
Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190211602

Vítima: JOSE PAULO MARTINS

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PAULO MARTINS

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

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190211602

Vítima: JOSE PAULO MARTINS

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE PAULO MARTINS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

Nº do sinistro ou ASL: 0094552/19 CPF da vítima: 033.684.684-30 Nome completo da vítima: JOSE DAULO LOPES FERREIRA

Nome completo: JOSE DAULO LOPES FERREIRA Profissão: Centro Baixo: Centro E-mail: 83 991928028

CPF: 033.684.684-30 Número: 019 CEP: 58281000 Tel.(DDD): 83 991928028

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

RENDAS MENSAL: ☒ R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 55709 CONTA: 9

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

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

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 atenda 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 assinalado, 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima: Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Vitima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não

Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vitima deixou falecidos: ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima ou beneficiário: CPF: Nome: Local e Data, 20/03/2019

Assinatura de quem assina A ROGO: CPF: Nome: Local e Data, 20/03/2019

Assinatura do Representante Legal (se houver): Assinatura do Procurador (se houver)

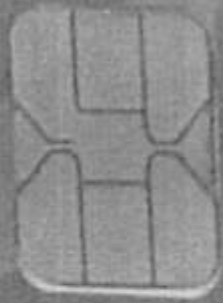
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

(*) A vítima/beneficiário não atestado não atestado

CAIXA

POUPANÇA



6277 8015 5893 4174

6277

VALIDO ATÉ
06/21

JOSE PAULO MARTINS
1024 013 00055709-4

elo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL



Livro nº 01/2019

Ocorrência nº. 087/2019

Aos 11 dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALVANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 11h:42min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSÉ PAULO MARTINS, conhecido por _____, Identidade nº 2.299.700-SSP/PB, CPF nº _____, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: carpinteiro, filho(a) de Maria José Martins e pai não declarado, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 16/01/1979, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Lourenço, S/N nº _____, bairro Centro – Curral de Cima/PB, tendo como ponto de referência: _____, fone(s) para contato: (83)- 99355-6870.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 1 de setembro de 2018;
- 3) HORÁRIO: 20h:0min;
- 4) LOCAL: PB-085 nº _____, bairro _____ – Pedro Régis/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de traumas de João Pessoa-Pb;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/NXR150 BROS, NIV: 9C2KD0520AR039873, cor preta, ano/modelo: 2010, placa: NQB-6595/PB, licenciado em nome de: TIAGO EUFRAZIO DA SILVA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o notificante conduzia a motocicleta acima referida, quando foi atingido na traseira, por um veículo não identificado, cujo condutor evadiu-se do local, deixando o notificante no chão; QUE em seguida foi socorrido para o hospital de traumas de João Pessoa.

9) OBSERVAÇÕES:

NÃO HOUVE.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

José Paulo Martins

JOSÉ PAULO MARTINS
Comunicante

Kennedy de Carvalho Andrade
Escrivão/Agente Mai nº 155.335-6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0094552/19	CPF da vítima: 033.684.684-30	Nome completo da vítima: Jose Paulo (Monteiro)
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Jose Paulo Monteiro	CPF: 033.684.684-30	
Profissão: Capitão	Endereço: Antonio Fernandes	Número: 314
Bairro: centro	Cidade: Quinal de Arma	CEP: 58281000
E-mail:	Estado: PB	Tel.(DDD): 83 991928029

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0024	CONTA: 55709	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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 assinalado, 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Pessoa 20/03/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x José P. Amor Martins

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332156700

Boletim de Atendimento: 1105669



Identificação do paciente

ID 1322116	Nome JOSE PAULO MATIAS	Sexo Masculino
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 39 anos 7 meses 17 dias	Estado civil Prontuário
Mãe MARIA JOSE MATIAS	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	Religião
Escolaridade	DDD Móvel 00	DDD Fixo
Fone Móvel 00000000	Fone Fixo	País
Tip. documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência ACARAU	UF PB	UF PB
Nat. Naturalidade CURRAL DE CIMA	CBO/R	

Endereço

CEP 58291000	Município de residência CURRAL DE CIMA	UF PB
Logradouro ANTONIO FERNANDES	Complemento	Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 02/09/2018 03:08:49	Número da pulseira 1000006010040	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação do risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						



Diagnóstico	CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES	Tempo 38seg

Imprimir

MARIA JOSE MARTINS
RUA ANTONIO PEREIRA CES 500 - CENTRO
CURRAL DE CIMA - PE CEP 55210-000 (AG 14)
Emissor: 23/01/2019 Referência: Jan/2019
Classificação: RESIDENCIAL MONOFASICO R200 KVA2 - Cód. Aberto: 145, Risco: 18 - CEP 50214-020
Roteiro: 14 - 250 - 300 - 3000 - 12 medidor: 5020514437

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
RUA FÁBIO OLIVEIRA FERREIRA, 100 - JARDIM BELLA VISTA - RECIFE - PE - CEP 51011-000
CNPJ 06.944.368
Cód. para Dis. Automática: 0002874493

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	23/01/2019	21/02/2019	022.366.944-36
			RAN: 510

UC (Unidade Consumidora): 5/287449-3

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: Não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e desligue o máximo de roupas possível em uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/12/18	19150	23/01/19	19171	
Demonstrativo				
CC: Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor
0001 - Custos de Distribuição	24.82	24.82	24.82	0.26
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0804 - JUROS DE MORA 11/2018	1.73	0.00	0.00	0.00
0804 - JUROS DE MORA 12/2018	0.78	0.00	0.00	0.00
0805 - MULTA 11/2018	1.91	0.00	0.00	0.00
0805 - MULTA 12/2018	1.42	0.00	0.00	0.00



CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	29.22	24.82	6.22	24.82	0.26	1.24
Valor último mês (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
100	30/01/2019	R\$ 29,22					
	Histórico de Consumo (kWh)						

Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Apr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19 | Set/19 | Out/19 | Nov/19 | Dez/19

6244.e1a1.789f.b843.9363.1d42.0ec9.c1b1

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	7.26	0.00	Limite de Tensão	0.00	0.00
DE TRIMESTRAL	14.53	0.00	Limite de Tensão	0.00	0.00
DE ANUAL	29.06	0.00	Limite de Tensão	0.00	0.00
DE TRIMESTRAL	3.65	0.00	Limite de Tensão	0.00	0.00
DE ANUAL	7.10	0.00	Limite de Tensão	0.00	0.00
DE TRIMESTRAL	14.20	0.00	Limite de Tensão	0.00	0.00
DE ANUAL	4.14	0.00	Limite de Tensão	0.00	0.00
DE TRIMESTRAL	12.22	0.00	Limite de Tensão	0.00	0.00
TOTAL			TOTAL	29.22	100.00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Leitura confirmada

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Tucio Vignazio da Silva

RG nº 2.985.829, data de expedição 03 / 05 / 2014

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 059.071.664-60, com

domicílio na cidade de Pimenteiras, no Estado de CE

Pa, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

complemento: Antonio Fernandez (Centro), nº 511.

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

3
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

vítima Jose Paulo Martins, cujo o condutor era

100% Fluoride pastings 34/03

Veículo: moto

Modelo: Honda / VXR 150 Bmw

Ano: 2010

Placa: NQB 6595

Massi: 4E2KD0520PR039873

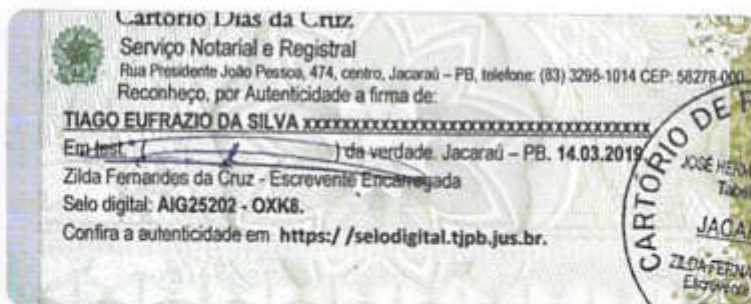
Data do Acidente: 01/09/2010

Local Data: locandri 24/03/2019

Assinatura do(a) _____

Assinatura do Declarante

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-900




Tiago Eufrazio da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.985.828 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 03/05/2014

NOME TIAGO EUFRAZIO DA SILVA

FILIAÇÃO EUFRAZIO VITOR DA SILVA
JOSEFA SOARES DA SILVA

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 26/03/1984

DOC ORIGEM CASAM N.2416 FLS.284V LIV.B 05

CNP CARTORIO JACARAU PB

CPF 059.071.664-60

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **JOSÉ PAULO MARTINS** RG 2.299.700 SSP/PB, CPF: 033.684.684-30, residente no município de Curral de Cima-PB, foi encontrado desacordado, vítima acidente motociclístico. Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 01/09/2018, sendo encaminhado para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, João Pessoa – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem desta Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 07 de Março de 2019.

Centro de Saúde Daura Ribeiro
Lindinalva Vicente da Costa Silva
DIRETORA GERAL

Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNE5: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1105569



Identificação do paciente

ID 1322116	Nome JOSE PAULO MATIAS	Sexo Masculino
Data de nascimento 16/01/1978	Idade 39 anos 7 meses 17 dias	Estado civil Solteiro
Mãe MARIA JOSE MATIAS	Pai	Religião Protestante
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência ACARAU		Tipo MUNICIPIO
		UF PB
	Naturalidade CURRAL DE CIMA	CSCOR

Endereço

CEP 58291000	Município de residência CURRAL DE CIMA	UF PB
Número 61	Complemento	Logradouro ANTONIO FERNANDES
		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 02/09/2018 03:05:49	Número da pulseira 1000006010040	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Id de transporte 9ULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						



Diagnóstico

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

CID

Tempo
38seg

Imprimir



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Jose Paulo Martins
DATA DE NASCIMENTO 16/01/79
NOME DA MÃE Maria Jose Martins

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 110839
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1105569
DATA DO ATENDIMENTO 02/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 03:09
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Queimadura de 3º grau em antebraço D
CID 10 T23.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de queda de moto, hálito etílico, com queixa de dor em braço esquerdo, glasgow 15, pupilas iso/foto, movimentação dos membros, apresenta lesão tipo queimadura de 2º e 3º grau em antebraço e corto-contusa em couro cabeludo. Avaliado pela Neurocirurgia, Cirurgia Plástica e internado para tratamento especializado, com apoio em UTQ.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX tórax
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades
USG: normal

TRATAMENTO:

Curativos em grande queimado sob anestesia.

ALTA HOSPITALAR: 01/10/18
DATA DA EMISSÃO: 28/01/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

RUA PEDRO GONDIM, S/N - CNES: 122343 - Tel:
Boletim de Atendimento: 1105569


Identificação do paciente				
ID 1322116	Nome JOSE PAULO MARTINS			Sexo Masculino
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 39 anos 8 meses 19 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário 110839
Mãe MARIA JOSE MARTINS	Pai			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) O MESMO(A)	
Fone Móvel	Fone Móvel 988175615	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo RG DA	Número documento 2289700	NP Cns 888005889184018		
Localidade		Tipo MUNICIPIO	UF PB	
	Naturalidade MAMANGUAPE	CBOR		
	Município de residência CURRAL DE CIMA	UF PB	Logradouro ANTONIO FERNANDES	
	Complemento	Bairro CENTRO		
	Número da pulseira 1000006010040	Convênio SUS		
Admissão GERAL	Clínica			
Nível de risco			Origem do paciente RUA	
Atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Inclusões e Transporte				
Categoria Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não	
Motivo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais vitais				
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES				Tempo 38seg

Imprimir

Documento de Alta

Nome: JOSE PAULO MARTINS			Número Prontuário: 110838
Data de 16/01/1979	Sexo: Masculino	Data de Internação: 02/09/2018 16:40:55	Data de Alta: 01/10/2018 09:46:17
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: TRATAMENTO ESPECIALIZADO EM UTQ			
Resumo da Internação: GRANDE QUEIMADO			
Resultado de Exames: EXAME FÍSICO			
Tratamento: GRANDE QUEIMADO			
Diagnóstico: T23.3 - Queimadura de terceiro grau do punho e da mão			
Recomendações: RETORNO SÁBADO NA UTQ À TARDE (16H00) PARA CURATIVO E AVALIAÇÃO DE PROVÁVEL ENXERTO DE PELE			

Data: 01/10/2018

ROBERTO LATTARULI
RQE 1263
GRUPO 01





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

UNIDADE DE PACIENTES GRAVES

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, s/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2592983

Paciente JOSE PAULO MATIAS	BAE 1105589	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data Baixa
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 39a 7m 17d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA JOSE MATIAS			Telefone de Contato (00) 00000000
Endereço ANTONIO FERNANDES, 61	Bairro CENTRO	Município CURRAL DE CIMA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES	Nº Cons. Regional 10510/PB
Data/Hora Classificação 02/09/2018 03:09:49		Data/Hora Prescrição 02/09/2018 03:25:20	

Anamnese

- CIRURGIA GERAL

PACIENTE DE 39 ANOS, TRAZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ HORAS. AFIRMA USO DE CAPACETE. ASSOCIA A DOR EM BRAÇO ESQUERDO. HÁLITO ETÍLICO.

AO EXAME:

A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTES. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.

B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO, TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA.

C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL.

D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS PRESERVADA.

E: LESÃO TIPO QUEIMADURA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO E LESÃO CORTO CONTUSO EM COURO CABELUDO

CD: ANALGESIA

TC CRÂNIO

RX TORAX

FAST ABDOME

PARECER CIRURG PLÁSTICA *OK*

PARECER DA NEURO CIRURGIA

SUTURA



MEDICAÇÃO

BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + AD EV LENTO)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + AD EV LENTO)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA PLÁSTICA

SUTURA DE FERIMENTO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAMA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Relatório registrado por: AULA NICOLLE FERNANDES GOMES em 02/09/2018 03:10:27

Bruno J. Gonçalves
MÉDICO
CRM - PB 10510

UTQ

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 454556

Paciente JOSE PAULO MATIAS		BAE 1106588	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data Baixa
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 38a 7m 17d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe MARIA JOSE MATIAS				Prontuário
Endereço ANTONIO FERNANDES, 81		Bairro CENTRO	Município CURRAL DE CIMA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCELO ATILA CHAGAS SANTOS FERNANDES		Nº Cons. Regional 6456/PB
Data/Hora Classificação 02/09/2018 03:09:49			Data/Hora Prescrição 02/09/2018 03:37:44	

Anamnese

Paciente politraumatizado (queda de moto) apresenta queimadura de 2º e 3º grau em antebraço direito

Cd: Observação

Curativo com sulfadiazina de prata

CID10

Código	Descrição
T22.3	Queimadura de terceiro grau do ombro e do membro superior, exceto punho e mão

Conduta

Em observação


Marcelo Atila
Cirurgião Plástico
CRM 6456/PB

JOSE PAULO MATIAS

MARCELO ATILA CHAGAS SANTOS FERNANDES
(CRM: 6456/PB)

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSE PAULO MATIAS		BAE 1106568	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data Baixa
Data de nascimento 16/01/1978	Idade 39a 7m 17d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe MARIA JOSE MATIAS				Prontuário
Endereço ANTONIO FERNANDES, 61		Bairro CENTRO	Município CURRAL DE CIMA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO		Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 02/09/2018 03:09:49			Data/Hora Prescrição 02/09/2018 14:43:24	

Anamnese

NEUROCIRURGIA*

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO
ADMITIDO AS 3:09 AMGLASGOW 14
SEGUE EM OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICATOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM ANORMALIDADES
RADIOGRAFIA DE COLUNA SEM ANORMALIDADES

LIBERO PARA INTERNAÇÃO PELA CIRURGIA PLÁSTICA

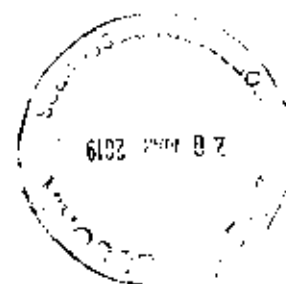
Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgião
CRM: 6628

JOSE PAULO MATIAS

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE PAULO MATIAS		BAE 1105568	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data Baixa
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 39a 7m 17d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe MARIA JOSE MATIAS				Prontuário
Endereço ANTONIO FERNANDES, 61		Bairro CENTRO	Município CURRAL DE CIMA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DAVID DA SILVEIRA FARIAS DE MELO		Nº Cons. Regional 7038/PB
Data/Hora Classificação 02/09/2018 03:09:49			Data/Hora Prescrição 02/09/2018 13:30:05	

Anamnese

PACIENTE COM LESÃO DE QUEIMADURA DE 3 GRAU EM ANTEBRACO DIREITO

CD: INTERNAMENTO

PACIENTE REFERE SER DIABETICO MAS NAO SABE INFORMAR QUAL MEDICACAO TOMA

CID10

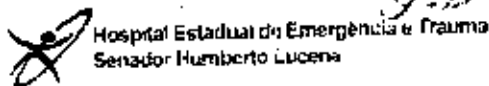
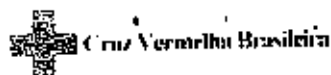
Código	Descrição
T29.2	Queimaduras múltiplas, sem mencionar queimadura(s) ultrapassando o segundo grau

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?**Conduta**

Internar Paciente

JOSE PAULO MATIAS

DAVID DA SILVEIRA FARIAS DE MELO
(CRM: 7038/PB)

GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOSE PAULO MATIAS		BAE 1105569	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data Baixa
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 39a 7m 17d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 60000000
Mãe MARIA JOSE MATIAS			Prontuário	
Endereço ANTONIO FERNANDES, 61		Bairro CENTRO	Município CURRAL DE CIMA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO		Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 02/09/2018 03:09:49			Data/Hora Prescrição 02/09/2018 08:44:01	

Anamnese

*****NEUROCIRURGIA*****

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
ADMITIDO AS 3:09 AMGLASGOW 14
SEGUE EM OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICATOMOGRAFIA DE CRANIO SEM ANORMALIDADES
RADIOGRAFIA DE COLUNA SEM ANORMALIDADES

CD: SEGUE EM OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?**Conduta**

Em observação

Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgia
CRM-6628RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)

JOSE PAULO MATIAS



1105611

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE PAULO MATIAS		BAE 1105569	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data Baixa
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 39a 7m 17d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe MARIA JOSE MATIAS				Prontuário
Endereço ANTONIO FERNANDES, 61		Bairro CENTRO	Município CURRAL DE CIMA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DAVID DA SILVEIRA FARIAS DE MELO		Nº Cons. Regional 7038/PB
Data/Hora Classificação 02/09/2018 03:09:49		Data/Hora Prescrição 02/09/2018 13:51:54		

Anamnese

FACO PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: PARA DM)

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

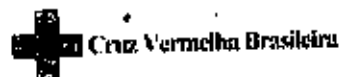
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MG/SM)

Conduta

Internar Paciente

JOSE PAULO MATIAS_____
DAVID DA SILVEIRA FARIAS DE MELO
(CRM: 7038/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454556 - Tel.:

Impresso por: ROBERTO
DINO LATTARULI
Em: 01/10/2018 08:58:45

Paciente JOSE PAULO MARTINS		Boletim de Atendimento 1105569	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/01/1979	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 898005889184018	Prontuário 110839
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (ROBERTO DINO LATTARULI - 01/10/2018 08:58:31)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- || 30º dih
- grande queimado
- dm + has
- || - sem antibióticos

paciente evolui sem queixas. diurese preservada. afebril nas últimas 24 horas.

ao exame:

curativo trocado sem anestesia

Seção: UTQ - ENF 35 SALA 2 Leito: 0002
Profissional responsável pela Informação: ROBERTO DINO LATTARULI

Dr. Roberto Dino Lattaruli
Cirurgião Plástico
CRM-PR 4006 / RQE 1283
Número Conselho: 4508





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454556 - Tel.:

Impresso por: EMILTON
AMARAL SEGUNDO
Em: 30/09/2018 09:16:01

Paciente JOSE PAULO MARTINS		Boletim de Atendimento 1105569	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/01/1978	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 899005869184018	Prontuário 110639
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (EMILTON AMARAL SEGUNDO - 30/09/2018 09:15:37)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- 29º diu
- grande queimado
- dm + has
- sem antibióticos

paciente evolui sem queixas. diurese preservada, afebril nas últimas 24 horas.

ao exame:

beg, eupnéico, anictérico, acianótico, hidratado, corado, afebril e orientado.
curativo: fechado em uso de curativo absorvivo de prata a ser trocado em 01/10/18.

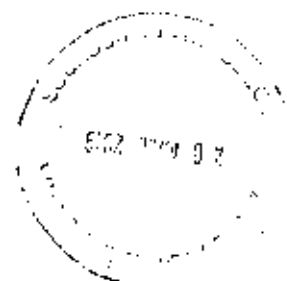
conduta:

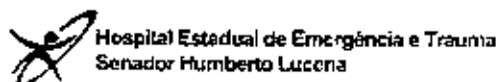
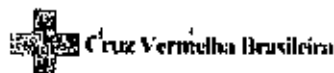
- mantida

Seção: UTQ - ENF 35 SALA 3 Leito: 0002
Profissional responsável pela Informação: EMILTON AMARAL SEGUNDO

Número Conselho: 5352


30/09/2018 09:16





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454568 - Tel.:

Impresso por: EMILTON
AMARAL SEGUNDO
Em: 28/09/2018 10:12:36

Paciente JOSE PAULO MARTINS		Boletim de Atendimento 1105569	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 696005869184018	Prontuário 110639
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (EMILTON AMARAL SEGUNDO - 28/09/2018 10:10:43)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- 27º dia
- grande queimado
- dm + has
- sem antibióticos

paciente evolui sem queixas. diurese preservada. afebril nas últimas 24 horas.

ao exame:

bag, eupnêico, anictérico, acianótico, hidratado, corado, afebril e orientado.
curativo: fechado em uso de curativo absorvivo de prata a ser trocado em 01/10/18.

conduta:

- mantida

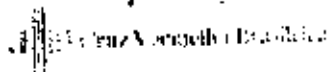
Seção: UTQ - ENF 35 SALA 3 Leito: 0002

Profissional responsável pela Informação: EMILTON AMARAL SEGUNDO

Número Conselho: 5352

Dr. Emilton Amaral Segundo
Cirurgião Plástico
CRM/PA 5352





Prefeitura Municipal de São João del-Rei
Secretaria Municipal de Saúde



AV. DRETES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel.: 833210770

Impresso por: ROBERTO
DINO LATTARULI
Em: 24/09/2018 09:05:31

Paciente	Boletim de Atendimento		Data e Hora Entrada		Data e Hora Saída	
JOSE PAULO MARTINS	1105569		02/09/2018 09:05:49			
Data de nascimento	Idade	Sexo		CNS		Pro número
16/01/1979	39	Masculino		00000000000000000000		110339
Tempo de Internação	Convênio				Flamêlo	
	SUS				DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (ROBERTO DINO LATTARULI - 24/09/2018 09:05:49)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- 23º dia
- grande queimado
- dm + has
- d15 de cefalotina

EM USO DE CURATIVO ESPECIAL A SER ABERTO EM 23/09

Seção: UTQ - ENF 35 SALA 3 Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: ROBERTO DINO LATTARULI

Dr. Roberto Dino Lattaruli
Cirurgião Plástico
CRM 40809-SP RQE 1283



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454556 - Tel.:Impresso por: EMILTON
AMARAL SEGUNDO
Em: 21/09/2018 12:23:36

Paciente JOSE PAULO MARTINS		Bolém de Atendimento 1105569	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/01/1978	Idade 38	Sexo Masculino	CNS 898005889184018	Prontuário 110838
Tempo de internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (EMILTON AMARAL SEGUNDO - 21/09/2018 12:23:12)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

- 20º dia
- grande queimado
- dm + has
- d12 de cefalotina

paciente evolui sem queixas. diurese preservada. afebril nas últimas 24 horas.

ao exame:

bag. eupnéico, anictérico, acianótico, hidratado, corado, afebril e orientado.

curativo: queimaduras apresentando melhoras com o surgimento de tecido de granulação e ausência de tecidos desvitalizados.

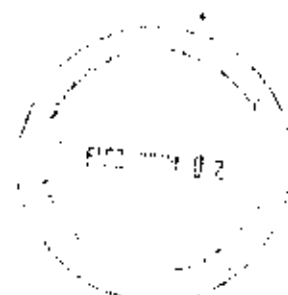
conduta:

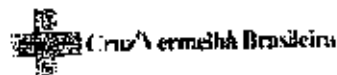
- realizado curativo com aplicação de curativo absorvivo de prata

Seção: UTQ - ENF 35 SALA 3 Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: EMILTON AMARAL SEGUNDO

Número Conselho: 5352

Dr. Emilton Amaral Segundo
Cirurgia Plástica
CRM/PB 5452



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454556 - Tel.:

Impresso por: EMILTON
AMARAL SEGUNDO
Em: 17/09/2018 11:05:09

Paciente JOSE PAULO MATIAS		Boletim de Atendimento 1105569	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 898005889184018	Prontuário 110839
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (EMILTON AMARAL SEGUNDO - 17/09/2018 08:31:44)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- 16º dia
- grande queimado
- dm + has
- d8 de cefalotina

paciente evolui sem queixas, diurese preservada, afebril nas últimas 24 horas.

ao exame:

bag, eupnéico, anictérico, acianótico, hidratado, corado, afebril e orientado.

curativo:

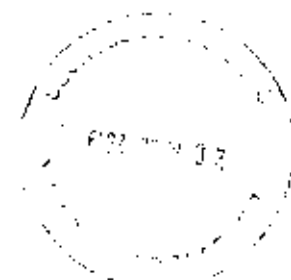
conduta:

-

Seção: UTQ - ENF 25 SALA 3 Leito: 0002
Profissional responsável pela informação: EMILTON AMARAL SEGUNDO

Número Conselho: 5352

Dr. Emilton Amaral Segundo
CRM/PE 5352



Paciente JOSE PAULO MATIAS		Boletim de Atendimento 1105569		Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/01/1979	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 888005889184018	Prontuário 110839	
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (EMILTON AMARAL SEGUNDO - 15/09/2018 07:52:27)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- 14º DIH
- GRANDE QUEIMADO
- DM + HAS
- D6 DE CEFALOTINA

PACIENTE EVOLUI AINDA COM PICOS HIPERGLICÊMICOS. FOI AVALIADO PELA CLÍNICA MÉDICA ONTEM QUE INTRODUZIU 20U DE INSULINA NPH PELA MANHÃ E 10U À TARDE MAS SÓ DEVERÁ INICIAR O ESQUEMA HOJE. AFEBRIL DESDE A INTERNAÇÃO. DIURESE PRESERVADA. EM USO DE CURATIVO ESPECIAL.

AO EXAME:

BEG, EUPNÉICO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, CORADO, AFEBRIL E ORIENTADO.
CURATIVO: EM USO DE CURATIVO ABSORATIVO DE PRATA.

CONDUTA:

- SOLICITO NOVOS EXAMES

Seção: UTQ - ENF 35 SALA 3 Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: EMILTON AMARAL SEGUNDO

Número Conselho: 5352



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: RODRIGO
RODRIGUES DOS SANTOS
GONCALVES
Em: 14/09/2018 16:54:57

Paciente JOSE PAULO MATIAS		Boletim de Atendimento 1105589	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/04/1979	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 898005889184018	Prontuário 110839
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (RODRIGO RODRIGUES DOS SANTOS GONCALVES - 14/09/2018 16:54:44)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- 13º DIH
- GRANDE QUEIMADO
- DM + HAS

CEFALOTINA D0: 02/09/2018

PACIENTE EVOLUI COM PICOS HIPERGLICÊMICOS IMPORTANTES APESAR DOS HIPOGLICEMIANTES ORAIS. AFEBRIL DESDE A INTERNAÇÃO. DIURESE PRESERVADA. EXAMES DE CONTROLE NORMAIS. EM USO DE CURATIVO ESPECIAL.

AO EXAME:

BEG, EUPNÉICO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, CORADO, AFEBRIL E ORIENTADO.
CURATIVO: EM USO DE CURATIVO ABSORTIVO DE PRATA.

12/09/18:

GLICOSE 291
HEMOGLOBINA 10,8
LEUCOCITOS 8430
ALBUMINA 3,5
CREATININA 1,21
UREIA 35

CONDUTA:

- INSULINA NPH 20U PELA MANHA E 10U A NOITE.

Seção: UTQ - ENF 35 SALA 3 Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: RODRIGO RODRIGUES DOS SANTOS GONCALVES

Número Conselho: 5983

Paciente JOSE PAULO MATIAS		Boletim de Atendimento 1105589	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 898005869184016	Prontuário 110539
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (EMILTON AMARAL SEGUNDO - 14/09/2018 09:04:49)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

- 13º DIH
- GRANDE QUEIMADO
- DM + HAS
- D5 DE CEFALOTINA

PACIENTE EVOLUI COM PICOS HIPERGLICÊMICOS IMPORTANTES APESAR DOS HIPOGLICEMIANTES ORAIS. AFEBRIL DESDE A INTERNAÇÃO. DIURESE PRESERVADA. EXAMES DE CONTROLE NORMAIS. EM USO DE CURATIVO ESPECIAL.

AO EXAME:

BEG, EUPNÉICO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, CORADO, AFEBRIL E ORIENTADO. CURATIVO: EM USO DE CURATIVO ABSORTIVO DE PRATA.

CONDUTA:

- SOLICITO PARECER DA CLINICA MÉDICA PARA AVALIAR A NECESSIDADE DE INSULINA NPH.

Seção: UTQ - ENF 35 SALA 3 Leito: 6002

Profissional responsável pela Informação: EMILTON AMARAL SEGUNDO

Número Conselho: 5352

Emilto Amaral Segundo
Médico Assistente
CRM 109/5352



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/11/8

PRONTUÁRIO: 1105569

PACIENTE: JOSE PAUL MATIAS

SEXO: M

COR: B

IDADE: 39

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. DIGESTIVO

PRÉ-ANESTÉSICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA

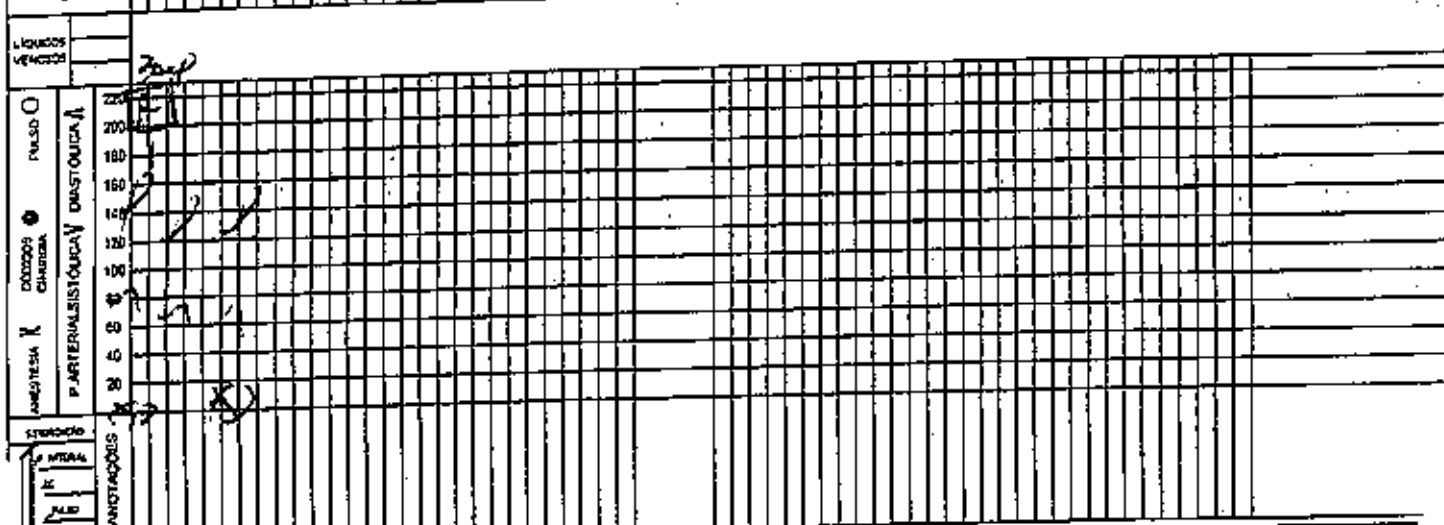
CIRURGIÃO

INÍCIO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ANESTESISTA

AGENTES



ANESTESIA GERAL () RACIDIANA () EPIDURAL () BLOC. PLEXO () BLOC. NERVOS () OUTROS

TECNICA

LIQUIDOS

QUANTIDADE

FLUXO

SANGUE

FLUXO

TOTAL

DESTINO DO PACIENTE

APM () ENFERMARIA () UTI () RESIDENCIA () OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA: [Signature] CRM 2589

DR. ANTONIO DE PLOU G DE S. NEYCI



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-1381

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Inclusão:

Achados:

Conduta:

1. PACIENTE EM DDH SEM ANESTESIA
2. BALNEOTERAPIA
3. CURATIVO ESPECIAL DE PRATA
4. OCLUSÃO

Fechamento:

Observação:

REC-1381 02

Médico/CRM: MANUEL DIONÍSIO/5032

Manuel Dionísio da Costa Filho
Cirurgião Plástico - CRM 5032 PB
CBO 22811 - CBO 1025510730007

João Pessoa, _08_ / _09_ / _18_



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEEINEL

Nome: **JOSÉ PAULO MATIAS** BE/Prontuário: 1105569
Idade: 39 ANOS Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 08 / 09 / 18
Clínica/Setor: _____ UTQ _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO
Cirurgião: MANUEL DIONÍSIO/5032 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. PADUA
Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
GRANDE QUEIMADO	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☐ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☒ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 08 / 09 / 18

Médico/CRM: MANUEL DIONÍSIO/5032

Manuel Dionísio da Costa Filho
Cirurgião - PCMS 5032 CRM 5032 PB
E90-223112 - CNP 170849310730007



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEP/TS/1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
Incisão:
Achados:
Conduta:
1. PACIENTE EM DDH SEM ANESTESIA
2. BALNEOTERAPIA
3. CURATIVO ESPECIAL DE PRATA
4. OCLUSÃO
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM: MANUEL DIONÍSIO/5032

Manuel Dionísio Costa Filho
Cirurgião Plástico - CRM/RS 176
CBO 222111 - 055170534-0014007

João Pessoa, 08 / 09 / 18

CM 2581
Dr. Antonio de Santos Neves

RELATÓRIO DE CIRURGIA

FEBSH

Nome: **JOSÉ PAULO MATIAS** _BE/Prontuário: 1105569
 Idade: 39 ANOS Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Cor: _____ Data: 06 / 09 / 18
 Clínica/Setor: _____ UTQ _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO
 Cirurgião: FCO CHAGAS 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: DR. PADUA
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
GRANDE QUEIMADO	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (☐) Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: (☐) Sim (☒) Não

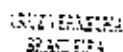
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(☐) Enfermaria (☐) Terapia Intensa (☒) Residência (☐) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: FCO CHAGAS 2913

Dr. Fco. das Chagas Fernandes
 Cirurgião Plástico
 CRM 2913

João Pessoa, 06 / 09 / 18



353

Médico/CRM: FCO CHAGAS 2913

Dr. Carlos Chagas Fernandes
Cirurgia Plástica
2011 - PB 2913

João Pessoa, 06 / 09 / 18

CONFIDENTIAL

72089 20

[illegible]

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

CONSTITUTIONAL	PAPA DEGRASSANT	Y	LAQUS A B1
H1 MAZEIL	PVP/ITINTRA		LAQUS A B1

0			AGH LHA 15N2S	L7VA ESTE	
1			AGH LHA 25X0T	L7VA ESTE	

AGLEHA PERIOD KAL N°19		
AGLEHA PERIOD KAL N°17		
AGLEHA PERIOD KAL N°18		

SERIÇÃO 3	ACULTURA RAÇA L. N. 270		
SERIÇÃO 3	ALGODÃO ORTOPÉDICO		

ADRENALINA	FRANCA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASPIR.
AGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASPIR.

NETASOVA		CATERE EPIDURAL N°15	SONDA FOL
		CATERE EPIDURAL N°17	SONDA FOL

GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRURGICAS		TOURNAI
GLI CONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE		TRBO ENO

PLASTIC		EQUIPMENT TRANSFER	
PROSTHETIC		EQUIPMENT TRANSFER	

GAZES	GAZES ALTOPOADAS	GEI ELETROLITICO	FIG AL-001
GAZES	GAZES ALTOPOADAS	GEI ELETROLITICO	FIG AL-002

No.	7	KOKO KIMES		

[illegible]

Circumstance	Percentage of Respondents (%)
If someone is attacking you	85
If someone is threatening you	75
If someone is harassing you	65
If someone is insulting you	55
If someone is annoying you	45

FICHA DE ANESTESIA

HEETSPL

DATA: 6/7/42

PRONTUÁRIO:

1405769

PACIENTE:

JOSE PAULY NATAS

SEXO: M

COR: P

IDADE: 39

RESPIRAÇÃO: 80% PULSO: 80% RESPIRAÇÃO: 80% TEMPERATURA: 36.5 PESO: 85kg GRUPO SANGÜÍNEO: B+
 ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
 EXAMES COMPLEMENTARES: DIABETES MELLITUS INSULINO - DEPENDENTE

AP. RESPIRATÓRIO: 80% AP. CIRCULATÓRIO: 80%
 AP. DIGESTIVO: 80% ESTADO MENTAL: BOM DROGAS EM USO: 80%

PRÉ-ANESTÉSICO: 80% ESTADO FÍSICO (ASA): 2
 DOSE/HORA: 80%

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: EXATIDÃO A II e III GRAU

CIRURGIA REALIZADA: COLÉLITOMIA

CIRURGIÃO: DR. CHAGAS AUXILIARES: 80%

INÍCIO DA ANESTESIA: 7:40 TÉRMINO DA ANESTESIA: 8:40 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 30 minutos

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 80% QUANT. DE CH.: 80% VALORES RS: 80%

ANESTESISTA: DR. P. S. A. CPF: 804.171.364-04 CRM-PB: 2589

ANESTESIA	RESPIRATÓRIO	CIRCULATÓRIO	DIGESTIVO	MENTAL	FÍSICO
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132
133	134	135	136	137	138
139	140	141	142	143	144
145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156
157	158	159	160	161	162
163	164	165	166	167	168
169	170	171	172	173	174
175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186
187	188	189	190	191	192
193	194	195	196	197	198
199	200	201	202	203	204
205	206	207	208	209	210
211	212	213	214	215	216
217	218	219	220	221	222
223	224	225	226	227	228
229	230	231	232	233	234
235	236	237	238	239	240
241	242	243	244	245	246
247	248	249	250	251	252
253	254	255	256	257	258
259	260	261	262	263	264
265	266	267	268	269	270
271	272	273	274	275	276
277	278	279	280	281	282
283	284	285	286	287	288
289	290	291	292	293	294
295	296	297	298	299	300

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOQUEIO: ☐ BLOQUEIO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REVISOR

Nome: **JOSÉ PAULO MATIAS** _BE/Prontuário: 1105569

Idade: 39 ANOS Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Cor: _____ Data: 05 / 09 / 18

Clínica/Setor: _____ UTQ _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO

Cirurgião: SAULO MONTENEGRO 1º Assistente: _____

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: DR. PADUA

Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
GRANDE QUEIMADO	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (☐) Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: (☐) Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(☐) Enfermaria (☐) Terapia Intensiva (☒) Residência (☐) Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 05 / 09 / 18

Médico/CRM : SAULO MONTENEGRO

SAULO M. MONTENEGRO
 Cirurgião Plástico
 CRM: 1208

RELATÓRIO DE CIRURGIA

SEÇÃO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
Incisão:
Achados:
Conduta:
1. PACIENTE EM DDH SEM ANESTESIA
2. BALNEOTERAPIA
3. CURATIVO ESPECIAL DE PRATA
4. OCLUSÃO
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM: SAULO MONTENEGRO

SAULO MONTENEGRO
 CRM 10.123/4567
 (R) 10/10/2018

João Pessoa, 05 / 09 / 18

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1.000	100	kg	100,00	10.000,00
2.000	200	kg	200,00	40.000,00
3.000	300	kg	300,00	90.000,00
4.000	400	kg	400,00	160.000,00
5.000	500	kg	500,00	250.000,00
6.000	600	kg	600,00	360.000,00
7.000	700	kg	700,00	490.000,00
8.000	800	kg	800,00	640.000,00
9.000	900	kg	900,00	810.000,00
10.000	1.000	kg	1.000,00	1.000.000,00
11.000	1.100	kg	1.100,00	1.210.000,00
12.000	1.200	kg	1.200,00	1.440.000,00
13.000	1.300	kg	1.300,00	1.690.000,00
14.000	1.400	kg	1.400,00	1.960.000,00
15.000	1.500	kg	1.500,00	2.250.000,00
16.000	1.600	kg	1.600,00	2.560.000,00
17.000	1.700	kg	1.700,00	2.890.000,00
18.000	1.800	kg	1.800,00	3.240.000,00
19.000	1.900	kg	1.900,00	3.610.000,00
20.000	2.000	kg	2.000,00	4.000.000,00
21.000	2.100	kg	2.100,00	4.410.000,00
22.000	2.200	kg	2.200,00	4.840.000,00
23.000	2.300	kg	2.300,00	5.290.000,00
24.000	2.400	kg	2.400,00	5.760.000,00
25.000	2.500	kg	2.500,00	6.250.000,00
26.000	2.600	kg	2.600,00	6.760.000,00
27.000	2.700	kg	2.700,00	7.290.000,00
28.000	2.800	kg	2.800,00	7.840.000,00
29.000	2.900	kg	2.900,00	8.410.000,00
30.000	3.000	kg	3.000,00	9.000.000,00
31.000	3.100	kg	3.100,00	9.610.000,00
32.000	3.200	kg	3.200,00	10.240.000,00
33.000	3.300	kg	3.300,00	10.890.000,00
34.000	3.400	kg	3.400,00	11.560.000,00
35.000	3.500	kg	3.500,00	12.250.000,00
36.000	3.600	kg	3.600,00	12.960.000,00
37.000	3.700	kg	3.700,00	13.690.000,00
38.000	3.800	kg	3.800,00	14.440.000,00
39.000	3.900	kg	3.900,00	15.210.000,00
40.000	4.000	kg	4.000,00	16.000.000,00
41.000	4.100	kg	4.100,00	16.810.000,00
42.000	4.200	kg	4.200,00	17.640.000,00
43.000	4.300	kg	4.300,00	18.490.000,00
44.000	4.400	kg	4.400,00	19.360.000,00
45.000	4.500	kg	4.500,00	20.250.000,00
46.000	4.600	kg	4.600,00	21.160.000,00
47.000	4.700	kg	4.700,00	22.090.000,00
48.000	4.800	kg	4.800,00	23.040.000,00
49.000	4.900	kg	4.900,00	24.010.000,00
50.000	5.000	kg	5.000,00	25.000.000,00
51.000	5.100	kg	5.100,00	26.010.000,00
52.000	5.200	kg	5.200,00	27.040.000,00
53.000	5.300	kg	5.300,00	28.090.000,00
54.000	5.400	kg	5.400,00	29.160.000,00
55.000	5.500	kg	5.500,00	30.250.000,00
56.000	5.600	kg	5.600,00	31.360.000,00
57.000	5.700	kg	5.700,00	32.490.000,00
58.000	5.800	kg	5.800,00	33.640.000,00
59.000	5.900	kg	5.900,00	34.810.000,00

FICHA DE ANESTESIA

REESTERIL

DATA: 5, 9, 18

PRONTUÁRIO:

IDENTIFICADO	SEXO: M	COR: P	IDADE: 37
--------------	---------	--------	-----------

GRUPO SANGÜÍNEO	TEMPERATURA	PESO: 60 kg
-----------------	-------------	-------------

RESPIRAÇÃO	RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
------------	---

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	EXAMES COMPLEMENTARES
--	-----------------------

RESPIRATÓRIO	ESTADO MENTAL
--------------	---------------

DIGESTIVO	DRUGAS EM USO
-----------	---------------

ANESTÉSICO	ANESTÉSICO
------------	------------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	QUANTO À ANESTESIA
----------------------------	--------------------

URGÊNCIA REALIZADA	URGÊNCIA
--------------------	----------

INÍCIO DA ANESTESIA	TERMINO DA ANESTESIA
---------------------	----------------------

QUANT. DE CH	VALORES RS
--------------	------------

ÓDICO DO PROCEDIMENTO	CPF: 004.474.364-04
-----------------------	---------------------

ANESTESISTA	CRM-PB: 2589
-------------	--------------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

ANESTESIA	ANESTESIA
-----------	-----------

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-001

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
Incisão:
Achados:
Conduta:
1. PACIENTE EM DDH SEM ANESTESIA
2. BALNEOTERAPIA
3. CURATIVO ESPECIAL DE PRATA
4. OCLUSÃO
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM: SAULO MONTENEGRO

Dr. Saulo Montenegro
CRM: 105.112
R. 105.112



João Pessoa, _04_ / _09_ / _18_

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-001

Nome: **JOSÉ PAULO MATIAS** _BE/Prontuário: 1105569

Idade: 39 ANOS Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Cor: _____ Data: 04 / 09 / 18

Clinica/Setor: _____ UTQ _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO

Cirurgião: SAULO MONTENEGRO 1º Assistente: _____

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: DR. CLOVIS

Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
GRANDE QUEIMADO	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (☐) Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: (☐) Sim (☒) Não

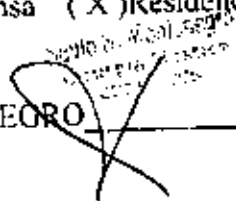
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(☐) Enfermaria (☐) Terapia Intensa (☒) Residência

(☐) Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 04 / 09 / 18

Médico/CRM: SAULO MONTENEGRO



QTD	HEIN	MATERIALS CONT.	QTD	HEIN	QTD	HEIN
		DETCO N18				
		DETCO N20				
		DETCO N22				
		DETCO N24				
		DETCO N26				
		DETCO N28				
		DETCO N30				
		DETCO N32				
		DETCO N34				
		DETCO N36				
		DETCO N38				
		DETCO N40				
		DETCO N42				
		DETCO N44				
		DETCO N46				
		DETCO N48				
		DETCO N50				
		DETCO N52				
		DETCO N54				
		DETCO N56				
		DETCO N58				
		DETCO N60				
		DETCO N62				
		DETCO N64				
		DETCO N66				
		DETCO N68				
		DETCO N70				
		DETCO N72				
		DETCO N74				
		DETCO N76				
		DETCO N78				
		DETCO N80				
		DETCO N82				
		DETCO N84				
		DETCO N86				
		DETCO N88				
		DETCO N90				
		DETCO N92				
		DETCO N94				
		DETCO N96				
		DETCO N98				
		DETCO N100				
		DETCO N102				
		DETCO N104				
		DETCO N106				
		DETCO N108				
		DETCO N110				
		DETCO N112				
		DETCO N114				
		DETCO N116				
		DETCO N118				
		DETCO N120				
		DETCO N122				
		DETCO N124				
		DETCO N126				
		DETCO N128				
		DETCO N130				
		DETCO N132				
		DETCO N134				
		DETCO N136				
		DETCO N138				
		DETCO N140				
		DETCO N142				
		DETCO N144				
		DETCO N146				
		DETCO N148				
		DETCO N150				
		DETCO N152				
		DETCO N154				
		DETCO N156				
		DETCO N158				
		DETCO N160				
		DETCO N162				
		DETCO N164				
		DETCO N166				
		DETCO N168				
		DETCO N170				
		DETCO N172				
		DETCO N174				
		DETCO N176				
		DETCO N178				
		DETCO N180				
		DETCO N182				
		DETCO N184				
		DETCO N186				
		DETCO N188				
		DETCO N190				
		DETCO N192				
		DETCO N194				
		DETCO N196				
		DETCO N198				
		DETCO N200				
		DETCO N202				
		DETCO N204				
		DETCO N206				
		DETCO N208				
		DETCO N210				
		DETCO N212				
		DETCO N214				
		DETCO N216				
		DETCO N218				
		DETCO N220				
		DETCO N222				
		DETCO N224				
		DETCO N226				
		DETCO N228				
		DETCO N230				
		DETCO N232				
		DETCO N234				
		DETCO N236				
		DETCO N238				
		DETCO N240				
		DETCO N242				
		DETCO N244				
		DETCO N246				
		DETCO N248				
		DETCO N250				
		DETCO N252				
		DETCO N254				
		DETCO N256				
		DETCO N258				
		DETCO N260				
		DETCO N262				
		DETCO N264				
		DETCO N266				
		DETCO N268				
		DETCO N270				
		DETCO N272				
		DETCO N274				
		DETCO N276				
		DETCO N278				
		DETCO N280				
		DETCO N282				
		DETCO N284				
		DETCO N286				
		DETCO N288				
		DETCO N290				
		DETCO N292				
		DETCO N294				
		DETCO N296				
		DETCO N298				
		DETCO N300				
		DETCO N302				
		DETCO N304				
		DETCO N306				
		DETCO N308				
		DETCO N310				
		DETCO N312				
		DETCO N314				
		DETCO N316				
		DETCO N318				
		DETCO N320				
		DETCO N322				
		DETCO N324				
		DETCO N326				
		DETCO N328				
		DETCO N330				
		DETCO N332				
		DETCO N334				
		DETCO N336				
		DETCO N338				
		DETCO N340				
		DETCO N342				
		DETCO N344				
		DETCO N346				
		DETCO N348				
		DETCO N350				
		DETCO N352				
		DETCO N354				
		DETCO N356				
		DETCO N358				
		DETCO N360				
		DETCO N362				
		DETCO N364				
		DETCO N366				
		DETCO N368				
		DETCO N370				
		DETCO N372				
		DETCO N374				
		DETCO N376				
		DETCO N378				
		DETCO N380				
		DETCO N382				
		DETCO N384				
		DETCO N386				
		DETCO N388				
		DETCO N390				
		DETCO N392				
		DETCO N394				
		DETCO N396				
		DETCO N398				
		DETCO N400				
		DETCO N402				
		DETCO N404				
		DETCO N406				
		DETCO N408				
		DETCO N410				
		DETCO N412				
		DETCO N414				
		DETCO N416				
		DETCO N418				
		DETCO N420				
		DETCO N422				
		DETCO N424				
		DETCO N426				
		DETCO N428				
		DETCO N430				
		DETCO N432				
		DETCO N434				
		DETCO N436				
		DETCO N438				
		DETCO N440				
		DETCO N442				
		DETCO N444				
		DETCO N446				
		DETCO N448				
		DETCO N450				
		DETCO N452				
		DETCO N454				
		DETCO N456				
		DETCO N458				
		DETCO N460				
		DETCO N462				
		DETCO N464				
		DETCO N466				
		DETCO N468				
		DETCO N470				
		DETCO N472				
		DETCO N474				
		DETCO N476				
		DETCO N478				
		DETCO N480				
		DETCO N482				
		DETCO N484				
		DETCO N486				
		DETCO N488				
		DETCO N490				
		DETCO N492				
		DETCO N494				
		DETCO N496				
		DETCO N498				
		DETCO N500				
		DETCO N502				
		DETCO N504				
		DETCO N506				
		DETCO N508				
		DETCO N510				
		DETCO N512				
		DETCO N514				
		DETCO N516				
		DETCO N518				
		DETCO N520				
		DETCO N522				
		DETCO N524				
		DETCO N526				
		DETCO N528				
		DETCO N530				
		DETCO N532				
		DETCO N534				
		DETCO N536				
		DETCO N538				
		DETCO N540				
		DETCO N542				
		DETCO N544				
		DETCO N546				
		DETCO N548				
		DETCO N550				
		DETCO N552				
		DETCO N554				
		DETCO N556				
		DETCO N558				
		DETCO N560				
		DETCO N562				
		DETCO N564				
		DETCO N566				
		DETCO N568				
		DETCO N570				
		DETCO N572				
		DETCO N574				
		DETCO N576				
		DETCO N578				
		DETCO N580				
		DETCO N582				
		DETCO N584				
		DETCO N586				
		DETCO N588				
		DETCO N590				
		DETCO N592				
		DETCO N594				
		DETCO N596				
		DETCO N598				
		DETCO N600				
		DETCO N602				
		DETCO N604				
		DETCO N606				
		DETCO N608				
		DETCO N610				
		DETCO N612				
		DETCO N614				
		DETCO N616				
		DETCO N618				
		DETCO N620				
		DETCO N622				
		DETCO N624				
		DETCO N626				
		DETCO N628				
		DETCO N630				
		DETCO N632				
		DETCO N634				

_____ FANGJASCR 025-1

Clóvis V. Aratani
Médico Anestesiologista
CRM 10.237/PP

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEBES

Nome: **JOSÉ PAULO MATIAS** _BE/Prontuário: 1105569
 Idade: 39 ANOS Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 03 / 09 / 18
 Clínica/Setor: _____ UTQ _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO
 Cirurgião: ROBERTO DINO/4506 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: DR. PÁDUA
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
GRANDE QUEIMADO	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa (☒) Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico
 João Pessoa, 03 / 09 / 18

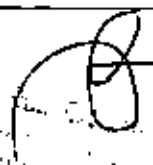
Médico/CRM: ROBERTO DINO/4506

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEX7581

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
Incisão:
Achados:
Conduta:
1. PACIENTE EM DDH SEM ANESTESIA
2. BALNEOTERAPIA
3. CURATIVO ESPECIAL DE PRATA
4. OCLUSÃO
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM: ROBERTO DINO/4506



João Pessoa, 03 / 09 / 18



21/01/19

NOME DO PACIENTE: Dr. Paulo Martins							
DATA: 31/01/19 III. PRONTUÁRIO INTERMÉDIA: 1405569							
CIRURGIÃO: Dr. Roberto de Almeida							
CIRURGIÃO: Dr. Roberto de Almeida PAIX.							
ANESTESIA: Local							
ANESTESISTA: Dr. Paulo							
INSTRUMENTADOR							
DATA: 31/01/19 TEMPO CIRÚRGICO: 02:25 ANESTESIA INTR: 02:25 CIRURGIÃO INTR: 02:25							
INSTIT. DE REGISTRO CIRÚRGICO: ASSOCIATION AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS							
CLASS. DE CONTAMINAÇÃO: CONTAMINADA / DESCONTAMINADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	
ALFENTANIL			JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO N°	
DIPIVACINA BARBARICA			JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO N°	
DIPIVACINA PESADA			JELCO Nº22			FIO DE AÇO N°	
CETANINA		X	JELCO Nº24			FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST DREA TORACICA N°			FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO			LÂMINA BISTURI N°11			FIO DE NYLON N°	
FLUNOBARBITAL			LÂMINA BISTURI N°13			FIO DE NYLON N°	
FENTANILA			LÂMINA BISTURI N°23			FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI N°24			FIO POLIGLACTINA N°	
ROPIVACANO			LÂMINA DE DERMATOIDE			FIO POLIGLACTINA N°	
ROPIVACINA C VASO			LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO N°	
ROPIVACINA S VASO			LUA DE PROCEDIMENTO PAR		16	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C VASO			LUA ESTÉRIL Nº10		22	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S VASO			LUA ESTÉRIL Nº15		22	FIO POLIGLACTAPRONE N°	
MIDAZOLAM			LUA ESTÉRIL Nº10		22	FIO SEDA N°	
MORFINA			LUA ESTÉRIL Nº15		22	FITA CARDIACA	
NIMBUL			MASCARA CIRURGICA			MATERIAL ESPECIAL QTD.	
PANCURONIO			MULTIVIAS			CATETER DE PIC	
PEFIDINA			PERFORADOR DE SUDO			CIMENTO CIRURGICO	
PROPURFOL			SCALP Nº1			CLIP TITANIO LOGADURA	
RAMIFENTANILA			SCALP Nº21			FIO DE KIRSCHNER N°	
ROPIVACANO			SERINGA 35ML			FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLOXANO			SERINGA 35ML			FIO STEINMAN N°	
SUCRAMETONIO			SERINGA 10ML		13	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL			SERINGA 20ML			GRANDEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES		QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA			HEMOST ABSORVIVEL	
ADRENALINA			CANULA P. TRAQUEOSTOMIA N°			KIT DERIV VENTRICULAR	
AGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGENIO		11	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		X	CATETER EXIBOLEC ARTERIAL N°			KIT FAMI	
BENTRA			CATETER EPIDURAL Nº16			FINADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA			CATETER EPIDURAL Nº17			EMPRESA	
FAMETASONA			CATETER EPIDURAL Nº18				
GUA SODICA			CERA PARA OSO			PARAFUSOS CORTICAIS	
GUA			COLET URINA FECHADO			PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRURGICAS		12	PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRURGICAS			PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLUCONATO DE CALCIO			DRENO DE PENROSE			PARAFUSOS MALEOLAS	
HIDROCORTISONA			DRENO DE SUCÇÃO			PARAFUSOS MALEOLAS	
LIDOCAINA GELIDA			ELETRODOS			PLACA	
ONDAPENTRONA			EQUIPO MACROGOTAS		11	PLACA	
PLASII			EQUIPO TRANSF SANGUE				
PIROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA			ESPONJA DE PVTI			1) ASPIRADOR	
TENOXICAN			ESPARRADRAPO		X	1) BISTURI ELETRICO	
			GAZES (ROL)		22	1) CAPNOGRAFO	
			GAZES ALGODONADAS			1) CARDIOMONITOR	
			GEL ELETROLITICO			1) DESFIBRILADOR	
			JELCO Nº14			1) FOCO AUXILIAR	
			JELCO Nº16			1) FOCO CENTRAL	
						1) MICROSCOPIO	
						1) OXIMETRO DE PULSO	
						1) P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
						1) PERFURADOR ELETRICO	
						1) SERRA	
						CIRCULANTE	

Sigla Anestésica
TAC da Entomologia
COHEN 122170

FINGI ASSINAR

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454556 - Tel.:Impresso por: EMILTON
AMARAL SEGUNDO
Em: 13/09/2018 09:22:24

Paciente JOSE PAULO MATIAS		Boletim de Atendimento 1105569		Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 899005889184018		Prontuário 110539
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (EMILTON AMARAL SEGUNDO - 13/09/2018 09:15:01)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- 12º DIH
- GRANDE QUEIMADO
- DM + HAS
- D4 DE CEFALOTINA

PACIENTE EVOLUI AINDA COM PICOS HIPERGLICÊMICOS. FORAM REINTRODUZIDOS OS HIPOGLICEMIANTE ORAIS A PARTIR DA TARDE DE ONTEM. AFEBRIL DESDE A INTERNAÇÃO. DIURESE PRESERVADA. EXAMES DE CONTROLE NORMAIS. EM USO DE CURATIVO ESPECIAL. AVALIADO ONTEM PELA CARDIOLOGIA.

AO EXAME:

BEG, EUPNÉICO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, CORADO, AFEBRIL E ORIENTADO.
CURATIVO: EM USO DE CURATIVO ABSORTIVO DE PRATA.

CONDUTA:

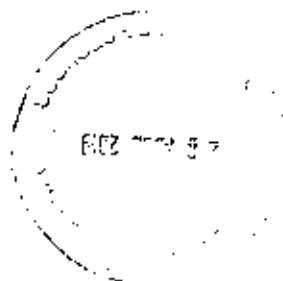
- MANTIDA

Seção: UTQ - ENF 35 SALA 3 Leito: 0002

Profissional responsável pela Informação: EMILTON AMARAL SEGUNDO

Número Conselho: 5352

Dr. Emilton Amaral Segundo
Cirurgião Plástico
CRM/PA 5352



AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454558 - Tel.:Impresso por: EMILTON
AMARAL SEGUNDO
Em: 12/09/2018 11:49:40

Paciente JOSE PAULO MATIAS		Boletim de Atendimento 1105589	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/01/1979	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 898005889184018	Prontuário 110639
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (EMILTON AMARAL SEGUNDO - 12/09/2018 09:06:49)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

- 11º DIH
- GRANDE QUEIMADO
- DM
- D3 DE CEFALOTINA

PACIENTE EVOLUI AINDA COM ALTOS PICOS HIPERGLICÊMICOS. AFEBRIL DESDE A INTERNAÇÃO. DIURESE PRESERVADA. EXAMES DE CONTROLE DE SEGUNDA DIA 10/09 COM A HEMOGLOBINA ESTÁ EM 10,2, LEUCÓCITOS TOTAIS EM 7510, ALBUMINA DE 3,5, PROTEÍNAS TOTAIS DE 7,1 FUNÇÃO RENAL NORMAL.

AO EXAME:

BEG, EUPNÉICO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, CORADO, AFEBRIL E ORIENTADO.
CURATIVO: FERIDAS DE FUNDO PÁLIDO E AINDA ÁREA DE 3º GRAU SEM SINAIS DE INFECÇÃO SECUNDÁRIA.

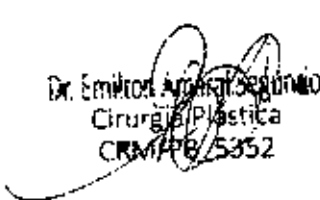
CONDUTA:

- SOLICITO EXAMES
- DEBRIDAMENTO RESIDUAL E CURATIVO ABSORTIVO DE PRATA
- REINTRODUZO HIPOGLICEMIANTE ORAL DURANTE O PERÍODO EM QUE NÃO FARÁ JEJUM.

Seção: UTQ - ENF 35 SALA 3 Leito: 0002

Profissional responsável pela Informação: EMILTON AMARAL SEGUNDO

Número Conselho: 5352


Dr. Emilton Amaral Segundo
Cirurgião Plástico
CRM/PA 5352



AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454556 - Tel.:

Impresso por: EMILTON
AMARAL SEGUNDO
Em: 10/09/2018 15:04:08

Paciente JOSE PAULO MATIAS	Boletim de Atendimento 1105589	Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/01/1979	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 898005889184018
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110839	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (EMILTON AMARAL SEGUNDO - 10/09/2018 07:40:42)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- 9º DIH
- GRANDE QUEIMADO
- DM
- D1 DE CEFALOTINA

PACIENTE EVOLUI PICOS HIPERGLICÊMICOS. AFEBRIL DESDE A INTERNAÇÃO. DIURESE PRESERVADA. SEGUNDO EXAMES DE ONTEM, A HEMOGLOBINA ESTÁ EM 10,6 E OS LEUCÓCITOS TOTAIS EM 6980.

AO EXAME:

BEG, EUPNÉICO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, CORADO, AFEBRIL E ORIENTADO. CURATIVO: FERIDAS DE FUNDO PÁLIDO E AINDA ÁREA DE 3º GRAU SEM SINAIS DE INFECÇÃO SECUNDÁRIA.

CONDUTA:

- SOLICITO EXAMES
- CURATIVO ABSORTIVO DE PRATA

Seção: UTQ - ENF 35 SALA 3 Leito: 0002
Profissional responsável pela informação: EMILTON AMARAL SEGUNDO

Número Conselho: 5352

Dr. Emilton Amaral Segundo
Cirurgião Plástico
CRM/PB 5352



AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454556 - Tel.:Impresso por: EMILTON
AMARAL SEGUNDO
Em: 07/09/2018 12:52:05

Paciente JOSE PAULO MATIAS		Boletim de Atendimento 1103369		Data/Hora Entrada 02/09/2018 03:09:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/01/1979	Idade 39	Sexo Masculino	CNS		Prontuário 110839
Tempo de Internação		Convênio SUS			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (EMILTON AMARAL SEGUNDO - 07/09/2018 12:51:44)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- 6º DIH
- GRANDE QUEIMADO
- DM
- SEM ANTIBIÓTICOS

PACIENTE EVOLUI SEM QUEIXAS. AFEBRIL DESDE A INTERNAÇÃO. DIURESE PRESERVADA. TINHA DEBRIDAMENTO AGENDADO PARA HOJE, PORÉM, O CURATIVO DE HOJE FOI SUSPENSO ONTEM PELO Dr. CHAGAS POIS HOUVE SANGRAMENTO IMPORTANTE DURANTE O CURATIVO DE ONTEM (INFORMAÇÃO DA ENFERMAGEM).

AO EXAME:

BEG, EUPNÉICO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, CORADO, AFEBRIL E ORIENTADO.
CURATIVO: FECHADO. FARÁ CURATIVO AMANHÃ.

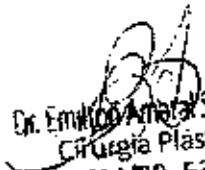
CONDUTA:

- MANTIDA

Seção: UTQ - ENF 3S SALA 3 Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: EMILTON AMARAL SEGUNDO

Número Conselho: 5352


Dr. Emilton Amaral Segundo
Cirurgia Plástica
CRM/PB 5352

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE PAULO MARTINS

Nº de Inscrição
033684684-30

Data do Nascimento
16/01/79

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA VERIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 10-A

JOSE PAULO MARTINS

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10 JUN 1996

JOSE PAULO MARTINS

Maria José Martins

Mamanguape-Pb

16.01.1979

Cert. Nasc. 1.269, fls. 34 v.

IV-A-03, Cart. Jural de Cima-

Mamanguape-Pb





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 010440898762

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0021383202-0 90/000000000 2013

TIAGO EUFRAZIO DA SILVA

05907166460

PLACA NQB6595/PB

NOVO

PLACA ANT/UF PB 90/000000000

PAS/MOTO

HONDA

05907166460

05907166460

05907166460

05907166460

05907166460

05907166460

05907166460

05907166460

05907166460

05907166460

05907166460

05907166460

PB Nº 010440898762 BILHETE DE SEGURO DPVAT

TIAGO EUFRAZIO DA SILVA

05907166460

NQB6595/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 010440898762

TIAGO EUFRAZIO DA SILVA

RENAVAM

05907166460

NQB6595/PB

0021383202-0 PREMIO TRIMESTRAL R\$150 BROS M

2010 9 9C2KD0520ARQ39873

0021383202-0 CUSTO DO BILHETE R\$

0021383202-0 CUSTO DO SEGURO R\$

0021383202-0 CUSTO DO SEGURO R\$

0021383202-0 CUSTO DO SEGURO R\$

0021383202-0 CUSTO DO SEGURO R\$

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

389.30NELE:00298.608/000160E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190211602 **Cidade:** Curral de Cima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PAULO MARTINS **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COURO CABELUDO.
QUEIMADURA DE 2º E 3º GRAU NO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CURATIVO ESPECIAL DE PRATA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Taveira Martins
DATA DO ACIDENTE 04/09/2018 CPF DA VÍTIMA 033.694.684-30
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR Antonio Fernandes BAIRRO Centro
Nº 5W COMPLEMENTO 13 CEP 58081-000
CIDADE Quindim de cima UF PB
E-MAIL TELEFONE (83) 991928028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/03/2019
IDENTIDADE 2299700
ASSINATURA Eni P. ...

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 20/03/2019
NOME Eni P. ...
ASSINATURA Eni P. ...

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190211602 **Cidade:** Curral de Cima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PAULO MARTINS **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COURO CABELUDO.
QUEIMADURA DE 2º E 3º GRAU NO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CURATIVO ESPECIAL DE PRATA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094552/19

Vítima: JOSE PAULO MARTINS

CPF: 033.684.684-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PAULO MARTINS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE PAULO MARTINS : 033.684.684-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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: 20/03/2019
Nome: JOSE PAULO MARTINS
CPF: 033.684.684-30

JOSE PAULO MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA