



Ficha de Atendimento

Número do Registro

PROTESE

TIQUETA

869586

Data e Hora de Atendimento:
24/09/2017 05:36

Local de Entrada: **EMERGENCIA GERAL**
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1605392 Paciente: **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC**

Data de nascimento: 28/02/1988 Idade: 29a 6m 26d

Sexo: **MASCULINO**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Profissão:

Acompanhante:

DOC ID / Data expedição

Mae: **ROSA GOMES DA SILVA**

Pai:

Cartão SUS:

Endereço: **ESTRADA DE ALDEIO**

Bairro: **ALDEIA**

Cidade: **CAMARAGIBE**

Numero 1

Complemento:

UF: PE Telefone: 991588697

Corrências:

Motivo do atendimento: **ACIDENTE CAPOTAMENTO**

Locação: **VIA PUBLICA**

25/09/17

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

Assistente Social

Providências: Alta Caso Social

Morais

Encaminhamentos: Rede de Apoio GPCA Cons.Tutelar Delegacias Minist. Públco

Assistente Social

Outros

Observação:

Assistente Social

História Clínica:

VÍTIMA RE ACONTECE DE CAMPO.

HISTORICO. MAS SABEM

fONDA DE CONSCIÊNCIA. TANTO MAIS

CONTO DE MUNDO)

ATENDIDO

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim Não Sofreu Queda: Sim Não Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por Que?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pélvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp:

COLAR CERVICAL ANSEANTE

ARUANA SEGURADORA
28 AGO 2013

B: Respiratório

MV⁰ RITMOS S.I.N.C.

C: Circulatório

PA: X mm

P脉:

bpm

PULSOS CHAVES, SEM ACESSO AO FRONTE

REALIZADO
TOMOGRAFIA DE CABEZAS
DATA:
24/09/2017

TH

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocó.

Glasgow: Abertura Ocular

Escore: **2**

Hora: _____

Glasgow: Resposta Verbal

Escore: **3**

Hora: _____

Glasgow: Resposta Motoria

Escore: **4**

Hora: _____



E: Exposição/Abdômen:

ABD: Fúlcido, indolor, sem peritonismo
vesic emancada distensão subfascial

Diagnóstico Inicial: **Poli trauma**

Cod. Procedimento

Conduta: **① colar cervical aberto**

Ass. Médico

② SAI socorrer **③ Veto**

③ solicitar R+ TORA/RAVE + TC crânio/coluna

④ cervical / face

⑤ ax - BMF / NLP

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Dr. Pedro Henrique Costa
Cirurgia Geral
CRM-PE 21.902

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 24-Sep-17



Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Faxes: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

N^o 148120

1º Via Fixa

Hospital _____ Convênio: _____ Cidade: _____

Nome do Paciente: Silveira Mendes Cesar Quintão Data da Cirurgia: 11.11.15

Médico: _____ Membro Operado: _____

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



ENFERMARIA 502 8

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: ELVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

IDADE: 59 ANOS

REGISTRO: 1605392

ADMISSÃO HR: 24/09/17

ADMISSÃO SENEC: 25/09/17

#HISTÓRICO:

- PG DE PRENAGEM DE HEDA A GREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

#CONDUTAS:

- SOLICITO ROTINA DE ADMISSÃO
- URGÊNCIA DE CONTROLE
- VIGILÂNCIA NEUROLOGICA
- VIGILÂNCIA RESPIRATÓRIA
- AVAIS OFTALMO
- UTM

DR.: _____

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

24/09/2017 05:30

	Nome Paciente:	SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	28/02/1988
	Sexo:	Masculino
	Idade:	29
	Senha:	U0016
	Convênio:	-
	Atendimento:	

24/09/2017 05:30 - MARCIA LIRA DE ARAUJO - COREN: 18361 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**

Cor:

LARANJA

Caixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 1 H, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA.
APRESENTANDO TRAUMA DE FACE, OTORRAGIA , RINORRAGIA, INCONSCIENTE.

Observação:

-

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

Acolhido(a) por: MARCIA LIRA DE ARAUJO
Data: 24/09/2017 05:30



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC	PRONTUÁRIO: 1605392	ATENDIMENTO: 00870077
DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1988	FOI ATENDIDO EM: 24/09/2017 ÀS	
DATA DA ALTA: 02/10/2017 ÀS 11:04		

Diagnóstico Provável:

TCE - HEDA À DIREITA

CID: S06.4

Tratamento Realizado:

PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)

Observação:

AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS DA ALTA HOSPITALAR
PROCURAR EMERGÊNCIA EM CASO DE SONOLÉNCIA, CEFALÉIA INTENSA OU VÔMITOS
AO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA
RETIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE 7 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR
CONVALESCER EM SUA RESIDÊNCIA POR 60 DIAS
TOMAR OS MEDICAMENTOS CONFORME A PRESCRIÇÃO

Encaminhado para:

ABRAAO WAGNER PESSOA XIMENES - CRM: Nº.21845

Recife, 02, OUTUBRO ,2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Silviano Alves

869586

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CTBmf 24/09/14 (05:20)

Vítima de acidente automobilístico (colisão de canto) envolvendo TCB e trator na face, de movimento desorientado, agressivo, normocorda, afibril.

BHf: Edema - exponível no pescoço (D) e sobre palpebras; fronto-lateral contuso na face; não comprometendo os olhos, blefaros rígidos. Multiples escoriações na face.

CO: O Sodáto BC

O Amapá Bmf

Dr. Alvaro...
C...
P...

#CTBmf Paciente vítima de acidente 24-09-14 automobilístico há ± 04 horas. 09:40 visto consciente, desorientado, suprimeico, normocordado, plantejamento ócular normal, EGR regular.

No exame físico Bmf apresentava edema e equimose periorbitária em grau I, impossibilidade de abrir os olhos, motilidade ocular no momento, OPN e maxilar suaves e proporcional, paciente não colaborativo ao exame físico, gemitos raros em fase não intubados.

CD: Suspeita TC de face + 3D

ag. momento para nova
intubação RME

J
COD. 0123

CABAIF

24-09-17

10:30

em tempo, realizei su
tura:

CD: og tc de gote

acompanhamento BTR

J

24/10/9

MCTC

Segui estavol
s/intervencions
edans perisibitarios
conjuntivos

C D: Avaliou a oftalm
CGI, rws
mantec A + b

Dr. Dennis Gomes
Neurocirurgia
CBA-#E 24199



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

24/02 NOR
- febre alta, dor no abdômen, náuseas
- febre (19,5) 2) infecções.
- constipação
- VPH
- A SA

KABE FTBPK
CRM-PB: 10362

24/02/2017 #SRPA#

admitido às 16h 43min paciente submetido a cirurgia de hemorroidal extensa + crural + cruralis. sem intervenções. Paciente chega a SR inconsciente, intubado, em avm, sem sedação, analgesia, sem drogas vasodilatadoras. Ao exame: EGG branco, consciente, agitado, PTT, mucotada.

ACV: RR: 111/77 BPF: SIS FC: 76 PA: 114x65 (EE)

de 110-120 mmHg SPO2: 100% Saturação: 100%

ABD: Flácido, apertado.

EXT: Jejum seco

Volumetria: 3L-5L

HCT: 38

+ Hb: 12,8

K: 5,29

NaCl: 4,0

Fase: Fase de erupções da hemorragia aguda + esfregaço olfátil positiva.

ACT: 1) Alta doses de recomendação da NOR para manter satisfação/analgesia por 48h, segundo nível de comorbidade para iniciar a extubação.
2) momento sem analgesia/erupções

Geová Cavalcante
Rodrigo

CRM: 22330

24/10/17 SRPA inf

Sacute pac de drenge AOB en SORJ
causante, entado, espaco, acintoso
artigo, venocando, com equiva olho (D)
FC 82 bpm, FR 15 rpm, dreno cefalico portante
segue em esto

Dra. Danny Lugo Soares
Enfermagem
Neurocirurgia HR
0199773 - Hpl. 3107530

25/10/17 SORPAK

8:50 HD=① 10DPO de drenagem de hematocele
extradural + cranioplastica

Em uso de ATB=∅ DUA=∅

Ap Exame:

EGR, consciente, orientado, agitado e pouco
elaborativo e agressivo com equipe de enfermagem
e médica plantonista. Taquicardico leve, hipotensão fija
expiratória e no ambiente

ACV=RCR e 77, BNP SIS FC=114 bpm PR=120x80
AP=MVT e ATC, SIRA FR=20 rpm Sat=97% em
ar aberto

ABD=Plano, depressível, refere dor à palpagem
e não deixa avaliar adequadamente

MMII-S/edema

CD=① Fogo + AMPOLA baledol 1M, agresso

② Solvito exames

③ Alta da SRPA assim que recua.

Dra. Soraya Ferroz
Médica
0119252730

25/10/17

Evoluindo com EGR, consciente, deserto,
agitado, com acesso venoso IVC subclavio e,
aparecendo erupções em hemiface E. 1ºDPO
de drenagem de hematoma extracranial
PR:128/88 SSp 8K e 5.8VC

Foto: Dr. Sergio da Cunha
Foto: Dr. Sérgio da Cunha
Foto: Dr. Sérgio da Cunha
Foto: Dr. Sérgio da Cunha

EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

SILVIO MANOEL GOMES	869586	502/08
---------------------	--------	--------

DATA: 27/09/17 10H55MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO, EGREGULAR.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITARIA BILATERAL, IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR NO MOMENTO, OPN E MANDIBULA FIRMES A PALPAÇÃO, DISCRETA MOBILIDADE EM MAXILA, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, ESCORIAÇÕES EM FACE, FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL JÁ SUTURADO SEM DÉBITO OU DEISCÊNCIA.

TC DE FACE SUGERE FRATURA DE MAXILA (D)

CD:

ALTA BMF

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ORIENTO DIETA LIQUIDA-PASTOSA





NOME: SÍLVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 29/09/2017 12:09

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/09/2017

Hora: 20:15

NOTA DE ADMISSÃO 502 8

ENFERMARIA 502 8

#ANAMNESE:

DA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ATUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA, APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

- COMORBIDADES: NEGA

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

- ALÉRGIAS: NEGA

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)
- + FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SÉM VAZAO ATIVA.

#MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORAS. APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL À DIREITA, (NÃO PULSATIL). SECREÇÃO EM OLHO DIRETO. EUPNEICO SOB AA, EUCORRADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

- GLASGOW =13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE, SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.
MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM
SENSÓRIO PRESERVADOS
- S/SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL
ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

#CONDUTAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO
- MANTER ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLOGICA
- FST RESPIRATÓRIA
- AVAL OFTALMO

Dr. Jermias Gomes
Neurocirurgião
CRM-PE 24199



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 30/09/2017 07:44

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-LB

Evolução Clínica

Data: 30/09/2017

Hora: 20:15

Evolução

ENFERMARIA 502 8

#ANAMNESE:

- PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIENCIA FLUÍANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

COMORBIDADES: NEGA

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

ALERGIAS: NEGA

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLVENTO SEM VAZAO ATIVA.

#MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAZONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORAS. APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL À DIREITA, (NÃO PULSATIL). SECREÇÃO EM OLHO DIRETO.

EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTECO

- EN:

++ GLASGOW =13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM DE, SULCOS DE ASSIMETRIA FACIAL.

MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

REFLEXOS PRESERVADOS

INDAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.

COMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

Evolução

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDECE A COMANDOS, SEM INTERCORRENCIAS RELATADAS, DESCREVE UMEPISÓDIO EMÉTICO.

APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMPA E SECA.

- EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE

#CONDUTAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO
- MANTER ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLOGICA
- PST RESPIRATÓRIA

Kauê Figueira
Neurologista CRM-PB 25342
CRM-PE 20962



OME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

IDENTIFICADOR: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 01/10/2017 09:04

ATENDIMENTO: 870077

Lelto 502-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 30/09/2017

Hora: 20:15

Evolução

ENFERMARIA 502 8

#ANAMNESE:

- HT: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLUTUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA..

MORBIDADES: NEGA

INDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

ALÉRGIAS: NEGA

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)
+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZAO ATIVA.

#MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORAS. APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CÉRVALO A DIREITA, (NÃO PULSATIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO. EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE. DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

++ ASGOW =13; OBEDIENCE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE, SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.
MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM
SÓRIO PRESERVADOS
NAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL
COMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, CONSTIPAÇÃO HÁ 2 DIAS.

Evolução

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDIENCE A COMANDOS, SEM INTERCORRENCIAS RELATADAS.

APRESENTA EDEMA EM REGRESSAO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMPA E SECA.

- EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE

#CONDUTAS:

- MANTER ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLOGICA
- FST RESPIRATÓRIA

Kaue Franke
Neurocirurgia
CRM PE 25349
CRM - PB 10362



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 02/10/2017 11:04

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 02/10/2017

Hora: 20:15

EVOLUÇÃO

ENFERMARIA 502 8

VAMNESE:

- PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLUJUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

COMORBIDADES: NEGA

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

ALERGIAS: NEGA

HÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)

FERIDA OPERATÓRIA SEM SECREÇÃO

#MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORAS. APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL À DIREITA, (NÃO PULSATIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO. EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

- EN:

++ GLASGOW = 13; OBEDIENCE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE, SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL

RICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

SÓRIO PRESERVADOS

S/ SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.

ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, CONSTIPAÇÃO HÁ 2 DIAS.

EVOLUÇÃO

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDIENCE A COMANDOS, SEM INTERCORRÊNCIAS PLATADAS.

RESENTO EDEMA EM REGRESSÃO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMPA E SECA.

EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE

#CONDUTAS:

- TÉRMINO ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLOGICA
- POSSUI TC DE CRÂNIO CONTROLE SEM NOVAS LESÕES CIRÚRGICAS
- RETIRAR ACESSO VENOSO CENTRAL
- ALTA + ORIENTAÇÕES + ENCAMINHO A AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS

DR. Ademir Almeida
Data: 02/10/2017
Assinatura: [Signature]

Assinatura: [Signature]

Assinatura: [Signature]

Assinatura: [Signature]

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente :	Silveira José Gomes Nogueira		Nº do Registro :	1605392
Clinica :	n/a		Nº do Leito :	
Operador :	Dr. Rafael			
1º Assistente :	Dr. Ribeiro		2º Assistente :	
Instrumentador :			Anestesista :	Dr. Jauaré
Anestesia :			Duração :	
Data da Operação :	24/02	Inicio :	Fim :	

Diagnóstico Pré-Operatório : HEDD

Diagnóstico Pós-Operatório : " "

Operação Proposta : Desmame HEDD + cranioplastia

Operação Realizada : " "

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Expondo duto dorsal, libertando o nervo
 nervo - encurvado e descolado do corpo estriado
 inserido no fuso em fuso de fuso + hemostasia profunda
 craniotomia feita Dorsal + base p/ encorvamento dural
 descolagem de meninges epaxial + hemostasia e
 encorvamento do dura
 cranioplastia de fragmentos duros + fechamento
 da abertura, e
 colocação de drenos + hemostasia profunda
 curativo local

100%
100%

FICHA DE ANESTESIA

Data

24/09/17

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HR

PERNAMBUCO

Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO M Peso: 29kg Idade: 1 Risco: I

CRM:

Nome do Anestesista:

LUISE LORENA

Nome do Cirurgião:

RAFael CAUÉ

Medicação Pré-anestésica:

REG: 869586 / 1605392

Urgência:

Não Sim

Cirurgia:

Drenagem lombar e extirpação + Granoplastia.

Horário:

O₂:

ATR 100%
N₂O 50%
S₂N 50%

Liquidos:

BaCO₂: 99.2, 100.2, 100.1, 100.2, 100.1, 100.2
BaCO₂: 40 34 35 39 33 32 33 33
BaCO₂: 180 190 190 180 180 180 180 180

Anestesia:

pH = 7.34
pCO₂ = 36.3
NaCO₃ = 20.1
AB = -5.9
CaCO₃ = 4.0

Ht = 38%
Hb = 12.8
Na = 133
K FB 2.8
Cl = 108

Monitorização:

Cardiocópia

BIS

Temperatura

Oxímetro

Swan-Ganz

PNI

Analisador Gases

Sonda Vesical

PVC

Capnógrafo

Estimulador de Nervo

Estarol. Pré-Cordial

Linha Arterial

Outros

Volemia IBP Plus

AVC VSCE

Encaixado:

Acordado

Sonolento

Intubado

Destino:

SRPA

Apart./EMI.

UTI

Extimp.

Intercorrência: Não Sim

Descrição: Alteração de Jejun 3-8h

ECCr = 12 / Desorientado

Observações: Nega comorbidades (Parents)

Venoclube MSD (já instalado).

Dra. Louise Brito
Médico Anestesiologista
CRM 19396

Assinatura do Anestesista:

COD. 0152

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Sírio manuel Gomes REGISTRO: 1605.392
IDADE: 99 SEXO: M SETOR DE PROCEDENCIA: Emergência

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr Rafael ANESTESISTA: Dr Louise
1º AUXILIAR: Dr Kauê 2º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
ENFERMEIRA: Juliana CIRCULANTE: Rute Sidnei

2-DADOS DA CIRUGIA:

CIRURGIA: Ressecção de HEDA INICIO 14:25 TÉRMINO 16:15
TIPO DE ANESTESIA: geral INICIO: 13:30 TÉRMINO: 16:30

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR() GRAVE() NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE(X) ORIENTADO() SONOLENTO() SEDADO() INCONSCIENTE()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA() ENTUBADO() TRAQUEOSTOMIZADO() CIRCULAÇÃO: FREQUENCIA CARDIACA _____ PULSO _____ PA _____
PELE: INTEGRA () LESIONADA() DIURESE: ESPONTÂNEA() SÔNDA() DISPOSITIVO URINÁRIO() ALERGIA: _____ PERTENCES: _____
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP () TRICOTOMIA (X) MARCAÇÃO DO SITIO CIRURGICO: SIM() NÃO() PROTESE DENTARIA: SIM() NÃO()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO: FOWLER() LATERAL() DORSAL() VENTRAL() GINECOLOGICA() PROTEÇÃO OCULAR: SIM(X) NÃO() LOCAL DE PLACA CIRURGICA: Verso
CONTAGEM DE COMPRESSAS INICIO: □ FINAL: ☒ CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGÜLHA(D): INICIO: — FIM: ☒ |
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM() NÃO(X) QUAL: _____ HORA: _____ PREENCHEU COTA: SIM() NÃO(X)
GARROTEAMENTO: SIM() NÃO(X) TEMPO DE GARROTE: INICIO: — FINAL: —
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: _____ CONFERIDO POR: _____ HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR(X) OXIMETRO(X) CAPNOGRAFO(X) PNI(X) ASPIRADOR MONTADO(X) MANTA TERMICA() AP.VIDEO() TORPEDO DE NITROGENIO(X) TORPEDO DE CO2() BISTURI ELÉTRICO(X) MICOSCÓPIO() CAVITRON() INTENSIFICADOR() BOMBA DE INFUSÃO() DIPRIFUSOR() ESTIMULADOR DE NERVOS() DERMATOMO() BISTURI ULTRASSONICO()

INTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM() NÃO(X)

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM() NÃO(X) NOME DA PEÇA: _____ MATERIAL: _____
SOLUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____

CULTURA: SIM() NÃO(X) EXAMES LABORATORIAIS: SIM() NÃO(X) GASOMETRIA: SIM() NÃO(X) RIG: SIM() NÃO(X)

PACIENTE Silvio Manoel Gomes de nascimento REGISTRO 105.292CIRURGIA Drenagem de HEDdata 24/09/17 CIRCULANTE Rute Sifis

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICAÇÃO	QUANT.	MEDICAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha 25x07		Fio protene s/a	<input checked="" type="checkbox"/>	Adrenalina		Metoclopramida (plasif)
	Agulha 40x12		Fio de seda		Aqua destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaína
	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)	<input checked="" type="checkbox"/>	Neostigmine
<input checked="" type="checkbox"/>	Atad. Crepe 10 cm		Fita cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/>	Antibótico <u>Kefazol</u>		Pancurônio
	Atad. Gessada	<input checked="" type="checkbox"/>	Gase		Antibótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópico	<input checked="" type="checkbox"/>	Hemostático <u>surgicel</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atropina	1	Propofol
	Capa de vídeo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina bisturi nº (15) <u>60</u>		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide	1	Rocurônio (esmeron)
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. venopuncção nº 14	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno	1	Svorane
	Cat. de oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron	<input checked="" type="checkbox"/>	Soro fisiológico 500 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	Cera óssea	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva de procedimento	1	Dexametasona	1	Soro fisiológico 100 ml
	C. de urina fechado (x) aberto ()		Seringa insulina () 5cc ()		Diazepam		Soro glicosado
<input checked="" type="checkbox"/>	Compressa cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10cc (x) 20cc (x)	<input checked="" type="checkbox"/>	Diphrona		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias	1	Sistema de drenagem (x) ()		Dopamina		Suxametônio (quelcinc)
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo	1	Sonda endotraqueal () 8,5	1	Dormonid		Tracriun
<input checked="" type="checkbox"/>	Eq. De bomba	1	Sonda de foley nº () 16		Entfurano		Vitamina C
<input checked="" type="checkbox"/>	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ()	<input checked="" type="checkbox"/>	Etilefrina (efortil)		Vitamina K
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio cromado <u>caprofyl 2-0</u>	1	Sonda uretral nº () 14		Fenitoína (hidantinal)		Xilocalina C/A
	Fio cromado		Torneira de 3 vias	1	Fentanil	1	Xilocalina S/A
	Fio de aço	1	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocalina 2ml
	Fio de aço	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>latax 2,3 mts</u>		Gelafundin		Xilocalina geléia
1	Fio de algodão c/a 0	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>clorescidina 2%</u>		Glicose 10ml	1	<u>uttira</u>
	Fio de algodão c/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>escovinha</u>		Gluconato de sódio		
	Fio de algodão s/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>serra de corte</u>		Heparina		
	Fio de algodão s/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>algodão de neuro</u>		hidrocortisona		
1	Fio de nylon 3-0	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>liga de neuro</u>		Hypnomidate		
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon 2-0				Isoflurano		
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio protene c/a 4-0				Lanexat (flumazinil)		
1	Fio protene c/a 3-0				Manitol		
	Fio protene s/a				Meperidina (Dolantina)		

“A DE CONTROLE HÍDRICO E S

NAME: JOHN D.

REGISTRO:

LETTO

14

DATA

24/09/17

Prescrição de Enfermagem: O paciente é um homem de 22 anos, solteiro, S.A.D., dança no Coitinho.

~~15-128~~ 11 Cod. 0225

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PREScrições DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente :

Enf / Leito :

Registro :

DIA : 21/09/14 DIA : _____ DIA : _____ DIA : _____ DIA : _____

PREScrição DE ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)					
<input type="checkbox"/> Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)					
<input type="checkbox"/> Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)					
<input type="checkbox"/> Mudança de decúbito (3 em 3 horas)					
<input type="checkbox"/> Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)					
<input type="checkbox"/> Cateterismo Intermítente (6 em 6 horas e se necessário)					

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS
Freqüência Cardíaca
Freqüência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE
ENFERMAGEM

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10					
16					
22					
10					
16					
22					
10					
16					
22					
10					
16					
22					

João Paulo Santana da Silva
Enfermeiro
CNPJ: 0000000000000000

FICHA DE CONTROLE HÍDRICO E S

NOME: Silvio Mause

REGISTRO :

LEITO

DATA: 25-05-17

Prescrição de Enfermagem:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Silvio Manuel Ferreira

Enf / Leito: 502 - 8

Registro:

DIA: 29/9/17 DIA: 27/9/17 DIA: 28/9/17 DIA: 29/9/17 DIA: 30/9/17

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	08-12-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

PREScrição de ENFERMAGEM				
() Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)				
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)				
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)				
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)				
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)				
() Cateterismo Intermítente (6 em 6 horas e se necessário)				

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITais	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
Freqüência Cardíaca	10				
	16		60		
	22				
Freqüência Respiratória	10		20		
	16				
	22				
Temperatura	10	36°C	36°C		
	16				
	22				
Pressão Arterial	10	130x90	140x90	130x90	
	16				
	22				

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Anna Maia
Natalia Gómez

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO de PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Silviano Manciel

Enf / Leito: 202-4

Registro:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)					
<input type="checkbox"/> Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)					
<input type="checkbox"/> Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)					
<input type="checkbox"/> Mudança de decúbito (3 em 3 horas)					
<input type="checkbox"/> Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)					
<input type="checkbox"/> Cateterismo intermitente (6 em 6 horas e se necessário)					

DIA: 11/10/14	DIA:	DIA:	DIA:	DIA:
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22 09				
09-13-20 09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09-13-20 09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09-13-20 09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09-13-20 09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09-13-20 09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITais
Freqüência Cardíaca
Freqüência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10					
16					
22					
10					
16					
22					
10	36				
16					
22					
10	100/70				
16					
22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Assinatura



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PERNAMBUCO



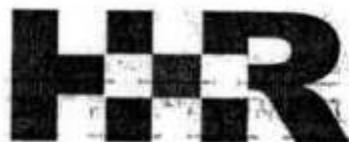
PREScrições, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

CUIDADOS
Colocine tibia de 30°
(y + 5%).

ASSINATURA DO MÉDICO

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

NOME DO PACIENTE		ENF/LEITO	REGISTRO N.
<u>Silviano Henrique Lima</u>		<u>502-8</u>	
DIA <u>24/09</u>	DIA <u>25/09</u>	DIA _____	DIA _____
HORÁRIO <u>06</u> SIN SIN SIN	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
ESPECIFICAÇÃO <i>Med. de Atenção Médico 2009</i>	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO
Dra. Soraya Ferreira CRM - Médico RM 25.738			



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

REGISTRO

ENF/LEITO

ALERGIA MEDICAMENTOSA:

1605392

502-08

MEDICAMENTOS	02/10/2017	03/10/2017	04/10/2017	05/10/2017	06/10/2017	07/10/2017	08/10/2017
1 DIETA VIA ORAL PASTOSA SOB SUPERVISÃO	(S)						
2 SF 0,9% 500 ML IV EM 24 HORAS							
3 DIPIRONA 1G/2ML: 1 AMP + AD IV DE 6/6H, SE DOR E/OU FEBRE							
4 BROMOPRIDA 10MG: 1 AMP + AD EV 8/8H SE NÁUSEA/VÔMITO							
5 OMEPRAZOL 40 MG + DILUENTE EV, EM JEJUM							
6 CAPTOPRIL 25MG: 1CP VO SE PAS \geq 180 OU PAD \geq 110 MMHG							
7 INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT: 0-200: 0 201-301: 4U 301-400: 8U >400: 12U							
8 GLICOSE 50%: 04 AMP EV SE HGT < 70MG/DL							
9 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML IV DE 8/8H, SE DOR INTENSA							
10 HIBOR 3500 SC DE 24/24 HORAS							
11 CEFTRIAXONA 1G + AD IV 12/12H, D=0/14 (25/09)							
12 OXACILINA 2G + 200ML SF IV 4/4H, D=0/14 (25/09)							
13 TOBREX COLÍRIO - 3GTS NOS OLHOS 3X/DIA APÓS HIGIENE							
14 HALDOL 01 FA IM SE NECESSÁRIO							
CUIDADOS							
1 CABECEIRA ELEVADA A 30°							
2 MEDIR DIURESE <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> PRESERVATIVO							
3 HGT SN							
4 CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS, DE 6/6 HORAS							
5 HIGIENE OCULAR C/ SORO FISIOLÓGICO							
6 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA							
ASSINATURA DO MÉDICO							

Retirar acesa venosa central

PRESCK 2A INDICA

2/8

REVISIÓN: 09/2010 ALERGIA ALIMENTARIA: POSITIVA
ABUSO: SÍ

1. ENEA HANNA FA-TIA ALM SUPERVISOR
 2. C/1500 ML IV EM 24 HORAS **Líquido -**
 3. IP KONPAG/BL + AMB + L + P D=03/09, DE DOR E/OU FEBR/
 4. PRIMAQUIN 400MG/24H + AT EV 8/2H SE NÁLSEA/VÔMITO
 5. OMEPRIAZOL 40 MG + DILUENTE EV, EM JEJUM
 6. CLOTRIMAZOL 100G VO SE PAS ≥ 180 OU PAD ≥ 110 MM/HG
 7. PROSTODYL 400MG/24H + DILUENTE
 8. PROGESTERONE 100MG/24H + DILUENTE
 9. ANAFA 1000MG/24H + DILUENTE
 10. ABOM 350G/24H + DILUENTE
 11. CEFTRIAXONA 1G + AD IV 12/12H, D=0/14 (25/09)
 12. OXACILINA 2G + 200ML SF IV 4/4H, D=0/14 (25/09)
 13. HALDOL 01 FA IM SE NECESSÁRIO

CUIDADOS

- 1 CABECEIRA ELEVADA A 30°
 - 2 MEDIR DIURESE SVD PRESERVATIVO
 - 3 HGT SN
 - 4 CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS, DE 6/6 HORAS
 - 5 HIGIENE OCULAR C/ SORO FISIOLÓGICO
 - 6 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

ASSINATURA DO MÉDICO

Tuberculae - 3 gts em cada 3^o/da gosto grande

27/09/2017
Juliana Rigueiro
Nuit de la Nise
2017-09-27

10-22-3-
SN 9 Sh
SN Sh
SN Sh
SN Sh
SN Sh
SN Sh
SN Sh

Bm

PA: 380980 Rafael Baptista MFB CRM CRA CRA CRA	PA: 380980 Jesufo Gomes MFB CRM CRM CRM CRM	Ludmila Outtes Entomologa COBRA PE 24880 PA: 380980 130X60	PA: 380980 320X80 110X70 Kauê Franke
PA: 380980 Rafael Baptista MFB CRM CRM CRM CRM	PA: 380980 Jesufo Gomes MFB CRM CRM CRM CRM	Ludmila Outtes Entomologa COBRA PE 24880 PA: 380980 130X60	PA: 380980 320X80 110X70 Kauê Franke
PA: 380980 Rafael Baptista MFB CRM CRM CRM CRM	PA: 380980 Jesufo Gomes MFB CRM CRM CRM CRM	Ludmila Outtes Entomologa COBRA PE 24880 PA: 380980 130X60	PA: 380980 320X80 110X70 Kauê Franke
PA: 380980 Rafael Baptista MFB CRM CRM CRM CRM	PA: 380980 Jesufo Gomes MFB CRM CRM CRM CRM	Ludmila Outtes Entomologa COBRA PE 24880 PA: 380980 130X60	PA: 380980 320X80 110X70 Kauê Franke
PA: 380980 Rafael Baptista MFB CRM CRM CRM CRM	PA: 380980 Jesufo Gomes MFB CRM CRM CRM CRM	Ludmila Outtes Entomologa COBRA PE 24880 PA: 380980 130X60	PA: 380980 320X80 110X70 Kauê Franke

Ludmila Outes
ENTERTAINMENT
CORPORATION

~~1970-1986~~

Pittsburgh, 1980

1964-1970

Digitized by srujanika@gmail.com

—
—
—

卷之三

1880-1881

Leucosia sp.

• 1992 Pts

• 86 •

Digitized by srujanika@gmail.com

6 -

Y *Y* *Y* *Y*

100

4

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO / SETOR NEUROCIRURGIA HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Silveira Manoel

Data de Admissão: Enfermaria: 502 Leito: 08 Idade: REGISTRO:
Data de admissão na NCR: 25/09/17 Sexo: F() M()
Procedência: SR

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

3. DIAGNÓSTICO INICIAL:

4. ANTECEDENTES PESSOAIS:

- () Cardiopatias () Doenças degenerativas () Tabagismo () Obesidade
() DM () Distúrbios Psiquiátricos () Etilismo () Alergias
() HAS () Tuberculose () Uso de drogas () Outros:

5. EXAME FÍSICO: *coletar*

5.1 ESTADO GERAL:

- () Grave () Hidratado () Normocorado () Acianótico () Anictérico
() Comprometido () Desidratado () Hipocorado () Cianótico () Ictérico
() Regular () Anasarca () Hipercorado () Pálido
() Febril () Afibril Temperatura: _____

Tegumento/Pele:

5.2 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência:

- () Consciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Torporoso

Pupilas:

- () Potorreagentes () OD () OE
() Isocôricas () Anisocôricas

Drenos cefálicos: () DVB () DVP () HEMOVAC OUTROS:

Aspecto: _____ Volume: _____

Escala de Coma de Glasgow, total de pontos (15)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4pts)	<input type="checkbox"/> Orientado/Conversando (5pts)	<input type="checkbox"/> Mobece a comandos (6pts)
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3pts)	<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado/Conversando (4pts)	<input checked="" type="checkbox"/> Localiza dor (5pts)
<input type="checkbox"/> A dor (2pts)	<input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas (3pts)	<input type="checkbox"/> Flexão sem localização (4pts)
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1pt)	<input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2pts)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal/Decort. (3pts)
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1pt)	<input type="checkbox"/> Extensão anormal/Descer. (2pts)
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1pt)

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO / SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Silviano Mauro Enferm/leito: 502/8 HD: ACB Data: 25/09/17

SINAIS VITAIS

DIURNO

PA:

mmHg

T:

FR:

rpm

FC:

bpm

DOR:

NOTURNO

PA:

mmHg

T:

FR:

rpm

FC:

bpm

DOR:

Drenagem HEG

Fratura de base do crânio.

O	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	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268

5/2/18



**LAUDO PAR
PROCEDIMENTO**

**DE
(S)**



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES
0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Silva Paula Gama de Souza memb

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1605392

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

de de Cromos s/c

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

26-09-18

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

C. Paula

Karla Frank 25.349

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/09/2018

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

26/09/2018

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)



Ficha de Atendimento

Número do Registro

PROTESE
ETIQUETA

869586

Data e Hora de Atendimento:

24/09/2017 05:36

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL

Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1605392 Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

Data de nascimento: 28/02/1988 Idade: 29a 6m 26d

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante:

DOC ID / Data expedição

Mãe: ROSA GOMES DA SILVA

Pai:

Cartão SUS:

Endereço: ESTRADA DE ALDEIO

Número 1

Bairro: ALDEIA

Complemento:

Cidade: CAMARAGIBE

UF: PE Telefone: 991588697

corrências:

Notificado 21/09/17
Vigilância Epidemiológica Hospital VEH-HRSES - NEP
VEH-HRSES - NEP

Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO

ocorrência: VIA PUBLICA

25/09/17

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

Assistente Social

Providências: Alta Caso Social

Assistente Social

Encaminhamentos: Rede de Apoio GPCA Cons.Tutelar Delegacias Minist. Públco

Assistente Social

Outros

Observação:

Assistente Social

História Clínica:

VÍTIMA DE ACCIDENTE DE CAMINHO
HALITO EXICO. MAD SADEM
FORA DE CONSCIÊNCIA. MATO AUTORADO
CONTATO DE POMPEIA

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim Não Sofreu Queda: Sim Não Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pélvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp:

COLAR CERVICAL AUSCULTA

B: Respiratório

RR: Ausculta SI A.A.

C: Circulatório

PA: X mm Pulso: bpm

AUDIO CHAVES, SEM ARTEJO (sem frémito)

REALIZADO
TOMOGRAFIA DE EMERGÊNCIA
DATA: 24/09/2017
MÉDICO:
TÉCNICO:

REALIZADO
24/09/2017
MÉDICO:
TÉCNICO:

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocô.

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: **2**
Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: **3**
Hora:

Glasgow: Resposta Motoria
Escore: **5**
Hora:

E: Exposição/Abdômen:

ABD: **FLACUNDO, INIDOR, SEM PERITONITE**
LESÃO EM ANGADA DENTÁRIA SUPERIOR

Diagnóstico Inicial: **POLI TRAVAS**

Cod. Procedimento

- Conduta:
- ① colar venoso aberto
 - ② se seca termo
 - ③ sairto R+ TONA/FAVE + TC crânio/coluna
 - ④ cervical / face
 - ⑤ ax - BMF / NLP.

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 24-Sep-17



Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)**

Nº 48120
1º Via Fixa

Hospital Pernambuco Convênio: _____ Cidade: _____

Nome do Paciente: Silva Manoel Gomes de Oliveira Data da Cirurgia: 26.09.17

Médico: Rafael Baptista Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
<u>24 placas</u>			
<u>08 brocas</u>			

PARAFUSOS CORTICais	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

24/09/2017 05:30

	Nome Paciente:	SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	28/02/1988
	Sexo:	Masculino
	Idade:	29
	Senha:	U0016
	Convênio:	-
	Atendimento:	

24/09/2017 05:30 - MARCIA LIRA DE ARAUJO - COREN: 18361 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**

LARANJA

Cor:

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 1 H, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA. APRESENTANDO TRAUMA DE FACE, OTORRAGIA , RINORRAGIA, INCONSCIENTE.

Observação: -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

Acolhido(a) por: MARCIA LIRA DE ARAUJO
Data: 24/09/2017 05:30



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC	PRONTUÁRIO: 1605392	ATENDIMENTO: 00870077
DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1988	FOI ATENDIDO EM: 24/09/2017 Às	
	DATA DA ALTA: 02/10/2017 ÀS 11:04	

Diagnóstico Provável:

TCE - HEDA À DIREITA

CID: S06.4

Tratamento Realizado:

DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)

Observação:

AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS DA ALTA HOSPITALAR
PROCURAR EMERGÊNCIA EM CASO DE SONOLÉNCIA, CEFALÉIA INTENSA OU VÔMITOS
AO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA
RETIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE 7 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR
CONVALESCER EM SUA RESIDÊNCIA POR 60 DIAS
TOMAR OS MEDICAMENTOS CONFORME A PRESCRIÇÃO

Encaminhado para:

ABRAAO WAGNER PESSOA XIMENES - CRM: Nº 21845

Recife, 02, OUTUBRO ,2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Silvano Alves

869586

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CTBHF 24/09/17 (05:46)

Vítima de acidente automobilístico (capotamento de carro) caindo com TCE + trauma na face, não muito desorientado, surpreso, normando, afobado.

Prf. Edema e engorgo no periorbita (D) e edema palpebral, fratura deum osso na fronte; não cunhado nas orelhas, blefarite atípica, múltiplos escoriações na face.

CO. O Sociaf TC

O Acup. BHF

Dr. Alencar

Assistente:

Assistente:

#CTBHF Paciente vítima de acidente 24-09-17 automobilístico há ± 04 horas 09:40 visto consciente, desorientado, surpreso, normoceluloso, sentindo dor em tórax, EGREGOR.

No exame físico BHF apresentava edema e equimose periorbitária em grau D, impossibilidade de abdução acudida e motricidade ocular no momento, OPN e maxilares firmes e propagados, paciente nos clareeiros no exame físico, gemitos rítmicos em face não intrometidos.

(D) Sustento TC de face + 3D
ag. momento para sutura
medico - mto RHE

CH 10-09-14
C. L. Williams Co., Inc.
1000 N. Main Street
Columbus, Ohio 43215

Main lot A #6

1/15/10

C 21. available as offsite

available
for purchase
by individual
or corporation
or association
or group

212 N.

Z9169

J

THE components to

be used at the point

time

10.30

in time, ready to use

24-09-14

C48HF



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

24/09 NCR

Fadiga, dor nas costas, dor nas costas.

Pronto atendimento.

Centro.

- VPM

À SR

Kauê Franke
Arurbis
CRM-PB: 10367
CRM-PB: 10367

24/09/2012

#SRPA#

Admitido às 16h 43min paciente submetido à cirurgia de hérnia de hiato diafragmático e crural. Sem intervenções. Paciente chega à SR inconsciente, intubado, em O2M, sem sedação, analgesia, sem drogas vasodilatadoras. Ao exame: EGB branco, consciente, agitado, IOT, intubado.

ACV: RCR 30/37 BNF SIS FC: 96 PA: 114/65 (BB)

Volumetria: 8L-5L

RR: 20+ resp. 12T SfRA RR 10 Satur: 100%

HCT: 38

+HB: 12,6

VC: 5,79

Naclorato: 41,0

ABD: Elenco, pectus.

EXT: Jejum vacinas.

Cabe: Fazendo 1 espécieção em amígdala + 1 espécie em órbita direita.

ACT: 1) Não incentivo recomendação da NCR para manter sedação/analgesia por 48h, segundo nível de comunicação para iniciar a extubação.

2) Mantendo sem analgesia/sedação.

Geová Cavalcante
Dólico
CRM: 22530

~~PA: 128/88~~ PA: 128/88
all the samples of humic and fulvic
acids showed an inhibition
of cell growth in the range of 1.00
to 10.0 micrograms per milliliter.

1973
Sudan
Dakar
Source: UN

- CD = ① Factors & Properties related to water
② Solubility & reactions
③ Alts as SRFAs and their uses

www.mechanicsguru.com

Suppose $\alpha \rightarrow$ as a result $PA = 100 \times 80$
 $AVU = PCE + 27.8NQ SIS F \approx 11400$ $FE = 20 \text{ m/s}$ $SAT = 9.72 \text{ m}$
 $AE = MVE + AH7/SIBA$ $FE = 20 \text{ m/s}$ $SAT = 9.72 \text{ m}$
 $AED = Pline (dissipative) plus de la progressive$
 $\& AED = Pline (dissipative) plus de la adiabatic$

At Exmoor GGR, somerset, south Wales, upland & peat
geological & aquacultural environment, limestone base, hypogea
& acidic dolomitic talus c. 1000 ft

$$\phi = \nabla \times \mathbf{A} \quad \nabla \phi = A \nabla \times \mathbf{A}$$

adults + senescent

HD = ① tipo de dispositivo de memoria

AS/09/11

~~Domino's Pizza~~
Entertainment
Norddeutsche HR
1997-05-31 1997-05-31

Detail of the author Heselius
↑
Spätmittelalterliche
+ 1/80130

EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

SILVIO MANOEL GOMES	869586	502/08
---------------------	--------	--------

DATA: 27/09/17 10H55MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO, EGREGULAR.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITARIA BILATERAL, IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR NO MOMENTO, OPN E MANDIBULA FIRMES A PALPAÇÃO, DISCRETA MOBILIDADE EM MAXILA, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, ESCORIAÇÕES EM FACE, FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL JÁ SUTURADO SEM DÉBITO OU DEISCÊNCIA.

TC DE FACE SUGERE FRATURA DE MAXILA (D)

CD:

ALTA BMF

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ORIENTO DIETA LIQUIDA-PASTOSA

4



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 29/09/2017 12:09

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/09/2017

Hora: 20:15

NOTA DE ADMISSÃO 502 B

ENFERMARIA 502 B

#ANAMNESE:

- HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLUTUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

COMORBIDADES: NEGA

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

- ALERGIAS: NEGA

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZAO ATIVA.

#MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORIA. APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL À DIREITA, (NÃO PULSATIL), SECREÇÃO EM OLHO DIRETO. EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE. DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

++ GLASGOW =13; OBEDIENCE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE, SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.

MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

SENSÓRIO PRESERVADOS

S/SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.

ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

#CONDUTAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO
- MANTER ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLOGICA
- FST RESPIRATÓRIA
- AVAL. OFTALMO

Dr. Jerônimo Gomes
Neurocirurgia
CRM-PE 24199



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 30/09/2017 07:44

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 30/09/2017

Hora: 20:15

EVOLUÇÃO

ENFERMARIA 502 8

#ANAMNESE:

- HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLUTUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

- OMORBISSADES: NEGA

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

- ALERGIAS: NEGA

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZAO ATIVA.

#MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORIA. APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL À DIREITA, (NÃO PULSATIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO.

EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

++ GLASGOW =13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE, SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.

MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

- HISÓRIO PRESERVADOS

- SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.

- COMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

EVOLUÇÃO

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDECE A COMANDOS, SEM INTERCORRENCIAS RELATADAS, DESCREVE UMEPISÓDIO EMÉTICO.

APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMPÁ E SECA.

- EUPNEICO, HIDRATADO, AFÉBRIL AO TOQUE

#CONDUTAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO
- MANTER ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLOGICA
- FST RESPIRATÓRIA

Kaue Fracal
Neurologista
CRM-PE 253292
CRM - PB 131842

Nome: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Pront.:01831130 Atend.:3138504

Nome Social :

Idade: 29 Dt.Nasc: 28/02/88

Profissão: OUTROS

Cidade: CAMARAGIBE

QUEIXA PRINCIPAL / HDA

AMB RETINA CIRURGICA DRA LIDIA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE EM 24/09/17, EVOLUINDO COM HEMATOMA EXTRA DURAL À DIREITA, FOI SUBMETIDO À DRENAGEM DO HEMATOMA.

EM ULTIMA CONSULTA NA NEUROFTALMOLOGIA:

SOLICITO CAMPO VISUAL- 24-2

SOLICITO ANGIORESSONÂNCIA PARA ESCLARECER A SUSPEITA DE ANEURISMA DE CARÓTIDA DA RNM.

ULTIMA AVL OD: 20/60

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças	DM <input type="checkbox"/>	HAS <input type="checkbox"/>	LUES <input type="checkbox"/>	TOXOPLASMOSSE <input type="checkbox"/>	AIDS <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>
---------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------------	---------------------------------

Hábitos	Fumante <input type="checkbox"/>	Alcoolism <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>
---------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Doenças Oculares	Catarata <input type="checkbox"/>	Glaucoma <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	Usa Óculos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

Medicação					
-----------	--	--	--	--	--

Alergias?					
-----------	--	--	--	--	--

Outras					
--------	--	--	--	--	--

ANTECEDENTES FAMILIARES

Catarata Glaucoma Cegueira Desc de Retina

Observações:

EXAMES FÍSICOS

AV	S/C <input checked="" type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/> C/PH <input type="checkbox"/> LONGE OD: 20/100 OE: 20/50 PERTO OD: OE:	CT: H::	<u>VERSÕES</u>	
Observações: Não se aplica				

REFRAÇÃO ANTERIOR					REFRAÇÃO ATUAL					TONOMETRIA	
DE	DC	EIXO	PRISMA	AVL	DE	DC	EIXO	PRISMA	AVL	<input checked="" type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Goldman
OD										DIGITAL: <input type="checkbox"/> NOR <input type="checkbox"/> AUM <input type="checkbox"/> DIM OD: 12	
OE	-0,50			20/20						OE: 13	

ADIÇÃO:

ADIÇÃO:

CERATOMETRIA

	K1	K2	Eixo (Plano)		K1	K2	Eixo (Plano)
OD:				OE:			

MEDIDA DO DESVIO

FOD	S/C <input type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/>	FOE	S/C <input type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/>

PERTO:	REFLEXOS FOTOMOTORES		PERTO:	GONIOSCOPIA	
	OD	OE	OD:		
Direto			OE:		
Consensual			Obs:		
DAPR					

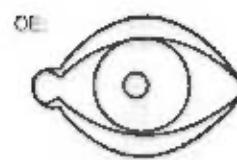
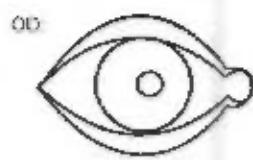
BIOMICROSCOPIA

Palpebra Cílios / Via Lacrimal / Conjuntiva / Córnea / Câmara Anterior / Íris / Cristalino / Vítreo

OD

OE

PTOSE, CONJ CALMA, CORNEA TRANSPARENTE,
CAF



MAPEAMENTO DE RETINA E BIO DE FUNDO DO OLHO

MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO

SELEÇÃO > MAPEAMENTO DE RETINA

OD: NO HIPOCORADO 1-2+, EP 0,4, VV E MAC SEM ALTERAÇÕES

OE: NOC, EP 0,4, VV E MAC SEM ALTERAÇÕES

HD: NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA

Olho único:

CID:

[clicar para informar o cid](#)

Motivo de Alta: Clique Aqui

CONDUTA: DRA LIDIA EXAMINA E ORIENTA:

NÃO VISUALIZO OUTROS ALTERAÇÕES NA RETINA ALÉM DA PALIDEZ DO NERVO

ORIENTO ACOMPANHAMENTO NO AMB DE NFT PARA NEUROPATIA ÓPTICA POS TRAUMATICA

Retirada de Corpo Estranho Retirada de Sutura Colocação Lente Contato Terapêutica Tubo de Ahmed

Ultrassom

16/11/2017 08:57:34

Dr(a): ANALINE LINS DE MEDEIROS

CRM - 25407

23/11/18

Nome: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Pront.:01831130 Atend.:3231595

Nome Social :

Idade: 29 Dt.Nasc: 28/02/88

Profissão: OUTROS

Cidade: CAMARAGIBE

QUEIXA PRINCIPAL / HDA

AMBULATÓRIO DE NEUROFTALMOLOGIA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE EM 24/09/17, EVOLUINDO COM HEMATOMA EXTRA DURAL À DIREITA, FOI SUBMETIDO À DRENAGEM DO HEMATOMA. EM ULTIMA CONSULTA FOI SOLICITADO CAMPO VISUAL- 24-2 E ANGIORESONÂNCIA PARA ESCLARECER A SUSPEITA DE ANEURISMA DE CARÓTIDA DA RNM.

TRAZ NOVO ANGIORNM: SEM ALTERAÇÕES

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças	DM <input type="checkbox"/>	HAS <input type="checkbox"/>	LUES <input type="checkbox"/>	TOXOPLASMOSE <input type="checkbox"/>	AIDS <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>
---------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

Hábitos	Fumante <input type="checkbox"/>	Alcoolism <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>
---------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Doenças Oculares	Catarata <input type="checkbox"/>	Glaucoma <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	Usa Óculos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

Medicação					
-----------	--	--	--	--	--

Alergias?					
-----------	--	--	--	--	--

Outras					
--------	--	--	--	--	--

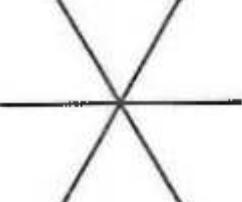
ANTECEDENTES FAMILIARES

<input type="checkbox"/> Catarata	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Desc de Retina
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---

Observações:					
--------------	--	--	--	--	--

EXAMES FÍSICOS

VERSÕES

AV S/C <input type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/> C/PH <input type="checkbox"/> LONGE OD: OE: PERTO OD: OE:	CT:	 
	H:	

Observações: Não se aplica

REFRAÇÃO ANTERIOR					REFRAÇÃO ATUAL					TONOMETRIA	
DE	DC	EIXO	PRISMA	AVL	DE	DC	EIXO	PRISMA	AVL	<input type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Goldman
OD										DIGITAL: <input type="checkbox"/> NOR <input type="checkbox"/> AUM <input type="checkbox"/> DIM OD: OE:	
OE											

ADIÇÃO:			ADIÇÃO:			CERATOMETRIA		
K1	K2	Eixo (Plano)	K1	K2	Eixo (Plano)			
OD:		OE:						

MEDIDA DO DESVIO			
FOD	S/C <input type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/>	FOE	S/C <input type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/>

REFLEXOS FOTOMOTORES			GONIOSCOPIA		
OD	OE	OD:			

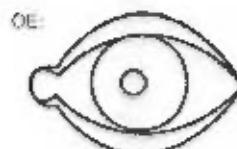
Direto		OE:
Consensual		Obs:
DAPR		

BIOMICROSCOPIA

Palpebra Cílios / Via Lacrimal / Conjuntiva / Córnea / Câmara Anterior / Íris / Cristalino / Vítreo

OD

OE



MAPEAMENTO DE RETINA E BIO DE FUNDO DO OLHO

MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO

SELEÇÃO > NÃO REALIZOU

OD:

OE:

HD: NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA

Olho único:

CID:

clicar para informar o cid

Motivo de Alta: Clique Aqui

CONDUTA: DRA MARISA KATTAH:

-EMITO LAUDO

- ACOPAHMENTO ANUAL NO AMB GERAL

Retirada de Corpo Estranho Retirada de Sutura Colocação Lente Contato Terapêutica Tubo de Ahmed

Ultrassom

23/01/2018 07:34:41

Dr(a): LUAN FELIPE BISPO ALMEIDA
CRM - 25353

Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
Registro: 01831130
Data da emisão do Laudo: 14/11/2017

LAUDO OFTALMOLÓGICO

Declaro que, a pedido e autorização do(a) paciente supracitado, o(a) mesmo(a) vem em acompanhamento na Fundação Altino Ventura desde o dia: 18/10/2017

Acuidade Visual com melhor correção:

Olho direito: 20/60

Olho esquerdo: 20/20

Hipótese Diagnóstica:

Olho direito :Neuropatia óptica Traumática, Ptose palpebral

Olho esquerdo: olho sem alterações

Paciente em acompanhamento de lesão óptica traumática em olho direito; aguarda consulta com o departamento de plástica ocular para tratamento da ptose palpebral.

CID: S040 - TRAUM DO NERVO E DAS VIAS OPTICAS
H024 - PTOSE DA PALPEBRA



Dr. MARISA ZAMORA KATTAH
Fundação Altino Ventura
CRM 10120

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES AO MÉDICO ASSISTENTE - SIMA

Prezado Dr(a)

Oftalmologista (Fundação Altino Ventura)

Contando com sua preciosa colaboração, solicitamos o obséquio de nos fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a conclusão do exame médico-pericial. O fornecimento dessas informações, sigilosas e de utilização exclusiva para subsidiar a análise do benefício pleiteado, conta com autorização do segurado interessado ou seu responsável legal (Lei de nº 3.268/57; Lei nº 7.713/88; Lei nº 8.213/91; Lei nº 9.250/99, Decreto de nº 44.045/58; Decreto nº 3.000/99; Decreto nº 3.048/99, e Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 1.246/88 e 1.484/97).

- 1- Diagnóstico / CID-10 (com CAUSA BÁSICA);
- 2- Descrever Acuidade Visual com melhor correção e outros detalhes de exame oftalmológico que considerar importantes.
- 3- Há alterações na fundoscopia? Em caso afirmativo, quais?
- 4- Descrever resultado dos últimos exames complementares realizados (se possível trazer tais exames);
- 5- Há indicação de tratamento cirúrgico? Em caso afirmativo, há pendências para realização de tal tratamento? (qual o prazo para realização de tal tratamento?) Quais pendências? Em caso de indicação de cirurgia qual o resultado e o prognóstico esperado?
- 6- Caso não haja indicação cirúrgica qual o tratamento indicado? Qual o resultado esperado? Qual o prognóstico?
- 7- O paciente apresenta prejuízo funcional significativo atualmente? JUSTIFIQUE. Tal prejuízo limita sua capacidade de dirigir veículos automotores em algum grau?

Fazer deitar no ato do preenchimento

Atenciosamente,

 Antônio Gabriel Teles Valentim
 Pórtio-Médico-Previdenciário
 SIAPF 1949610 - CREMEEPE 11749

 APS São Leopoldo
 da Mata

Nome da APS/UAA

16/01/2018

Data

Assinatura e Carimbo do Médico do INSS

SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Eu, Sávio Morel G da Nogueira, RG _____, autorizo a emissão, em caráter confidencial, das informações acima solicitadas, por atenderem a meu interesse (ou interesse de) _____
 N.Ru/NB: 164536777 (de quem sou responsável legal).

Assinatura do Segurado ou Responsável Legal

INFORMAÇÕES MÉDICAS

H48 - Neuropatia óptica framatíope

AVL 20/60 Olho direito

20/20 Olho esquerdo

Fundo de olho: Palidez de disco óptico global direito. Díexe óptico corado Olho esq.
 Comprometido - Olho direito: comprometimento papilar global OE - normal.
 Nas tel indícias de cirurgia.

O paciente nas pessas mais variadas insinuações estereoscópicas. A vantagem existe para dirigir categoria D Marisa Kattan

CRM 10.120

Neurooftalmologia

Eletrofisiologia

 Informe Marisa Kattan
 10/120

23/01/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

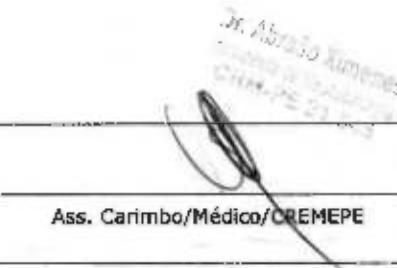
Paciente: STLVO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC	Prontuário: 1605392
Clinica:	Atendimento: 870077
	Leito: 502-L8

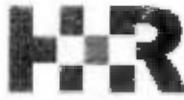
AO OFTALMOLOGISTA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO), SUBMETIDO À NEUROCIRURGIA PARA DRENAGEM DE HEDA EM 24/09/17. APRESENTOU EDEMA PALPEBRAL À DIREITA + SECREÇÃO IPSILATERAL, SENDO PRESCRITO TOBREX PELO OFTALMOLOGISTA EM PARECER.

SOLICITO REAVALIAÇÃO.

GRATO.

Data: 02/10/2017	 Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE
------------------	--



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 09/11/2017 13:00Hr

Serviço.....: BUCO MAXILO FACIAL

Médico.....: 390 - ANTONIO DE FIGUEIREDO CAUBI

Agenda.....: 35752

Informações do Paciente

Paciente.....: 1605392

Same.....:

Nome.....: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

Sexo.....: MASCULIN

Fone.....: Residencial: (81) - 991588697 / Celular: (81) - 989732548 Nasc.....: 28/02/1988

Endereço.....: ESTRADA DE ALDEIA, 1 - ALDEIA - CAMARAGIBE - PE - Cep: 54792015

Cidade.....: CAMARAGIBE

Agendado por: VANDERSONASN



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Nº Atendimento : 869586

Name : Silvio Manoel Gomes

Foi atendido dia 05/11/17 hs. do dia 24,09,17

Diagnóstico Próável:

gengivite últimos de acessos
últimos últimos últimos últimos
últimos últimos últimos últimos

- recente de 20 dias de resfriado

- último último último último
último último último último

Tratamento Realizado: Treatmente composto

Bruxismo ao acesso de
Dr. Caubi só fica as 13:00 horas
após manhã

Observação

Cópia de : Julia Bento 24/10/17

Médico - CRM-Nº

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Comunidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NAME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO STC	PRONTUÁRIO: 1605392	ATENDIMENTO: 00870077
DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1988	FOI ATENDIDO EM: 24/09/2017 ÀS	DATA DA ALTA: 02/10/2017 ÀS 11:04

Diagnóstico Provável:

TCE - HEDA À DIREITA

CID: S06.4

Tratamento Realizado:

PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)

Observação:

AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS DA ALTA HOSPITALAR.
PROCURAR EMERGÊNCIA EM CASO DE SONOLÉNCIA, CEFALÉIA INTENSA OU VÔMITOS
AO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA
RETRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE 7 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR
CONVALESCER EM SUA RESIDÊNCIA POR 60 DIAS
TOMAR OS MEDICAMENTOS CONFORME A PRESCRIÇÃO

Encaminhado para:

ABRAAO WAGNER PESSOA XIMENES - CRM: Nº 21845

Recife, 02, OUTUBRO ,2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Pùblico do Estado de Pernambuco.

ANUANA SEGURADORA
28 AGO 2017



ARUANA SEGURADORA
28 AGO 2013



ARQUIVADA
20/03/2023

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012808806878 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SEVERINO ALVES DA SILVA
ENTRADE FRANCO GONDIM BORRLI 268 54789-370
CASA ALDEIA KM 7 BORRALHO CAMARAGIBE-PE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
		2016	22/06/16	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA		
1	546.186.217-99	XIQ7950		
RENAVAM		MARCA / MODELO		
223324973		GM/CELTA 2P LIFE		
ANO FAB.	DATA FAB.	Nº CHASSI		
2010	01	9EGRZ08E0BG148752		
PRÉMIO TARIFÁRIO				
INSS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)		
SEGURADO PAGO				
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO		

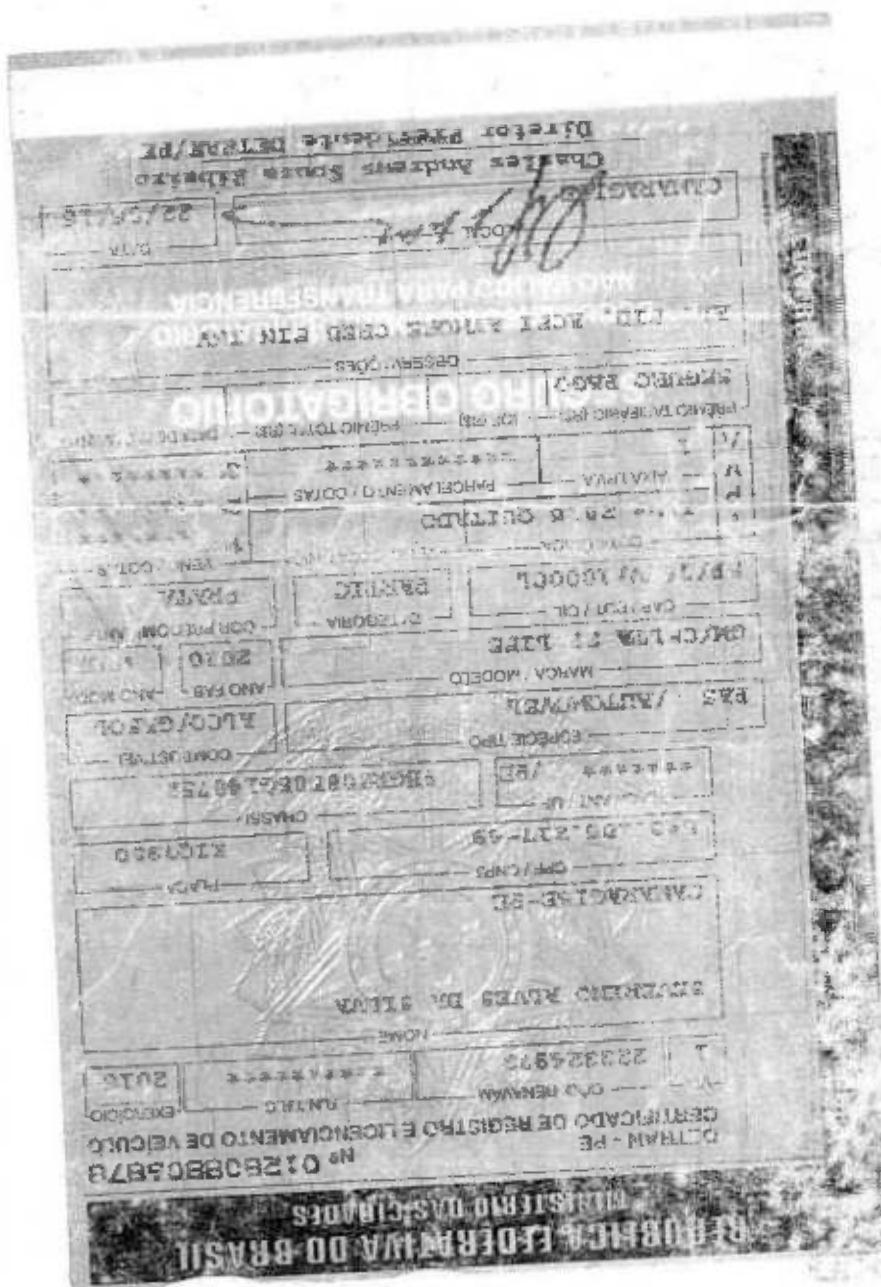
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.



ARUANA SEGURADORA
28 AGO 2013





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
 DATA DO ACIDENTE 24/09/17 CPF DA VÍTIMA 071.327.324-04

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CLIQUE PARA TESCO COM A VÍTIMA É PORTADOR

ENDERECO DO PORTADOR CONEGO JOSÉ FERNANDES MACHADOS
 N° 233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VARZEA
 CIDADE PELÉ PE UF PE CEP 50.970-230
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 9 8552-9424

MARQUE 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 ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PE LA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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, TAI 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 RECEITÁRIO 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, TAI 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

- | | |
|---|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> - INCIDE - 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) - REIMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBOSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMISSADAS. |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURADORAONLINE.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 021 1204 | |

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SECURADA
18 AGO 57



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504224 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
NASCIMENTO

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEDA

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. PERICIANDO SEM QUEIXAS, APRESENTA LAPSOS DE MEMORIA, POREM SABE INFORMAR ONDE MORA, IDADE, ESTADO CIVIL. DEAMBULA LIVREMENTE, APESAR DE SUA ACOMPANHANTE INSISTIR EM APOIÁ-LO PELO BRAÇO. APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA EM REGIÃO OCCIPITAL DIREITA, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504224 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
 NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
 FRATURA DO MAXILAR DIREITO.
 TRAUMA DO NERVO E DAS VIAS ÓPTICAS.
 TRAUMA DE FACE ,OTORRAGIA,RINORRAGIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
 P-6-17-20-37-42-50-53

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504224 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DO MAXILAR DIREITO.
TRAUMA DO NERVO E DAS VIAS ÓPTICAS.
TRAUMA DE FACE ,OTORRAGIA,RINORRAGIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-6-17-20-37-42-50-53

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	50 %	R\$ 6.750,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504224 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
NASCIMENTO

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEDA

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. PERICIANDO SEM QUEIXAS, APRESENTA LAPSES DE MEMORIA, POREM SABE INFORMAR ONDE MORA, IDADE, ESTADO CIVIL. DEAMBULA LIVREMENTE, APESAR DE SUA ACOMPANHANTE INSISTIR EM APOIÁ-LO PELO BRAÇO. APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA EM REGIÃO OCCIPITAL DIREITA, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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

**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: 3190504224
Nome do(a) Examinado(a): Silvio Manoel Gomes do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): R Canada, 330 Casa
Aldeia dos Camaras Recife PE CEP: 54783-710
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7165615
Data local do acidente: [24/09/2017]
Data local do exame: [17/09/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TCE COM HEDA

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

Tratamento: DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO.

NÃO FEZ FISIOTERAPIA

Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. PERICIANDO SEM QUEIXAS, APRESENTA LAPSES DE MEMORIA, POREM SABE INFORMAR ONDE MORA, IDADE, ESTADO CIVIL. DEAMBULA LIVREMENTE, APESAR DE SUA ACOMPANHANTE INSISTIR EM APOIÁ-LO PELO BRAÇO. APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA EM REGIÃO OCCIPITAL DIREITA, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA.

- IV. Nexo de causalidade: 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)

() Sim (X) Não

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

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 (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(X) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- 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. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742



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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504224

Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 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, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504224

Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

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



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, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504224

Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	071.327.324-04	SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO		

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

5 - Nome completo:	SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO		6 - CPF:	071.327.324-04			
7 - Profissão:	Reusa	8 - Endereço:	Rua: CANADA	9 - Número:	330		
11 - Bairro:	ALTOIA CAMARA	12 - Cidade:	CAMARA GIBE	13 - Estado:	PE		
15 - E-mail:					14 - CEP:	54.783.710	
						16 - Tel. (DDO):	(31) 98552.9424

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:
----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
--	--	--	--

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	---	---

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO:
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (394)	

AGÊNCIA: 1509	1	CONTA: 30.164	7	AGÊNCIA: _____	1	CONTA: _____	7
(Inserir o dígito se exibir)		(Inserir o dígito se exibir)		(Inserir o dígito se exibir)		(Inserir o dígito se exibir)	

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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (meio-irmão)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	---	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 poderão gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
				39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
				40 - Local e Data, _____ Comprovante, 22/08/19 Silva Marques de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---



Poupança variação 96 em 51





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ª CIRC
DIM/9ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0127004137

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/07/2018** às **16:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/9/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, ESTRADA DE ALDEIA, KM 18** - Bairro:
ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
SEVERINO ALVES DA SILVA (OUTRO)
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (VITIMA) ✓

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSA GOMES DA SILVA** Pai: **JOAO MANOEL DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **28/2/1988** Naturalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial **RUA CANADA, 330, PRÓXIMO AO ANTIGO BAR DE BOCA DE BOI - CEP: 55000-000 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

SEVERINO ALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

CELTa (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO ALVES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CELTa** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIQ7950** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **223324973** Chassi: **9BGRZ08F0BG148752**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

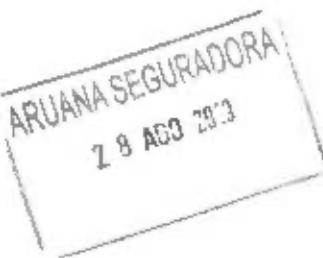
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA MADRUGADA DO DIA 24 DE SETEMBRO DE 2017 VEIO SOFRER UM ACIDENTE ENQUANTO ESTAVA CONDUZINDO UM VEICULO DE UM AMIGO. QUE NESSE DIA ESTAVA CHOVENDO MUITO E COM POUCA VISIBILIDADE QUANDO SOBROU NUMA CURVA E VEJO CAPOTAR O VEICULO. O MESMO ESTAVA ACOMPANHADO POR OUTRAS TRES PESSOAS QUE NÃO SOFRERAM LESOES. O MESMO FICOU DESACORDADO, SENDO INFORMADO QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS DIRETO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, FICANDO EM ESTADO DE COMA POR CERCA DE SETE, FICANDO EM INTERNAMENTO POR DEZ DIAS. O MESMO TEVE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA, E FEZ UMA CIRURGIA NA CABEÇA.

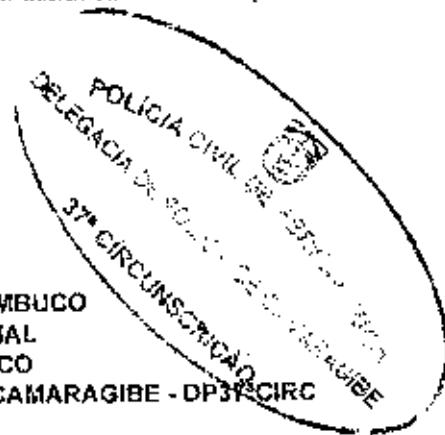
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Silvio m. gomes do nascimento
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEKSANDER FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**



OBS: Veículo que
2 Vítima estava (CARRO)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37 CIRC
DIM/9º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0127004137

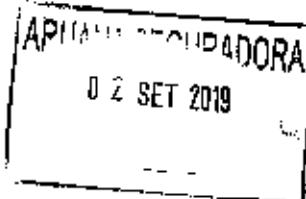
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/07/2018** às **16:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/9/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, ESTRADA DE ALDEIA, KM 18** - Bairro: **ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**, Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APlica (AUTOR / AGENTE)
SEVERINO ALVES DA SILVA (OUTRO)
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (VITIMA) ✓



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **ROSA GOMES DA SILVA** Pai: **JOAO MANOEL DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **28/2/1988** Naturalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CANADA, 330, PRÓXIMO AO ANTIGO BAR DE BOCA DE BOI - CEP: 55000-000** - Bairro: **ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone da Contato: -

SEVERINO ALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

CELTa (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO ALVES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CELTa** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: KIQ7950 (PERNAMBUCO/CAMARAGibe) Renavam: 223324973 Chassi: 9BGRZ08F0BG148752
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: ALCO/GASOL

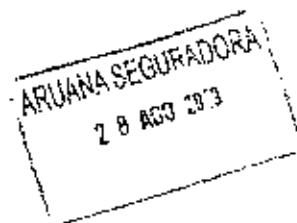
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA MADRUGADA DO DIA 24 DE SETEMBRO DE 2017 VEIO SOFRER UM ACIDENTE ENQUANTO ESTAVA CONDUZINDO UM VEICULO DE UM AMIGO. QUE NESSE DIA ESTAVA CHOVENDO MUITO E COM POUPA VISIBILIDADE QUANDO SOBROU NUMA CURVA E VEIO CAPOTAR O VEICULO. O MESMO ESTAVA ACOMPANHADO POR OUTRAS TRES PESSOAS QUE NÃO SOFRERAM LESÕES. O MESMO FICOU DESACORDADO, SENDO INFORMADO QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS DIRETO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, FICANDO EM ESTADO DE COMA POR CERCA DE SETE, FICANDO EM INTERNAMENTO POR DEZ DIAS. O MESMO TEVE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA, E FEZ UMA CIRURGIA NA CABEÇA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Silvio Manoel Gomes do Nascimento
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA - Matrícula: 272840-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	071.327.324-04	SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO		

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

5 - Nome completo:	SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO		6 - CPF:	071.327.324-04			
7 - Profissão:	Reusa	8 - Endereço:	Rua: CANADA	9 - Número:	330		
11 - Bairro:	ALTOIA CAMARA	12 - Cidade:	CAMARA GIBE	13 - Estado:	PE		
15 - E-mail:					14 - CEP:	54.783.710	
						16 - Tel. (DDO):	(31) 98552.9424

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:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (394)	

AGÊNCIA: 1509	1	CONTA: 30.164	7	AGÊNCIA: _____	1	CONTA: _____	7
(Inserir o dígito se exibir)		(Inserir o dígito se exibir)		(Inserir o dígito se exibir)		(Inserir o dígito se exibir)	

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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (meio-irmão)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	---	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 poderão gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
				39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
				40 - Local e Data: _____ Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000782 Div. Op.

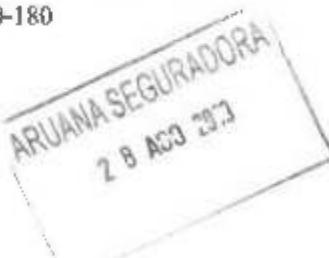
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA , 35 anos, BRASILEIRA (a), SOLTEIRO(a), RG nº 6141955 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 056.639.994-69, residente à RUA CÔNEGO JOSÉ FERNANDES MACHADO , nº 233, CASA, VARZEA , RECIFE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/09/2017, por volta das 04:13 hs, no endereço: RODOVIA PE 27, 19, CHÂ DE CRUZ PAUDALHO-PE, referente a um(a) CAPOTAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL CELTA CINZA KIQ7950-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO , inscrito sob o CPF nº 071.327.324-04 e Registro Geral nº 7165615, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707072-1 FELIX. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1605392. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 15/07/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbnl.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000782

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Itaucard Itau

Consulte sua fatura na Internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



CHARTERED PL



SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
R CANADA 330
CS - ALDEIA CAMARAS
54783-710 CAMARAGIBE - PE



Digitized by srujanika@gmail.com

Dit u de Postpartum, 05/08/2019

Data de Vencimento: 16/06/2019

Data gerada de: 10/09/2015 - hora: 10:20:00

28423-37

Fatura Mensal

RCHLO

RIACHUELO

MIDWAY

FINANCEIRA

www.rchlo.com.br



fffffllllllllllllllllllllllllllll

FERNANDA B D OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233A
VARZEA
50970-230 RECIFE PE

Vencimento:
18/06/2019

Titular: **FERNANDA B D OLIVEIRA**
Cartão: XXXX.XXXX.XXXX.X121

Vencimento	Saldo a Pagar R\$
18/06/2019	582,98

Parcelamento de Fatura até o Vencimento
11x de R\$ 95,96

Atenção: Para ativar o parcelamento efetue o pagamento total do valor da primeira parcela até o vencimento.

Outras opções de
Parcelamento de Fatura
até o Vencimento
na folha anexa ou na
Central de Atendimento

Parcelamento AUTOMÁTICO
Pague qualquer valor igual ou acima de
R\$ 85,79

o saldo restante em até 15x com juros

Atenção: Se desejar antecipar parcelas ou a totalidade do
financiamento entrar em cartão com a Central de
Atendimento para emissão de um novo boleto.

Histórico das Despesas

DATA	Descrição	VALOR	
18/05/19	Seguro Perda e Roubo Bandeira	2,50 D	
18/05/19	Acidentes Pessoais Familiar	12,95 D	
19/05/19	FERNANDA B D OLIVEIRA X121		
19/05/19	ATACADO DOS PRESENTES	13,31 D	
23/05/19	SPUR BOA VISTA	50,00 D	
16/05/19	CAMPOS CHOCOLATES BOA	10,00 D	
16/05/19	YES COSMETICS	34,90 D	
19/05/19	MELHOR COM DE ALUMEN L	7,79 D	
19/05/19	MELHOR COM DE ALUMEN L	32,26 D	
20/05/19	PRODUTOS GLOBO	17,01 D	
22/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	53,17 D	
24/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	16,98 D	
24/05/19	JOSE VALDR DA SILVA E	20,50 D	
26/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	50,22 D	
27/05/19	PERNAMBUCO MOTOS LTDA	14,00 D	
31/05/19	EVOLUCAO MOTO PEÇAS	35,00 D	
01/06/19	JOSE MATIAS NETO MER	46,40 D	
03/06/19	POSTO CAYMAN LTDA	30,00 D	
03/06/19	PASSIRA	43,10 D	
04/06/19	VILA SELA E COMBUST	30,00 D	
04/06/19	MEGA MMODIS	01/06/19	26,00 D
	SUMITOTAL	316,83	
18/05/19	PAGAMENTO:	1.000,00 C	
18/05/19	ANIVERSARIO RACHUELO - TITULAR	20,00 D	

Límite para Compra	
Total 1.340,00	Disponível 410,52

Límite para Saque	
Total 134,00	Disponível 134,00

Encargos	CET		
Reembolso de Saldo	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.	14,53 % a.a.
Reembolso Max. Próximo Mês	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.	14,53 % a.m.
Parcelamento de Fatura	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.	14,78 % a.a.
Parcelamento de Fatura Max. Próximo Mês	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.	14,78 % a.a.
Multa Contratual Por Atraso	2,00 % a.m.	0,00 % a.a.	0,00 % a.a.
Juros Remuneratórios de Atraso	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.	14,51 % a.m.
Juros de Multa (Pro-Rata)	1,00 % a.m.	0,00 % a.a.	0,00 % a.a.
Taxa de cobrança por Atraso	R\$ 0,00	R\$ 0,00	0,00 % a.a.

Nº Sorteio - Produtos Financeiros

Descrição	Código	Valor	Data Sorteio
PERDA E DANOS	040093	R\$ 0,00	27/07/19
ACD PESSOAL FVA	020370	R\$ 0,00	27/07/19

Informações importantes

A PARTIR DE 02 DE MAIO DE 2019 O VALOR DA ANIVERSIDADE DE SEU CARTÃO RIACHUELO SERÁ ALTERADA DE R\$ 25,00 PARA R\$ 29,00.
LANÇADA CONFORME A DATA DE ANIVERSARIO DA ANIVERSADE.

Informações que seu cartão não tem efeitos nos órgãos de proteção ao crédito, a Empresa suspende e cancela o crédito, conforme cláusula contratual 6.7.

ARUAMA SEGURADORA
2-8 ACD 203



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

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

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

Capital 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 Ouvintiva: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº95.613/98.

Pelo exposto, eu FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.639.994 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o nº 071.327.324 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Inscrito (a) no CPF sob o nº 071.327.324 / 04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declare 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.

Enderço: RUA CONEGO JOSÉ FERNANDES MACHADOS	Número: 233	Complemento: CASA
Bairro: VARZEA	Cidade: RECIFE	Estado: PE
E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com	CEP: 50.970-200	Tel.(DDD): 81 98552-9424 / 81 99472-7853

Local e Data:

Recife, 27/08/14

Assinatura do Declarante

