,3 cm.

Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO

Exame realizado em AP e perfil


Fratura da patela reduzida com material de osteossíntese.

Nota-se placa e parafusos metálicos em fêmur distal.

Tíbia e fíbula proximais de morfologia e textura normais.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas.


Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista
CRM 6101 PB

119839

E



00 58 02



00 58 02

M AS AVIS DA SILVA SA M

0084298

0105.5010

IMAGEM DIAGNOSTICO POR IMAGEM



PERFIL

E

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

Ficha de Acolhimento

SABEMI

Nome: João Aelfone Sathimo de S. Pa
 End: São José 102 (A) Bairro: Colombo
 Data de Nascimento: 02.12.64 Documento de Identificação: _____
 Queixa: Dores no Tórax Data do Atendimento: 04.06.19 Hora: 9:55 Documento: _____
 Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fâceis de dor ☐ Gement
 Frequência respiratória: _____ Frequência cardíaca: _____
 Pressão arterial: _____ Temperatura axilar: _____
 Dosagem de HGT: _____ Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Palida
 Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

MOD.

Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial
 Bruna Moura da Silva

ENFERMEIRA

COMENTÁRIOS 22.3.352

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

TRAUMA DCM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnostico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

anamnese e exame
físico de trauma

Paciente: José Amun Sampaio

Alojamento: J-1

Leito: 1

Convênio: 1-4

Evolução Médica

Horário

Ind

Data

Prescrição Médica

16/06/2019
Prescrição Médica

2) 500 mg de amoxicilina 3x/dia

3) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

4) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

5) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

6) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

7) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

8) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

9) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

10) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

11) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

12) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

13) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

14) 1000 mg de metoprolol 1x/dia

Dr. Luiz Gonzaga
Ouro Preto, 11 de Junho de 2019
Assinatura do Médico

DIAGNOSIS

FORM DE MATRIMÔNIO E DIVÓRCIO

Paciente	Alcance	Alimentação	Leito	Convênio
02/12 Soc. Adv. Saneam.				
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
1. Dieta: livre				B.E.C. e Tave
2. SRL 1500ml EV/24h				Ser. paxos
3. Dipirona 02ML + AD EV 06/08h				no Aguardo de 09
4. Itall 20mg + AD EV 12/12h				
5. Omeprazol 40mg EV/jejum				
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN				
7. Nauseidion 01 FA + AD EV 8/8h SN				
8. Clexane 40mg SC/dia				
9. SSIV + CTGG				
	Dr. J. Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM 13520 / RJM 13520			Dr. J. Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM 13520 / RJM 13520

MOD. 004

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-909 - Mairinas - Campina Grande - PB

Assinatura do Médico - CRM Nº

Campina Grande, 05.05.19

DIAGNÓSTICO CID 582.015722

foi atendido (às) hoje, às 60 (horas), necessitando de dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

ATESTO que

ATESTADO MÉDICO

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

GOVERNO DA PARAIBA

Receituário Simples

LARCA Marcelo

Paciente Marcelo
Souza de Almeida
Submetido a tratamento
cirúrgico de fratura
de fêmur, e fratura de
tórax. Evidenciou
complicação com
deformidade funcional de
tórax. Mas não houve
de fratura de fêmur
e fratura de fêmur.
Data Médico

100 000

Olinda Inocencio de Jesus
Inos otimizados de Jesus

LD: 582.1
592.2

03/05/18
El Ance Proctor 14/05/18
TRANSACCION 14/05/18
CANT. 12 5193

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Apv. Ademir Soutinho
da Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 572 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 14 / 12 / 18 A 28 / 12 / 18 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 28 / 12 / 18

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

NDÁRIO / PARER MÉICO

Investigations

402:80

[illegible]

Mr. Guzman de Franco
Sra. de Juan C. Franco
Conduite

04-03-07

File 33-250

— *Continued*

1000

DESTINO DO PACIENTE _____

[illegible]

(continued)

(¹) Transferência o outro setor ou hospital.

Waka Hospital / (A) 10000

! Médico Medica

01670

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO/PROCEDIMENTO

080

1940E



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAIBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DCM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

MOD. 012

FX FEMUR + PATELA D

LEITO 3-2

BCC, glicose, em laboratório

C.V. V. n. 1

1

Dr. Elder F. Araújo A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5507

Exame neurológico normal

PO livre

Col: ceto + nitro + acetona

Dr. Elder F. Araújo A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5507

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-2

N. IDENTIFICAD. 171793643

JOSE ARTUR

27/12

1 DIETA LIVRE

2 JELCO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 5/6H 12/18 24/36

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN

5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ (6h)

8 CURATIVO

9 FISIOTERAPIA

10 SSVV+CCGG

11 CLEXANE 40 MG SC AS 20H

12 GENOFARMACUS 150mg IV 1x/12h (FALTA)

13 Peticion de des. de med. 12/18 24/36

14 Rota de des. de med. (SUSS)

15 Clonazepam 0,5mg IV 1x/12h 12/18 24/36

Dr. Elder F. Araújo A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5507

28.12 Rote hospitalar

Dr. Elder F. Araújo A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5507



Paciente: Pac. B. Rua Contorno de Silva	Idade: 24 anos	Data: 06.10.18
Convênio: Unimed - 1393595	Procedimento: Otitomedia	
Cirurgião: Dr. Alexandre	Auxiliar: Dr. Gustavo	Anestesiista: Dr. Adriano
Início: 11:55	Término: 14:10	Anestesia: Ropiv + Vec.

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Condição
10:50	40% x 4	81	400	Superman	-	Condição
11:00	40% x 4	88	400	Superman	+	Condição

[illegible][illegible]

၂၀၁၆

Assinatura Atestada

Circularité

Relatório de Operação

MOD-603

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		CIRURGIA		ANESTESIA		INSTRUMENTADORA		DATA		BOLHO		FHA	
Joaquim Antonio de Sousa		Cirurgia de Sutura		Anestesia Geral		Joaquim Antonio de Sousa		26/12/1988		11:55		14:40	
REGISTRO		CONVÊNIO		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR	
1193535		SUS		03		03		03		03		03	
DATA: 26/12/1988		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03	
CIRURGIA		ANESTESIA		INSTRUMENTADORA		DATA		BOLHO		FHA		CÓDIGO	
Joaquim Antonio de Sousa		Anestesia Geral		Joaquim Antonio de Sousa		26/12/1988		11:55		14:40		03	
REGISTRO		CONVÊNIO		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR	
1193535		SUS		03		03		03		03		03	
DATA: 26/12/1988		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03	
CIRURGIA		ANESTESIA		INSTRUMENTADORA		DATA		BOLHO		FHA		CÓDIGO	
Joaquim Antonio de Sousa		Anestesia Geral		Joaquim Antonio de Sousa		26/12/1988		11:55		14:40		03	
REGISTRO		CONVÊNIO		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR	
1193535		SUS		03		03		03		03		03	
DATA: 26/12/1988		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03	
CIRURGIA		ANESTESIA		INSTRUMENTADORA		DATA		BOLHO		FHA		CÓDIGO	
Joaquim Antonio de Sousa		Anestesia Geral		Joaquim Antonio de Sousa		26/12/1988		11:55		14:40		03	
REGISTRO		CONVÊNIO		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR	
1193535		SUS		03		03		03		03		03	
DATA: 26/12/1988		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03	
CIRURGIA		ANESTESIA		INSTRUMENTADORA		DATA		BOLHO		FHA		CÓDIGO	
Joaquim Antonio de Sousa		Anestesia Geral		Joaquim Antonio de Sousa		26/12/1988		11:55		14:40		03	
REGISTRO		CONVÊNIO		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR	
1193535		SUS		03		03		03		03		03	
DATA: 26/12/1988		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03	
CIRURGIA		ANESTESIA		INSTRUMENTADORA		DATA		BOLHO		FHA		CÓDIGO	
Joaquim Antonio de Sousa		Anestesia Geral		Joaquim Antonio de Sousa		26/12/1988		11:55		14:40		03	
REGISTRO		CONVÊNIO		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR	
1193535		SUS		03		03		03		03		03	
DATA: 26/12/1988		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03	
CIRURGIA		ANESTESIA		INSTRUMENTADORA		DATA		BOLHO		FHA		CÓDIGO	
Joaquim Antonio de Sousa		Anestesia Geral		Joaquim Antonio de Sousa		26/12/1988		11:55		14:40		03	
REGISTRO		CONVÊNIO		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR	
1193535		SUS		03		03		03		03		03	
DATA: 26/12/1988		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03	
CIRURGIA		ANESTESIA		INSTRUMENTADORA		DATA		BOLHO		FHA		CÓDIGO	
Joaquim Antonio de Sousa		Anestesia Geral		Joaquim Antonio de Sousa		26/12/1988		11:55		14:40		03	
REGISTRO		CONVÊNIO		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR	
1193535		SUS		03		03		03		03		03	
DATA: 26/12/1988		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03		VALOR: 03	
CIRURGIA		ANESTESIA		INSTRUMENTADORA		DATA		BOLHO		FHA		CÓDIGO	

[illegible]

15-12-2018

08:00 Paciente entrar convergente, quinto, com
suprimentos, ofensivo, Realizado Ponto no leito,
curativos no M16, M.C.P.H segue com curativos. Morte.

22:00 Paciente evolui segue com curativos nos
curativos da amplitude m. Partida 22:00 12/12/2018
M.C.P.H segue com curativos

PACIENTE:

por Anta Sotino de Silva

16/12

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H
- 4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 5 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM
- 6 CLEXANE 40MG 5C AS 20H
- 7 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H
- 8 SSVV-CCGG
- 9 Curativo Dantes
- 10

Dr. Yury Pinheiro
Ginecologia Obstetrícia
2019-06-10

TP Diferença (E)
TP pelo Superior de (E)

Exat, efetivo, e si determinado
diversos (E) encerrados (E) por 24h

cd vpm
Apresenta sintomas

Dr. Yury Pinheiro
Ginecologia Obstetrícia
2019-06-10

Gratin

16/12/18

Shore
08/12/18

P.A.

08/12/18

Fournit Amato marteau
coulant par son action
par marteau bonho no lito
curativo e marteau 55 cm
Aquei com marteau curativo de
equipe de marteau marteau.

por marteau a trace de
marteau no 16.12.18.
Pleuro

16/12/18

16/12/18

Shore

08/12/18

Fournit Amato marteau
coulant par son action
par marteau bonho no lito
curativo e marteau 55 cm
Aquei com marteau curativo de
equipe de marteau marteau.

17-12 09:02

PA=110X80

Realizado ventos mil (1000 mil)

alguns minutos

16/12

DATA - 17-12-18

HORA = 13:00

P.A. = 100 X 70

Paciente medicado e

segundo com unidade

de englobar

COMPANHIA
NACIONAL DE
SEGURANÇA
E
SAÚDE
NCS-100-100-100

2/2

2 3 4 5 6 7 8

10/12

11

12

13

14

15

16

14
12
13

2000000

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

Paciente, conselheiro, orientado,
sem apêndice no momento,
seguiu com cuidados de rotina

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-2

Nº PROMISSÃO:

12913411

for. para

1212/21/8

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JEICO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H ~~12/12/14~~
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
- 5 TRAMAL 100mg + S-O,9% 100ml EV 8/8h SN
- 6 TILATIL 20mg + ABD EV 12/12h SN
- 7 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV EM JEJUN PELA MANHÃ
- 8 CURATIVO
- 9 FISIO MOTORA ~~12/12/14~~
- 10 SSV+CCGG
- 11 CLEXANE 40 MG SC AS 20H ~~12/12/14~~

1

Felício A. Cruz
Médico Assistente
02/06/2019

for. para
for. para

LEITO 3-2

Ortopedia, em ambulatório
C.O. VPM

1

Felício A. Cruz
Médico Assistente
02/06/2019

ORTOPEDIA 1
LEITO 3-2

Nº PROMISSÃO: 1774440
GIDIM RODRIGUES

13936411

JOSÉ AOTUR

18/12/18

- 1 DIETA LÍQUIDA
- 2 JEJUNO SALINIZADO
- 3 DIPLOMA 1G + ABD EV 6/CH *id. 18/12/18*
- 4 NAUSEO 8mg/ml JFA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMAL 100mg + SPO 8mg 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 200mg + ABD EV 12/14H SN
- 7 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV EM JEJUNO PELA MANHÃ *id.*
- 8 CURATIVO M1 *id.*
- 9 FISIOTERAPIA M1 *id.*
- 10 SSV+CCGG M1 *id.*
- 11 CLEXANE 40 MG SC AS 20H *id.*
- 12 ANTIEMÉTICO 1G IV 1X/DIA SUSP

Dr. Edmar Fabiano A. Cruz
RM ORTOPEDIA - TRANSMISSÃO
CRM-PB 9907

Ex 14mm E
Ex 14mm E

EXATINER

LEITO 3-2

BEG, atenuado, com náuseas

CRM-PB

1

Dr. Edmar Fabiano A. Cruz
RM ORTOPEDIA - TRANSMISSÃO
CRM-PB 9907

AValiação CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: IDADE: SEXO: PROCEDÊNCIA: PROFISSÃO: DATA:

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligosintomática

SINTOMAS:

() Cefaleia () Dispneia de esforço () Palpitações () Dor precordial () Esforço () Tontura () Grande () Média () Tosse seca () Emboles () Frio () Sinopse () Pequena () Ortopneia () Expectoração () Alupica () Pós-prandial

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: () Distúrbio () Etilismo () Cirúrgico () Sedentarismo () Outros

Medicamentos em uso () Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

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

FC: bpm P.A.: mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: 18/12, 09:30

Abdome - Comentários: 13/12/18

Membros inferiores - Comentários: 120 x 80

5 - E.C.G.: Debuio Silva Lima

EX. Laboratorial:

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Ang. Maria Cavalcante Falcão
 COREN-PB 17.451-1E

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-2

ORIENTADOR: ~~DR. FREDERICO~~

1713641

Dr. Pedro

2022.1.8

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JEICO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 8/8H ~~3x 1g 8/8H~~
- 4 NAUSEEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMMAL 100mg + SFO 5% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHA ~~OK~~
- 8 CURATIVO
- 9 FÍSIO MOTORA
- 10 SSVV+COGG
- 11 CLEXANE 40 MG SC AS 20H
- 12 AMICACINA 4G IV 8/8H SC 1P

Dr. Eder Patrício A. Cruz
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Dr. Pedro B.
Fisioterapia

ORIENTADOR

LEITO 3-2

Dee, Atend. em enfermagem
Ch. um

Dr. Eder Patrício A. Cruz
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

IMC	PROCEDENCIA:	PROFISSAO:	DATA:
HOME	IDADE:	SEXO:	

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintotica

SM-OMAS

() Celatara	() Disposição de esforço	() Palmitáceas	() Euf. Praxandra	() Estorço
() Tonina	() Grande	() Média	() Toase Seca	() Tipica
() Emogós	() Fno	() Pos-praxial	() Alpic	() Pos-praxial

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

[illegible]

3. ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____
 () Eritema
 () Dálridemia
 () Clínico _____
 () Tabagismo
 () Sedenismo
 () Outros

Medizinisches Personal

4 - EXAMINE FISCOS:

() Estado Geral	() Bom	() Regular	() Comprometido	() Precário	() Alta	() Peso	Ap. Cardiovascular - Comentários
------------------	---------	-------------	------------------	--------------	----------	----------	----------------------------------

FC: _____ b.p.m PA: _____ mmHg

Ap. Paulino - Comentarios

~~Address - Comentarios 1990 - To: Medico, Portofino~~

—Membres infiriores - Comentaristas.

1-10-68

Figure 10.10: A plot of the function $f(x) = \sin(x)$ on the interval $[0, 2\pi]$. The x-axis is labeled from 0 to 2π with major ticks at $0, \pi/2, \pi, 3\pi/2, 2\pi$. The y-axis is labeled from -1 to 1 with major ticks at -1, 0, and 1. The curve starts at (0,0), reaches a maximum at $(\pi/2, 1)$, crosses the x-axis at $(\pi, 0)$, reaches a minimum at $(3\pi/2, -1)$, and ends at $(2\pi, 0)$.

8. CONCLUSÃO E DISCUSSÃO: O estudo realizado com o uso de um modelo de avaliação de risco de infecção de ferida cirúrgica, mostrou que a maioria dos pacientes avaliados apresentaram risco de infecção de ferida cirúrgica. A maioria dos pacientes avaliados apresentaram risco de infecção de ferida cirúrgica. A maioria dos pacientes avaliados apresentaram risco de infecção de ferida cirúrgica.

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

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-2

Nº PRONTUÁRIO: 171793641

JOSE ARTUR

05

FX FEMUR + PATELA D

LEITO 3-2

Dr. Roberto Medina

CDUFRM

23/10

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JEICO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H *Dr. Roberto Medina*
- 4 NAUSEEDRON 8mg/ml 15A + ABD EV 8/8H *Dr. Roberto Medina*
- 5 TRANMAL 100mg + SFG 5% 100ml EV 8/8H *Dr. Roberto Medina*
- 6 TILANTIL 20mg + ABD EV 12/12H *Dr. Roberto Medina*
- 7 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ *Dr. Roberto Medina*
- 8 CURATIVO *Dr. Roberto Medina*
- 9 FISIOTERAPIA *Dr. Roberto Medina*
- 10 SSVV+CEG *Dr. Roberto Medina*
- 11 CLEXANE 40 MG SC AS 20H *Dr. Roberto Medina*

Dr. Roberto Medina
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

Dr. Roberto Medina
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

AValiação CARDIOlógica COM RISCO CIRúRGICO

SEXO:

ROADS.

PROFESSOR:

PROCEDENCIA.

DATA

08x00:Yc21/r0

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() စာအုပ်အသစ်များ

2/1/20

SYNOPSIS

Sinopse
Pequena
Ortografia
Expectoracao
Atipica
(Pos-prandial)

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

[illegible]

COMMENTS

502057 KMM570

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

DPDC ()
Insuficiencia Coronaria ()
Aguda () Crónica ()

Hipertensão Pulmonar
 Insuf. Cardíaca Congestiva
 Insuf. Renal

Hipertensão Arterial Sistêmica
Diabetes Mellitus
Arteriosclerose

Algebra & Modelling

Tabagismo
Sedentarismo
Outros

.....) Cirugía

21480151C ()

GEN() GEN USE SOFTWARE: PEP

000000

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Perdoado () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Coronaries.

Don PA:

បង្អស់

S. P. Resprando - Comments...

Anderson - Comments

NETFOS INCORPORATED • 3074110000

903-5

781846-1946, 781846-1947

B - CONCLUSÃO RISCO CIRCUNSTANCIAL:

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

ASS. DO MEDICO

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-2

Nº PRONTUÁRIO:

1793641

for Adm

21-12-18

1 DIETA LIVRE *Assadura*

2 JELCO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H *18-24-18*

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN

5 TRAMAL 100mg + SFQ 5% 100ml EV 8/8H SN

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ

8 CURATIVO

9 FISIQ MOTORA

10 SSIV+CCGG

11 CLEXANE 40 MG SC AS 20H

18-12-18

Dr. Edmar Fábido A. Cruz

MR. ORÇEDOR-TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

Ex perna E

Ex perna E

LEITO 3-2

BEG, 25/12/18, 17h 30min

Ex V. 18h

1

5

Dr. Edmar Fábido A. Cruz

MR. ORÇEDOR-TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

FX FEMUR + PATELA D

LEITO 3-2

E.F.C. 2019/11/11
CD-VPM

Dr. Over
MR Otoneda
CRM-PE

ORTOPEDIA 1
LEITO 3-2
N.º PRONTUÁRIO: 171793641
JOSE ARTUR

- 23/12
- 1 DIETA LIVRE
 - 2 JELCO SALINIZADO
 - 3 DIPIRONA 1G + ABC EV 6/6H 1/3 1/6 1/6 1/6
 - 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA 1/8 ABD EV 8/8H SN
 - 5 TRAMAL 100mg + SFQ 9% 100ml EV 8/8H SN
 - 6 TILATIL 20MG + ASD EV 12/12H 1/2 1/2
 - 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM MEIO PELA MANHA 1/2
 - 8 CURATIVO
 - 9 FISIO MOTORA
 - 10 SSVV+CCGG
 - 11 CLEXANE 40 MG SC ÀS 20H 1/2

Dr. E.
MR Otoneda
CRM-PE

82-12-18

8A-120180

4-12.30

facetas, avorzi sem
medicamento, agulhas,
fios

João
Mendes
Coutinho
TE
11/11/2018
COREN-PB

P.A = 120x80

20:00hs P.e.t. segue sem quiosco e
nos auditórios da equipe.

Lara Natália da Silva
COREN-PB 1282534-TE

24.12.18 ELS FA: 110460 mmHg.

Pto em Beto, segue sem queixas ou
intervenções - M.C.P.us

Valença

24-12-18

14-19,40

16-12/30

Paciente evolui com
embolia de encefalo

Assist
Assist Médico de Anestesiologia
Assist. Méd. 11-930-TE

23/12/2018-04:00

12. 240x40

Fora da corrente
superfície apertada
superfície apertada
curvatura de 1/100m

RECEBIMOS DO
SISTEMA DE
CONTROLE DE
QUALIDADE

23/12/2018-04:00

12. 130x90

Fora da corrente, apertado
superfície apertada
de 1/100m

RECEBIMOS DO
SISTEMA DE
CONTROLE DE
QUALIDADE

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-2

Nº FORTUÁRIO: 171793641

JOSE ARTUR

1 DIETA LIVRE 22:00 00:00

2 JEICO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 12:00 OK

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H 5H

5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H 5H

6 TILATIL 20mg + ABD EV 12/12H 5H

7 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ

8 CURATIVO

9 FISIOTERAPIA

10 SSVV-CCGG

11 CLEXANE 40mg SC AS 20H

20 SUSP

[Handwritten signature]
Dr. José Artur

FX FEMUR + PATELA D

LEITO 3-2

Bec, exame 11/6/2019

CD:VEN

[Handwritten signature]
Dr. José Artur

ORTOPEDIA 1
LEITO 3-2

Nº PRONTUÁRIO: 171793641

JOSE ARTUR

26.03.18

1. DIETA LIVRE
2. JELCO SALINIZADO
3. DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H *18/18/18/18*
4. NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
5. TRAMAL 100mg + SFO 9% 100ml EV 8/8H SN
6. TILATIL 20mg + ABD EV 12/12H SN
7. OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ
8. CURATIVO
9. FÍSIO MOTORA
10. SSVV+CCGG
11. CLEXANE 40 MG SC AS 20H

20-05-19

Dr. Euler Roberto A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 2627

FX FEMUR + PATELA D

LEITO 3-2

DEG, 565460, 17m - 18/06/2018

CG Vm

Dr. Euler Roberto A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 2627

Handwritten notes at the top of the page, including "Handwritten" and "Handwritten" repeated.

Handwritten notes in the middle section, including "Handwritten" and "Handwritten" repeated.

Handwritten notes at the bottom of the page, including "Handwritten" and "Handwritten" repeated.

Handwritten notes on the right side of the page, including "Handwritten" and "Handwritten" repeated.

GOVERNO
DO PARANÁSECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:	JOÃO DA SILVA										PRONTUÁRIO		
IDADE:	30 ANOS										954		
SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	COR:	B <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	PESO:	70 kg	ALTURA:	1,70 m	CLÍNICA:	ENF:	LEITE

DADOS CLÍNICOS:

Dor no dorso

RAIO X
REALIZADO EM:
14/06/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RX de COTA (C) AP e Dorsal
RX de JOINTS (C) AP e Perfil

Francisco Claudio A. Ferreira
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PB: 5435

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

14/06/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME:

IDADE:

SEXO:

IMC:

PROCEDÊNCIA:

PROFISSÃO:

DATA:

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Tontura () Grande () Média () Tosse Seca () Eructos () Frio
() Cefaleia () Dispneia de esforço () Palpitações () Dor Precordial () Esforço
() Relacionado () Não relacionado

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: () Tabagismo () Sedentarismo () Outros
() Psoríase () Etilismo () Cirúrgico () Outros

Medicamentos em uso () Não

() Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Alta () Peso
Ao. Cardiovascular - Comentários:

FC: b.p.m P.A.: mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: 23-12-18 18:10:00

Al. Respiratório - Comentários: 23-12-18 18:10:00

Membros Inferiores - Comentários:

5 - E.C.G.:

Ex. Laboratoriais:

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

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

Ass. do Médico
Ass. do Médico
Ass. do Médico

Sr(a): JOSE ARTUR S.
End(a): EULER FABRICIO A. CRUZ
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDESProtocolo: 0000441810
Data: 21-12-2018 11:21
Idade: 24 anosRG: NÃO INFORMADO
Origem: CLÍNICA ORTOPÉDICA
Destino: ENF 03 - LIG

HEMOGRAMA

[09:04 DA COLETA: 21/12/2018 11:19]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
V.C.M.....
R.C.M.....
C.H.C.M.....4,1 milhões/mm³
12,5 g/dL
37,8 %
92 fL
30 pg
33 g/dL4,7 a 5,5 milhões/mm³
12,5 a 18,0 g/dL
40,5 a 52,5 %
87,0 a 102,0 fL
27,0 a 31,0 pg
32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....

8.400 /mm³
(%)(/mm³)5.000 a 10.000 /mm³

Neutrófilos

Promielócitos.....
Mielócitos.....
Metamielócitos.....
Bastonetes.....
Segmentados.....
Eosinófilos.....
Basófilos.....0
0
0
2,0
74,0
1,0
00
0
0
168
6.216
84
040 a 70 % - 1.000 a 8.500 / mm³
0,5 a 5,0 % - até 500 / mm³
0 a 2,0 % - até 100 / mm³

Linfócitos

Típicos.....
Atípicos.....
Monócitos.....
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....20,0
0
3,0
235.000 mm³1.680
0
25220 a 40 % - 1.000 a 3.500 / mm³
2,0 a 10 % - até 1.000 / mm³
150.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Seldur Farias Cavalcanti
Biólogo
CRM - 7494

União : 21/12/2018 10:42 - Página 1 de 2

SABEMI - REC. EM 11 JUN 2019

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A269-F800-3998-44E0-CE6B-2JCC-4AC3-0DDC

Laboratório
NewlabPNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

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

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:	JOÃO BATISTA										PRONTUÁRIO
IDADE:	20										
SEXO:	M	F	B	P	A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEIT.	
								Adm 1	3	2	

DADOS CLÍNICOS:

PDS-OP

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx Caxa esquerda, AP e Perfil
 Rx Joelho esquerdo, AP e Perfil

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA: 26.10.18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. João Batista
 MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 58937

GOVERNO DA PARAIBA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome:	Registro:	Leito:	Sector Atual:
2. AVALIAÇÃO GERAL			
Sinais vitais: Tax:	% P:	bpmm, FR:	mmHg, PA:
HGT:	mg/dl, Paso:	Kg, Altura:	cm Dor: () Local:
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:			
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOMOTRIZES			
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA			
Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro			
GLASGOW/3-15:			
Droga (Sedação/Analgesia):			
Pupilas: () Mesocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorregêntes () Mioticas () Midriáticas			
Mobilidade Física: () Preservada () Parética () Plegia () Paréstesia Local:			
Linguagem: () Qual? () Distúrbio () Afasia () Disfasia () Disartria.			
Obs:			
OXIGENACÃO			
Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % U/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T			
() VMNI () VMI TOT nº			
Comissura labial nº			
FIO2 - % PEEP cmH2O			
() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:			
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () D () E			
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:			
Tosse: () Improdutiva () Produtiva			
Expectoração: () Quantidade e aspecto:			
Aspiração: Quantidade e aspecto:			
Dreno de torax: () D () E () Selo d'água:			
Data de inserção do dreno: / /			
Aspecto da drenagem torácica:			
SPO2: Data: / / Hora:			
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS			
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:			
SEGURANÇA FÍSICA			
() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulsos: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.			

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turbância jugular. () Precordialgia ()	Drugs vasotivas: () Quais?	Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção, Localização: <u>MSF</u>	Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	Tipo somático: () Nudo () Emagrecido () Caquético () Obeso.	Unificação: () Completa () Incompleta () Prótese.	Alimentação: () IVG () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: <u>1</u> Data: <u>1</u>	Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD. Débito ml/h:	Aspecto: () Outros:	INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	Condição da pele: () Úmida () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Clorótica. Turgor da pele: () Preservado	Condições das mucosas: () Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	Inleção cirúrgica: () Local/Aspecto:	Dreno: () Tipo/Aspecto:	Úlcera de pressão: () Estágio: <u>1</u> Local: <u>1</u> Descrição: <u>1</u> Curativo em: <u>1</u> Retirado em: <u>1</u>	CUIDADO CORPORAL	Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	Limpeza física: () Acamada () Cadeira de rodas () Outro:	SONO E REPOUSO	() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	Comunicação: () Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	5 - NECESSIDADES PSICOSPÍRITUAIS	RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	INTERCORRÊNCIAS	<u>MSF</u> <u>45F</u> <u>gastro-est</u>	DATA: <u>27/12/18</u> HORA: <u>8:00h</u>	Canabio e Assinatura do Enfermeiro:	FOUNTE: ENFERMEIRO B. C. Colêta de dados por meio de grupo focal, Porto Alegre (2009).
---	--	-----------------------------	--	---	--	---	---	--	---	---	---	--	--	--	----------------------	-------------------------------------	---	--	---	---------------------------------------	--------------------------	--	------------------	---	--	---	----------------	--	--	---	--	----------------------------------	---	---	-----------------	---	--	-------------------------------------	--

GOVERNO DA PARAIBA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
1. IDENTIFICAÇÃO		Setor Atual: <u>UTI</u>	
Nome: <u>JOÃO CARLOS</u>		Registro: <u>1111</u>	
Leito: <u>11</u>		Setor Atual: <u>UTI</u>	
2. AVALIAÇÃO GERAL			
Sinais vitais: Tax: <u>90</u> bpm; FR: <u>18</u> lpm; PA: <u>120/80</u> mmHg; FC: <u>90</u> bpm; SPO2: <u>98</u> %		Obs.: <u></u>	
HGT: <u>1,70</u> m; Id: <u>45</u> anos; Peso: <u>70</u> kg; Altura: <u>1,70</u> m; Dor: <u>0</u> Local: <u></u>		Obs.: <u></u>	
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:			
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS			
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA			
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Outro			
GLASCOW (3-15):			
Drogas (Sedação/Analgesia): <u></u>			
Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> D>E <input type="checkbox"/> E>D <input type="checkbox"/> Fotorreagentes <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríaticas			
Mobilidade Física: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Plegia <input type="checkbox"/> Parestesia Local: <u></u>			
Linguagem: <input type="checkbox"/> Qual? <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disfasia <input type="checkbox"/> Disertia			
Obs: <u></u>			
OXIGENIZAÇÃO			
Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Cateter Nasal <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> % l/min <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Ayre/Tubo T			
() VMNI () VMI TCT nº <input type="checkbox"/> Comissura labial nº <input type="checkbox"/> FIO2 <input type="checkbox"/> % PEEP <input type="checkbox"/> cmH2O			
() Eupneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Outros: <u></u>			
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> D () E			
Ruidos adventícios: <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> Outros: <u></u>			
Tosse: <input type="checkbox"/> Improdutiva <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Expectoração: <input type="checkbox"/> Quantidade e aspecto: <u></u>			
Aspiração: Quantidade e aspecto: <u></u>			
Dreno de tórax: <input type="checkbox"/> D () E () Solo d'água: <u></u>			
Aspecto da drenagem torácica: <u></u>			
Data de inserção do dreno: <u></u> / <u></u> / <u></u>			
Gasometria arterial: PH <input type="checkbox"/> PCO2 <input type="checkbox"/> PO2 <input type="checkbox"/> HCO3 <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> SPO2 <input type="checkbox"/> Data: <u></u> / <u></u> / <u></u> Hora: <u></u>			
PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS			
Alteração: <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Tato <input type="checkbox"/> Olfato <input type="checkbox"/> Paladar Observação: <u></u>			
SEGURANÇA FÍSICA			
() Tranquilo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Risco de queda. Observação: <u></u>			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Impalpável <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Chelo			

Pele: () Corada () Hipocorada () Ciense () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()	
Precordialgia: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcopasso: () Transitório () Definitivo	
Cálculo vascular: () Portístico () Central () Dissecção Localizada () SCD	
Edema: () MMS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Prisão () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h.	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica. Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Ralado em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - Necessidades Psíquicas	
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - Necessidades Psíquicas	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
DATA: 05/12/18 HORA: 10:50h	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome: José Almir Gonçalves		Registro:	Leito: 3.2
Setor Atual: 04-p.I			
2. AVALIAÇÃO GERAL			
Sinais vitais: Tax:	% P:	bpm: FR:	mmHg: PA:
			mmHg: FC:
		bpm: SPO2:	%
HGT:	kg: Altura:	cm	Locat:
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:			
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOMOTRÍCIAS			
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA			
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Outro			
GLASGOW (3-15):			
Drogas (Sedação/Analgesia):			
Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocóncas <input type="checkbox"/> Anisocóncas <input type="checkbox"/> D>E <input type="checkbox"/> E>D <input type="checkbox"/> Fotorreagentes <input type="checkbox"/> Mídricas <input type="checkbox"/> Midríaticas			
Mobilidade Física: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Parêsa <input type="checkbox"/> Plégia <input type="checkbox"/> Parêstia Local: <i>MLL</i>			
Lingagem: <input type="checkbox"/> Qual? <input type="checkbox"/> Distonia <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disfasia <input type="checkbox"/> Disartria			
Obs:			
REGULAÇÃO			
Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Cateter Nasal <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> l/min <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Ayre/Tubo T			
VMI TOT nº <input type="checkbox"/> Comissura labial nº <input type="checkbox"/> FIO2 <input type="checkbox"/> % PEEP <input type="checkbox"/> cmH2O			
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Outros:			
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E			
Ruidos adventícios: <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> Outros:			
Tosse: <input type="checkbox"/> Improdutiva <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Expectoração: <input type="checkbox"/> Quantidade e aspecto:			
Aspiração: Quantidade e aspecto:			
Dreno de tórax: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Selo d'água:			
Data da inserção do dreno: / /			
Aspecto da drenagem torácica:			
Gasometria arterial: PH <input type="checkbox"/> PCO2 <input type="checkbox"/> PO2 <input type="checkbox"/> HCO3 <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> SPO2 <input type="checkbox"/> Data: / / Hora: <input type="checkbox"/>			
PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS			
Alteração: <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Tato <input type="checkbox"/> Olfato <input type="checkbox"/> Paladar Observação:			
SEGURANÇA FÍSICA			
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulsos: <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Impalpável <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Chelo.			

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorosa () Fria () Aquedra	Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turbência jugular: ()	Preordialgia ()	Drugs vasotivas: () Quais?	Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	Cateter vascular: () Peritico () Central () Deseng. Localização: <u>MSF</u> Data da punção: <u>10/10/18</u>	Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	Tipo somático: () Ruído () Emagrecido () Caquético () Obeso.	Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	Alimentação: () VO () SNG () SNE () Cateterismo () Jejunoostomia () NPT. Hora: <u>11</u> Data: <u>10/10/18</u>	Alterações: () Inapetência () Distúrgia () Intolerância alimentar () Vômito () Prôse () Outros:	Abdomem: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Consípida há dias () Outros:	Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD. Débito ml/h:	Aspecto: () Outros:	Observações:	INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica () Turgor da pele: () Preservado	Condições das mucosas: () Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	Inteiro cirúrgica: () Local/Aspecto:	Dreno: () Tipo/Aspecto:	Local: Débito: Retirado em: Curativo em:	Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Débito: Curativo em:	CUIDADO CORPORAL	Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	Limitação física: () Jacamado () Cadeira de rodas () Outro:	SONO E REPOUSO	() Preservado () Incha () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	COMUNICAÇÃO, GRÊGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	5 - NECESSIDADES SICOESPIRITUAIS	RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	INTERCORRÊNCIAS	<u>Aguarda cirurgia em MTE.</u>	DATA: <u>10/10/18</u> HORA: <u>10:43</u> h	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	<u>Janete S. Cruz Gondim</u> ENFERMEIRA COREN 10.008.000	FOUNTE: RORINHAO, R.C. (2009) de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).
---	---	------------------	-----------------------------	--	--	--	---	--	--	--	---	---	--	---	--	----------------------	--------------	-------------------------------------	---	---	---	---------------------------------------	--------------------------	--	---	------------------	---	---	--	----------------	--	--	---	---	----------------------------------	---	---	-----------------	---------------------------------	--	-------------------------------------	--	--

GOVERNO DA PARAIBA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome: <i>MC. BIANCA SANTANA DA SILVA</i>		Registro:	Leito: <i>3-3</i>
Setor Atual: <i>ORL</i>			
2. AVALIAÇÃO GERAL			
Sinais vitais: Tax: <i>90</i> P: <i>60</i> bpm; FR: <i>12</i> bpm; PA: <i>100/60</i> mmHg; FC: <i>90</i> bpm; SPO2: <i>98</i> %		Obs: <i>em</i> Dom () Local: <i>em</i>	
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:			
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS			
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA			
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Outro			
GLASGOW (3-15):			
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mídricas () Midríaticas			
Mobilidade Flexor: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Paralisia () Plegia () Parestesia Local			
Linguagem: () Qual? () Distonia () Alasia () Disfasia () Disartria			
Obs:			
4. GENERAÇÃO			
Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Cateter Nasal () Venturi <input type="checkbox"/> VMI TOT nº <input type="checkbox"/> VMI n° <input type="checkbox"/> Comissura labial nº <input type="checkbox"/> FIO2 <input type="checkbox"/> % PEEP <input type="checkbox"/> cmH2O			
() Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:			
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E			
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:			
Tosse: () Improdutiva () Produtiva <input type="checkbox"/> Expectoração: () Quantidade e aspecto:			
Aspiração: Quantidade e aspecto:			
Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:			
Data de inserção do dreno: / /			
Aspecto da drenagem torácica:			
Gasometria arterial: PH <input type="checkbox"/> PCO2 <input type="checkbox"/> PO2 <input type="checkbox"/> HCO3 <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> SPO2 <input type="checkbox"/> Data: / / Hora: <input type="checkbox"/>			
PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS			
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:			
SEGURANÇA FÍSICA			
() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio			

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<) < 3 segundos; (=) > 3 segundos; () Turgência jugular ()	
Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateeter vascular: (X) Perfuração () Central () Dissecção. Localização: M5	
Data de punção: 15/04/2015	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
Alimentação e Eliminações (Intestinal e Urinária)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: GAVO () SNG () SNE () Gastrostomia () NPT. Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Prisão () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoalívios () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida (X) Constipado há 6 dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD. Débito m/h:	
Aspecto: () Outros: Observações:	
Integridade física e cutâneo-mucosa	
Condição da pele: (X) Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Débito: Retirado em: / / Curativo em: / /	
Cuidado corporal	
Cuidado corporal: (X) Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (X) Acumada () Cadeira de rodas () Outro:	
Sono e repouso	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
Comunicação, Gregária e Segurança Emocional	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:	
5 - NECESSIDADES PSICOLÓGICAS	
Religião / Religião e/ou Espiritualidade	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
at 13:18 às 16:40h pelo com dor em M5, segue medicado e p.m. Aus	
Carla R. L. Porto Queiroz	
COREN-PR 196371-ENP	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
Carla R. L. Porto Queiroz	
COREN-PR 196371-ENP	
DATA: 20/04/15	
HORA: 15:40 h	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO		Nome: <i>João Antônio</i>	
2. AVALIAÇÃO GERAL		Sinais vitais: Tax: _____	
C. P.:		bpm; FRC	lpm; PA
mmHg; FC:		bpm; SPO2:	%
Obs.:		cm Dor: () Local:	
Kg; Altura:		m; Idade:	
3. EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:			

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Outro
Pupilas:	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> D>E	<input type="checkbox"/> E>D	<input type="checkbox"/> Fotomorgagnies	<input type="checkbox"/> Mídicas	<input type="checkbox"/> Midriáticas
Mobildade Física:	<input type="checkbox"/> Preservada	<input type="checkbox"/> Parética	<input type="checkbox"/> Plégia	<input type="checkbox"/> Parastesia	Local:	<i>MTC</i>	
Linguagem:	<input type="checkbox"/> Qual? <input type="checkbox"/> Distonia <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Distasia <input type="checkbox"/> Disartria						

Obs:

XIGENAGAO

Respirograma:	Esponthanea ()	Cateter Nasal ()	Venturi ()	%	Vmin ()	Traqueostomia ()	Ayre/Tubo T
()	VMI TOT nº	Comissura labial nº	FlO2	% PEEP	cmH2O		
()	Eupneia ()	Taquipneia ()	Bradipneia ()	Dispneia ()	Outros:		
Ausculta pulmonar:	Murmuro vesicular presente ()	Diminuidos ()	D ()	E			
Ruidos adventícios:	()	Roncos ()	Sibilos ()	Estridor ()	Outros:		
Tosse:	()	Improdutiva ()	Produtiva ()	Expectoracao:	()	Quantidade e aspecto:	
Aspiração:	Quantidade e aspecto:						
Data da inserção do dreno	/	/	/			Dreno de torax: ()	D ()
Aspecto da drenagem torácica:						Selo d'água:	
Gasometria arterial:	PH	PCO2	PO2	HCO3	EB	SPO2	
						Data:	/
						Horas:	/

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Missão () Mudança () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

<input checked="" type="checkbox"/>	Tranquilo ()	Agitado ()	Agressivo ()	Risco de queda Observação:
-------------------------------------	---------------	-------------	---------------	----------------------------

REGULACAO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpable () Filiforme () Chelo.

GOVERNO DA PARALIBA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome: <i>Letícia Gonçalves</i>		Registro:	Leito: <i>39</i>
Setor Atual:		<i>07101</i>	
2. AVALIAÇÃO GERAL			
Sinais vitais: Tax:	% P:	bpm: FR:	lpm: PA:
mmHg: FC:	bpm: SPO2:	% :	
HGT: mg/dl: Peso: Kg: Altura: cm: Dor: () Local: Ots.:			
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:			
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS			
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA			
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Outro			
GLASGOW (3-15):			
Droga (Sedação/Analgesia):			
Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocóncas <input type="checkbox"/> Anisocóncas <input type="checkbox"/> D>E <input type="checkbox"/> E>D <input type="checkbox"/> Fotorreagentes <input type="checkbox"/> Mídricas <input type="checkbox"/> Midrílicas			
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: <i>Frequente</i>			
Linguagem: () Clara? <input type="checkbox"/> Distúrbio () Afasia () Disfasia () Disartria.			
Obs:			
REGULAÇÃO			
Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T			
() VMI n° () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O			
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () D () E			
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:			
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:			
Aspiração: Quantidade e aspecto:			
Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:			
Data de inserção do dreno: / /			
Aspecto da drenagem torácica:			
Gaseometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:			
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS			
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:			
SEGURANÇA FÍSICA			
() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Chelo.			

GOVERNO DA PARAIBA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
1. IDENTIFICAÇÃO		2. AVALIAÇÃO GERAL	
Nome:	Registro:	Letto:	Sector Atuel:
Sinais vitais: Tax: °C: P: bpm: FR: mmHg: PA: mmHg: FC: bpm: SPO2: %		Obs.:	
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:			
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOMOTORIAS			
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA			
Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Contuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro			
GLASGOW/3-15:			
Drogas (Sedação/Analgesia):			
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorresistentes () Mídriacas () Mídriacas			
Mobilidade Física: () Preservada () Pareia () Plegia () Parastesia Local:			
Linguagem: () Quer? () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.			
Obs:			
REGULAÇÃO			
Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % I/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T			
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O			
() Eupneia () Taquipneia () Bradipneia () Dispneia () Outros:			
Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () D () E			
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:			
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoratório: () Quantidade e aspecto:			
Aspiração: Quantidade e aspecto:			
Data da inserção do dreno: / / Aspecto da drenagem torácica:			
Gasometria arterial: pH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:			
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS			
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:			
SEGURANÇA FÍSICA			
() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.			

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANALISES CLINICAS

GOVERNO
DA PARAIBA



SUS
Sistema
de
Unico
de
Saude

Nome:

JOSE ARTUR S.

Endr:

ELIER FARRUGIA L. CRUZ

Constitui: **HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES**

Idade:

24 anos

Data:

21-12-2018 11:21

Origem:

CLINICA ORTOPEDICA

Diagnos:

INF. L. 02

RG:

NÃO INFORMADO

TEMPO DE SANGRAMENTO

1' 30"

Tempo de sangramento

Tempo de sangramento

Tempo de sangramento

Tempo de sangramento

TEMPO DE COAGULACAO

7' 00"

Tempo de coagulação

Tempo de coagulação

Tempo de coagulação

Tempo de coagulação

Dr. J. A. L.
Coordenador Geral
CRM: 1794

IDENTIDADE Nº 01061 DATA EXP: 23/08/2013
DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS X SIM ☐ NÃO ☐
VALIDADE INDETERMINADA

POLEGAR DIREITO

Ass. Francisco de Paula

ASSINATURA DO TITULAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
CONSELHO REGIONAL 16ª REGIÃO
TÉCNICO EM RADIOLOGIA CRTR N° 021517

NOME: JOSE RAMOS DE ARAUJO
FILIAÇÃO: SEVERINO DANIEL DE ARAUJO
IZAURA RAMOS DE QUEIROZ

DATA NASC. 11/08/1962 NATURAL: Taperoá/PB
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CPF: 408.289.644-91
CART. IDENT. Nº: 71.8496 ORG. EXP: SSP/PB
HABILITAÇÃO: RADIODIAGNOSTICO

Fontaine de Aregio Seve
DIRETOR-PRÉSENTÉ

CONSELHO REGIONAL DE RADIOLOGIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	3.950.715	DATA DE EXPEDIÇÃO	30/03/2011
NOME JOSÉ ARTHUR SANTINO DA SILVA			
FILIAÇÃO MARCONE SANTINO DA SILVA SEVERINA BELARMINO DA SILVA			
NATURALIDADE	FAGUNDES-PB	DATA DE NASCIMENTO	12/12/1994
DOC. ORDEM NASC. N. 18170 FLS. 55V LIV. A-18 CARTÓRIO FAGUNDES-PB			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.119 DE 28/08/93			
ESTADO DA PARAÍBA		P. 917	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL		INSTITUTO DE FISCALIZAÇÃO E DESEMPENHO DA CARTEIRINHA	
+ José Arthur Santino da Silva			
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

Ministério da Fazenda Receita Federal		CÓDIGO DE CONTROLE	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF		75C3.C753.F328.9B30	
Número 104.714.194-94			
Nome JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA		Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil às 13:30:12 do dia 21/03/2018 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00	
Nascimento 12/12/1994		VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO	

N.º 014082723125

14210089244
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

01-89-00014770-0
DATE/TIME

LEANDRO
RUA ALVARO
GALVÃO
56446000/POVIM GR/IDL-PB
089002631

CARLOS STENIO DE LIMA RAMOS

NOVO 1 PB
CLASS
D52MD34004RQ41J71

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLISTA/NAO APPLIC

100	250	200
-----	-----	-----

201/249 / CI
PARTIC
BRANCA

ORREINHAÇOS
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N-Hexyl : MD3GE-901 3/13

13/12/20

EM BRANCO

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIVADO
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

NOMAL DE COLAPRADO

VALORI DI

3102956

OFFICER: DL 678.291-67

ENDPAGE 20

Wm. G. Bond - 1857

L. Grande 28/12/19
 X Grande di S. Vittoria
 ASSINATURA DO PROPRIETARIO

ASBINA: UNA DO PROFITETARIO (VENDENDO)

1) O contribuinte tem a obrigação legal de conservar e vender o veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, após a data de sua desativação, sob pena de responderem judicialmente impostas e suas consequências, até a data da cancelamento (ver Federal nº 2.053 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).

b) O contribuinte tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da aquisição, para providenciar a transferência do veículo, para seu nome, sob pena de incorrer em multa de trânsito (Art. 230 do CTB).

c) O contribuinte tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da aquisição, para providenciar a transferência do veículo, para seu nome, sob pena de incorrer em multa de trânsito (Art. 230 do CTB).

DE ACORDO: *V. Paulo* *Carlini Maciel*
ASSINA VILA DO POBRE 1000

5" *Ensispilina* sp. (1950s)
Paco, Venezuela; 10-1200 ft. (1950s)

Edg. Lubat • Campos Oliveira • J.B.
C.F. M. P. 1997 • Rev. (10) 1241-1243

LEANDRO DE MELO SILVA

DORE, CAMPINA GRANDE/RN - 30
Substituta: NELIA MELLO LUCAS
SPOLICINAI/AP62630-1/4-97

Consulte a www.legislativo.org.br para obter o texto integral do Projeto de Lei nº 2009, de 2009, e o texto integral do Projeto de Lei nº 2010, de 2009.

Farley's 2001 Alpha 6000
This Mercedes-Benz Hybrid is a 2001 6-cylinder

Edi Lurza, Creative Director, P3
C/E: 861.000025 • Fone: (907) 231-1616

recomendo, por autenticidade, a(s) firma(s) de PAULO CESAR NASCIMENTO

Dou re, Campina Grande/PB - 30/05/2019

Seid Digital AP 52634-SZ1P

Consulte a autenticidade em <http://www.diogital.com.br>

Environ Biol Fish (2015) 98:163–176

Metropolitano
Substituto
Oficio
08

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375007 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO E FRATURA DA PATELA ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE DEAMBULANDO ATIVAMENTE, REFERE DOR AOS ESFORÇOS, APRESENTE DEFICIT DE FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO ADM (0-90).

Resultados terapêuticos: FRATURA CONSOLIDADA DE FEMUR E PATELA

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 05/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375007 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO E FRATURA DA PATELA ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE DEAMBULANDO ATIVAMENTE, REFERE DOR AOS ESFORÇOS, APRESENTE DEFICIT DE FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO ADM (0-90).

Resultados terapêuticos: FRATURA CONSOLIDADA DE FEMUR E PATELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/07/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375007 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DISTAL E DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS / BANDA DE TENSÃO) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2/18

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375007 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DISTAL E DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS / BANDA DE TENSÃO) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2/18

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198402/19

Número do Sinistro: 3190375007

Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

CPF: 104.714.194-94

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentos de identificação

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/06/2019
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO
CPF: 408.289.644-91

JOSE RAMOS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019
Nome: BRUNA SILVANA BARDALHO VISSOTTO
CPF: 016.648.740-62

BRUNA SILVANA BARDALHO VISSOTTO