

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **HERMESON BEZERRA SOUZA**

Nº Sinistro: **3180061093**

Vitima: **HERMESON BEZERRA SOUZA**

Data do Acidente: **16/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180061093**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12346936



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **HERMESON BEZERRA SOUZA**

Sinistro: **3180061093**
Vítima: **HERMESON BEZERRA SOUZA**
Data do Acidente: **16/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180061093** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12441514

A/C: HERMESON BEZERRA SOUZA

Nº Sinistro: 3180061093
Vítima: HERMESON BEZERRA SOUZA
Data do Acidente: 16/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: HERMESON BEZERRA SOUZA

Valor: R\$ 8.775,00

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 000000094408-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.775,00

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

016.156.004-00

HERMESON BEZERRA DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo HERMESON BEZERRA DE SOUZA		CPF titular da conta 016.156.004-00		Profissão RECUBA
Endereço RUA FERNANDES VIEIRA		Número 733	Complemento	
Bairro JOSE PINHEIRO	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PARAIBA	CEP 58407-490	
Email igo_oliveira@hotmail.com			Telefone (DDD) (933) 99980-7367	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ PRECISO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0737 D/V ☐ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 94408 D/V 3 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO		AGÊNCIA NRO. D/V ☐	
				CONTA NRO. D/V ☐		(Informar dígito se existir)	

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

CAMPINA GRANDE PB 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Hermesom Bezerra de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

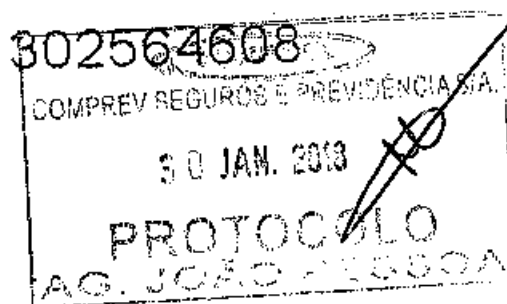
CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

29/01/2018 HORA: 12:44:27
DATA EFETIVACAO: 29/01
CONVENIO: 000518565
OPERADOR: 51901

AGENCIA: 0737
CONTA: 013.00094408-3
NOME: HERMESON BEZERRA SOUZ
VALOR: 5,00
COD. OPERACAO: 302564608

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474



DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180061093
Nome do(a) Examinado(a): Hermeson Bezerra Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Fernandes Vieira, 733
Jose Pinheiro Campina Grande PB CEP: 58407-490
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3623651
Data local do acidente: [16/07/2017]
Data local do exame: [19/02/2018] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

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

**FRATURA DE CLAVÍCULA D
FRATURA DE TÍBIA D**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA D COM USO DE DOIS FIOS K
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM USO DE FIXADOR EXTERNO E GESSO
Complicações: EVOLUIU COM OSTEOMIELEITE CRONICA DA PERNA D
Data da Alta: MEADOS DE JANEIRO DE 2018**

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

PRESEÇA DE CICATRIZES VARIAS EM TODA A PERNA D COM ARÉAS DE ENXERTIA DE PELE, PERDA DE SUBSTÂNCIA, DEFORMIDADE, PERDA DA ADM DO TNZ, FLEXÃO DO JOELHO D DE 90°, DEAMBULA COM AUXILIO DE MULETA. PRESEÇA DE CICATRIZ NO OMBRO D NA REGIÃO DA CLAVICULA D COM LIMITAÇÃO DA ELEVAÇÃO DO MSD.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

PERDA DE TECIDO DA PERNA, DEFORMIDADE ÓSSEA, PERDA DA CAPACIDADE DE DEAMBULAR SEM AUXILIO DE ORTESES, DEFORMIDADE GRAVE DE TODA A PERNA, PERDA DE MOVIMENTO DO TNZ, DEFORMIDADE DO OMBRO D COM LIMITAÇÃO DA ELEVAÇÃO DO MSD.

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

() "Sem seqüela 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):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

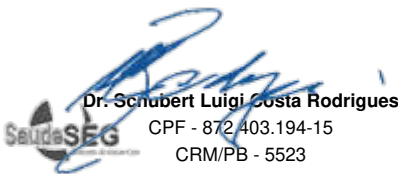
Região Corporal (Sequela):

% 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. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CPF - 872.403.194-15
CRM/PB - 5523

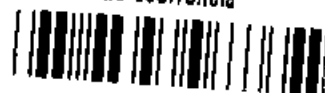


GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Raimundo Nonato, S/n, Bairro do Catolé - Campina Grande - PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de ocorrência



Versando sobre ACIDENTE DE MOTOCICLETA:

Hora e data do fato: Às 03:20, do dia 16 de julho de 2017.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 16:13, do dia 11 de janeiro de 2018.

Local do Ocorrido: RUA GETÚLIO CVALCANTE, BAIRRO JARDIM PAULISTANO, CAMPINA GRANDE/PB.

COMUNICANTE/VÍTIMA: HERMESON BEZERRA DE SOUZA, do sexo masculino, nascido no dia 13/11/1989, com 28 anos de idade, ID: 3623651-SSP/PB, RELOJOEIRO, filho de HERNANI ZEFERINO DE SOUZA e de MARILEIDE BEZERRA DE BELO, escolaridade: MÉDIO INCOMPLETO, SOLTEIRO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRO, residente na RUA FERNANDES VIEIRA, complemento 733, bairro JOSÉ PINHEIRO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº 9-8704.6712.

TESTEMUNHAS: ERICA DA COSTA VASCONCELOS, do sexo feminino, SOLTEIRA, residente na RUA FERNANDES VIEIRA, complemento 1001, bairro JOSÉ PINHEIRO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB. **JOSÉ IGO OLIVEIRA DE ALMEIDA**, do sexo masculino, ESTUDANTE, SOLTEIRO, BRASILEIRO, residente na RUA RIACHUELO, complemento 1954, bairro JARDIM PAULISTANO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB.

ACUSADO(S): NÃO HÁ

COMPREV REGUROS E PREVIDENCIA SIA

9 0 JAN. 2018

PROTOCOLO

HISTÓRICO: Informa o comunicante, que por volta das 03h20min do dia 16-07-2017, estava trafegando pela Rua Getúlio Cavalcante, no sentido Bairro/Centro, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN EX, ano/modelo 2015/2015, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1660FR056704, de placas QFI-8108/PB, licenciada em nome de José Alexandre O. dos Santos, em um momento de distração perdeu o controle de direção ao transpor um quebra molas não sinalizado, caindo ao solo em seguida, sofrendo fraturas na clavícula e

tíbia direita, sendo socorrido pelo Resgate do Corpo de Bombeiros e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos e permaneceu alguns dias internado, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais da CPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

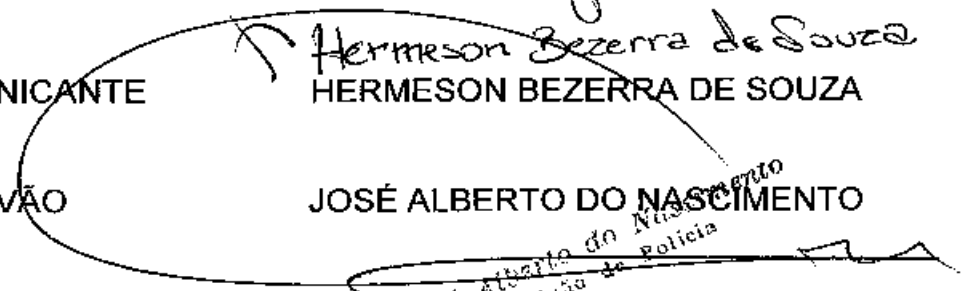
AUTORIDADE


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

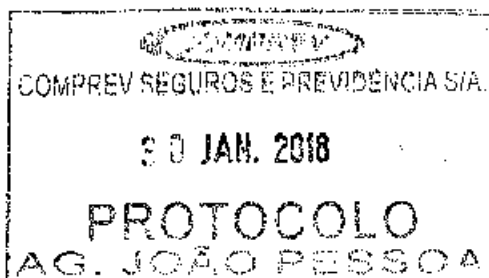
COMUNICANTE


HERMESON BEZERRA DE SOUZA

ESCRIVÃO


JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia



Declaração de Inexistência de IML



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

HERMESON BEZERRA DE SOUZA

CPF da Vítima

06.156.004-00

Data do Acidente

16-07-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

HERMESON BEZERRA DE SOUZA

CPF do Representante legal

06.156.004-00

Email

igo.diveira@hotmail.com

Telefone (DDD)

(33)99980-7367

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

30 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAMPINA GRANDE/PB 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Hermeson Bezerra de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ch



Comprovação de ato declaratório



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES POLICIAIS**

Campina Grande – PB, 11 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 004/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 16/07/2017, conforme registro nº BM2017.0716.0320-00005, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 03h20min o Sr. **HERMESON BEZERRA DE SOUZA**, documento de identificação nº **3623651 SSP PB**, vítima de acidente de trânsito (**COLISÃO/CHOQUE COM VÍTIMA NÃO FATAL**) ocorrido na **Rua Getúlio Cavalcante**, bairro: **Jardim Paulistano**, cidade **Campina Grande-PB**. Que a guarnição da viatura de prefixo **AR-33**, tendo como chefe o **CB Janiel**, Matrícula: **525.995-9**. A VÍTIMA ENCONTRAVA-SE CONSCIENTE COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UMA POSSÍVEL FRATURA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

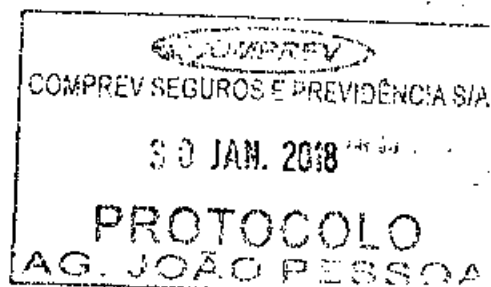
Para constar, eu 1º SGT, **ERIC MEDEIROS MARINHO**, Matrícula 521.598-6 auxiliar do Centro Integrado de Operações Policiais, digitei a presente Certidão, que vai assinada por mim e pelo chefe do CIOP.

José Honório da Silva
MAT 520.114-4

JOSÉ HONÓRIO DA SILVA – 1º TEN QOABM

Chefe do CIOP

ERIC MEDEIROS MARINHO – 1º SGT BM
Auxiliar do CIOP



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA - 2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
AV. ALMEIDA BARRETO, N.º 429 - SÃO JOSÉ, CEP: 58400-320 - CAMPINA GRANDE-PB.
TEL: (83) 3310-3389 / FAX: (83) 33103396 -
E-MAIL: comcom2cbm@hotmail.com



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.775,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERMESON BEZERRA SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000094408-3

Nr. da Autenticação 11832D076BF7555C

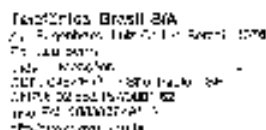
Eu, HERNANDEZ REZERNA DE SOUZA

RG nº 3623651, data de expedição / / , Órgão SSP-PA

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA FERNANDES VIEIRA
Número	733
Apto / Complemento	
Bairro	JOSE PINHEIRO
Cidade	CAMPINA GRANDE
Estado	PARAIBA
CEP	58407-490
Telefone de Contato	(83) 99980-7367
E-mail	IGD-OLIVEIRA-F@hotmail.com

Local e Data: CASIMIRA GRANDE, PB, 29/01/18

Assinatura do Declarante: Hermes Bezerra de Souza



Nome: HIRSHMANN SEZERRA SOUZA
Filiação: RUA FERNANDES VIEIRA 739 JOSE PINHEIRO - 58407-480 - CAMPINA GRANDE / PB
Código de cliente: 8090 7802 0876 21 5 Número de telefone: 8330852950
Mês e ano de nascimento: Janeiro/2018 Data de cadastro: 01/01/2018
Número de matrícula: 0541627814 0 Tipo de cliente: Residência

Descrição da sua falura

TOTAL SPECIAL PAYABLE

10

Total Utilization of the fund
\$ 1,000,000.00

Isle de Lucayan	November	December	January
-----------------	----------	----------	---------

Мессенджер Data word

Participe do Conselho de Usuários da Vivo. Mais informações: www.vivo.com.br/conselhodeusuarios

[illegible]

725.000

Antibiotic Therapy

Notes to Client:

HERMESON BEZERRA SOUZA

St. Chrys. 9909 180 ments pagamentu paich'.

Culture change

Código para Cadastro de
de Cálculo Automático

Número da Fatura

Date de Verçiment

Valori a Pagare (R5)

8999 7652 0878

899976020878-6

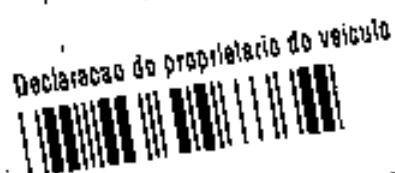
0541667814-0

15/01/2018

112.98

6488000001 6 12950022085 3 89750208780 8 54188781499 9





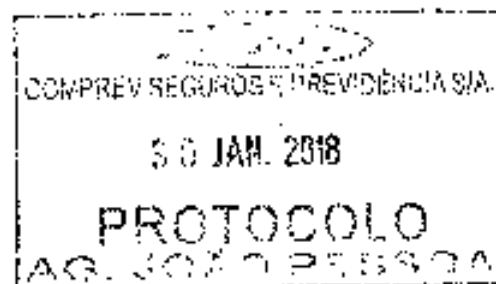
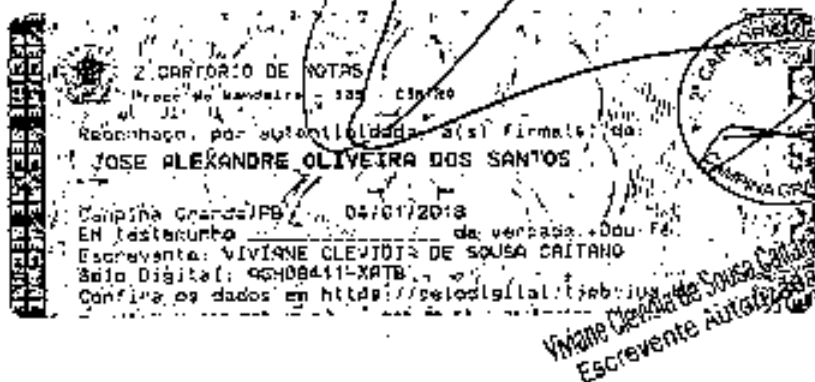
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joné Alexandre Oliveira dos Santos,
RG nº 2550826, data de expedição 17/05/1999 Órgão
SSP. PB, portador do CPF nº 02827474433, com domicílio na
cidade de Campina Grande, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Meirez Quinino Pereira, nº 243,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Hermesom Bezerra de Souza cujo o condutor era

Veículo: Nonda/Cg 150 (Moto)
Modelo: titan Ex
Ano: 2015 / 2015
Placa: QFT 8108
Chassi: 9C2KC1660FR056704
Data do Acidente: 16/07/2017
Local e Data: Rua: Otúlio Calvante - Liberdade

Joné Alexandre Oliveira dos Santos
Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)

Hermesom Bezerra de Souza
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





AG. JOÃO PESSOA

CONFIDENTIAL

3677

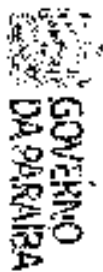
SERVIÇOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico _____
() Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____
() Transfêrência a outro SETOR ou HOSPITAL
() Óbito _____

✓ 11 transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	GONZAGA, RAYSSA SOARES		
End:	ESPERANÇA, PARANÁ, 180		
Data de Nascimento:	03	06	2005
Queixa:	DO OMBRO Data do Atendimento: 16/01/2018		
Atualmente trabalha?	☐ Sim ☒ Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo	Aspecto:	☐ Calmo ☐ Fútil de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:	Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Palida		
Deambulação:	☐ Livre ☐ Cadente de todas ☐ Mica		

Estratificação

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

☐ Amarelo - atendimento até 4 horas
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

PRONTUARIO:

27 amx

69199

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

ANTES DA INCISÃO ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
CIRÚRGICA

ENTRADA

PAUSA CIRURGICA

SAIDA

- CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SITO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMAM VERBALMENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

X NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☐ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

$$\frac{X}{NaO}$$

VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

NÃO
 X

SIM E'HÀ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL.

RISCO DE PERDA SANGÜINEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

~~X~~
NAC

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

 $\chi_{S/M}$

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS

২. চিহ্ন

NOTES AND APPLICATION

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

Thou hast

☐ BÍOPIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

0 A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRURGICOS
COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORREITAS OU
NÃO SE APLICAM *sim*

NÃO SE APLICAM

Assessment

Trans. Exp. de Tórax + Pex
Elav. Cula.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Romero da Paixão Souza Registro: Leito: 2-4 Setor Atual: Onco 1
Idade: 27 Sexo: M Cor: Estado Civil: Casado Naturalidade: Caruaru Profissão: Atendente
Pigmentação: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: Onco 1 () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: Data da internação no setor:
Tem um cuidador/Responsável: () Quem?
Telefone: 9-8878-3561 Tem acesso a uma UBS: () Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: Tx. Trans. Exp. de Tórax Alergias: () Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
(X) Alcoolismo () Drogadição () Outros: Medicamentos em uso:

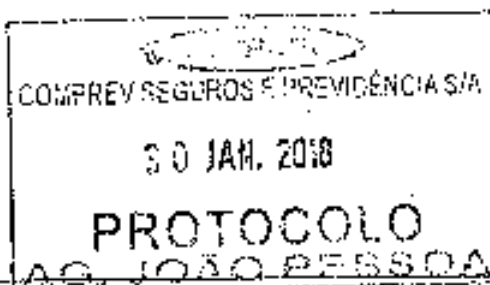
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Tx. de Tórax + Pex - Elav. Cula.

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 35,9 °C: P bpm: FR: 22 Irpm: PA: 120/70 MinutHg: FC: 99 bpm: SPO2: 98 %
Hb: mg/dl: Peso: Kg: Altura: cm Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
Escala de Glasgow (3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Reflexos: () Isocóricos () Anisocóricos () D>E () E>D () Fotoreagentes () Miólicas () Midriáticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:
Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria

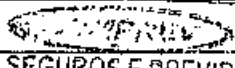
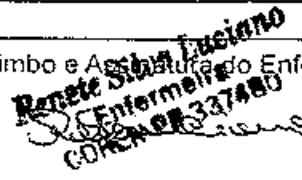
ORIGENIZAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O
(X) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Sinais adventícios: () Riscos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno do tórax: () D () E: () Selo d'água

Data da inserção do dreno: Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA			
(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.			
Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()			
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: ASE Data da punção 27.07.17			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: (X) Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: 27/07/17			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: (X) Normoativos: () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h.			
Aspecto: () Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas (X) Escoriações () Outros:			
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /			
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /			
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória			
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia (X) Sono interrompido. Observações: P/Palco			
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:			
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: Católico () Praticante (X) Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
Aguardando cirurgia			
 30 JAN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 27/07/17 HORA: 9:10			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

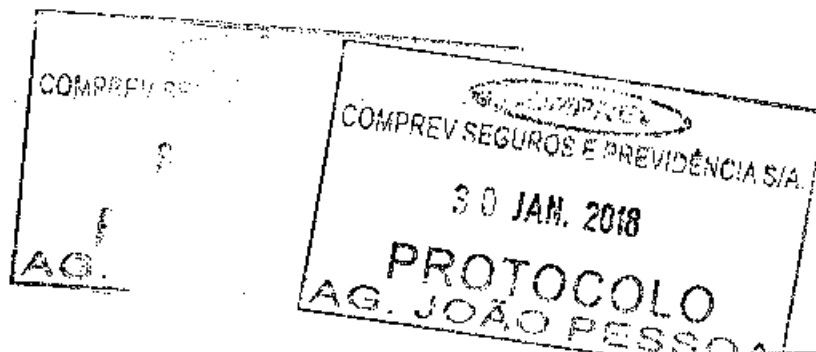
Nome: Emerson Brito Souza Registro: Leito: 02104 Setor Atual: Internado

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mioticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M.S.E. Data da punção 24/07/2018
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso. ————
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica | Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas | Manifestações de sede: ().
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória | Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: () Preservada () Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
NECESSIDADES PSICOLÓGICAS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

30 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 24 / 07 / 2018 HORA: _____
ENFERMEIRA
COREN - PB 358.098

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

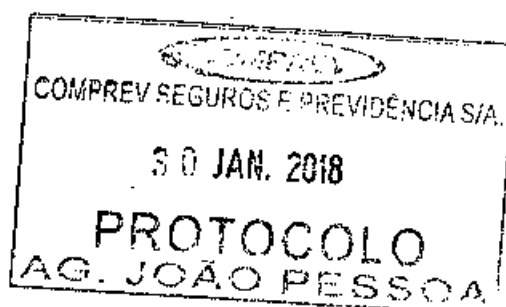
Nome: Emerson Bezerra Registro: _____ Leito: 251 Setor Atual: 91+

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (/) Consciente (/) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (/) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (/) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

(/) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno _____ / _____ / _____ Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(/) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

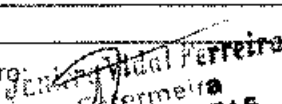
Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: 21/07/12
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso: ---
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normotativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito ml/h;
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica | Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas | Manifestações de sede: ().
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória | Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: () Preservada () Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

30 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 25/07/12 HORA: 11:20

CC-REN 345.715

Sr(a): JOSE OTAVIO MORAIS GUIMARAES Protocolo: 0000347668 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): RODRIGO FARIAS Data: 19-07-2017 11:32 Origem: CLINICA NEURO-BUCO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 55 anos Destino: ENF 08 - L 02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 19/07/2017 11:57]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

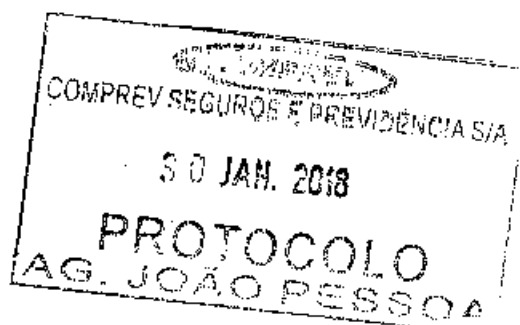
Eritrócitos.....	2.5 milhões/mm ³	4.2 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	7.5 g/dL	13.5 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	22 %	40.0 a 52.5 %
V.C.M.....	90 fL	82.0 a 102.0 fL
R.C.M.....	30 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	11.000 /mm ³	(%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....				
Promielócitos.....	0		0	
Mielócitos.....	0		0	
Metamielócitos.....	0		0	
Bastonetes.....	3.0		330	
Segmentados.....	78.0		8.580	40 a 70 % - 1.500 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1.0		110	0.5 a 6.0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0		0	0 a 2.0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos.....				
Típicos.....	18.0		1.980	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0		0	
Monócitos.....	0		0	2.0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	622.000 mm ³			140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Life Marcianne L. M. Martins
Life Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463





Nome:	EMERSON BEZERRA SOUZA	Protocolo:	0080547669	RG:	NÃO INFORMADO
Depto:	CELSOMARCOS R. DA SILVA	Data:	19-07-2017 11:29	Origem:	CLINICA NEUROLOGIA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	47 anos	Cidade:	RECIFE - PE

TEMPO DE COAGULACAO 7'30" min

Revisão de resultados: 13.07.17; 8:30

Valor de referência: 13.07.17; 8:30

Valor de referência

Valor de referência

Valores de Referência
de 0 a 13 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00"

Revisão de resultados: 13.07.17; 8:30

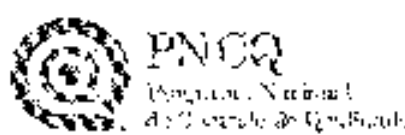
Valor de referência: 13.07.17; 8:30

Valor de referência

Valor de referência

Valores de Referência
de 0 a 13 minutos

Manuella
Julia Marciana L. M. Martins
CRF-PE 1463





Sr(a): EMERSON BEZERRA SOUZA

Protocolo: 0000347669

RG: NÃO INFORMADO

Dr(a): CRISMARCOS R. DA SILVA

Data: 19-07-2017 11:29

Origem: CLÍNICA NEURO-BCU

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Idade: 47 anos

Destino: ENF 07 - L 01

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 19/07/2017 11:54)

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.2 milhões/mm ³	4.2 a 5.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12.8 g/dL	13.5 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	38 %	40.0 a 52.5 %
V.C.M.....	92 fL	82.0 a 102.0 fL
S.C.M.....	30 pg	27.0 a 31.0 pg
C.E.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	4.100 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	123
Segmentados.....	45,0	1.845
Eosinófilos.....	6,0	246
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	43,0	1.763
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	123
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	216.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Lúcia Marianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

30 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM LUIZ GONZAGA FERNANDES SAÚDE DA PARAIBA										REQUISIÇÃO DE EXAMES									
NOME:		LUIZ GONZAGA FERNANDES		PRONTUÁRIO:		321													
IDADE:		32		SEXO:		M		COR:		B		P		A		ALTURA:			
																PESO:			
																CLÍNICA:			
																ENF:			
																LEITO:			
DADOS CLÍNICOS:																			
RAIO X REALIZADO EM:																			
MATERIAL A EXAMINAR:																			
EXAMES SOLICITADOS:																			
URGÊNCIA: ☐ ROTINA: ☐																			
DATA: 17/01/18 HORA DA SOLICITAÇÃO:																			
Carimbo e Assinatura do Médico																			

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LULUZ CORAÇA FERREIRAS

NOME:		E		M		C		O		R		A		L		E		P		R		O		N		T		U		Á		R		I		O					
IDADE:		E		M		C		O		R		A		L		E		P		R		O		N		T		U		Á		R		I		O					
SEXO:		M		F		S		P		A		L		E		P		R		O		N		T		U		Á		R		I		O							
COR:		B		S		P		A		L		E		P		R		O		N		T		U		Á		R		I		O									
PESO:		K		G		M		L		B		C		M		L		E		P		R		O		N		T		U		Á		R		I		O			
ALTURA:		M		C		M		L		B		C		M		L		E		P		R		O		N		T		U		Á		R		I		O			
CLÍNICA:		O		R		T		O		R		I		N		A		L		E		P		R		O		N		T		U		Á		R		I		O	
ENF:		L		E		P		R		O		N		T		U		Á		R		I		O		N		T		U		Á		R		I		O			
LEITO:		L		E		P		R		O		N		T		U		Á		R		I		O		N		T		U		Á		R		I		O			

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA:

DATA:

ROUTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Casey, 1990

உயிரியல் அறிவியல்

9000-2-9000

Carimbo e Assinatura do Médico

2017-2018

COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

50 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

NOME:	Erickson										PRONTUÁRIO:	175		
IDADE:	SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:	
	☐ M	☐ F	☐ B	☐ P	☐ A									

DADOS CLÍNICOS:

Pós op

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de crânio O A Q

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA: 25/07/17

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 198898

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

30 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

EXPT18 D + PROX CLAY D

Paciente	EMERSON BEZERRA SOUZA, 27	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 2-4
----------	---------------------------	------------	-------	----------	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/07	1 DIETA LIVRE		72000 clavícula
	2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H		° DIH
	3 CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H		#ORTOPEDIA
	4 DIPIRONA 1g+MSD EV 6/6H		
	5 TRAMAL 100MG 100ML SF EV 8/8H SN		
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	7 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEIUM		
	8 CLEXANE 40MG SC 1x/DIA		
	9 SSVV+CCGG		
	10 CURATIVO 1 X DIA		

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE-9265

cap. Paciente e sua mãe
solicitem a 1ª hospitalar
pois desejam ser acompanhados
por seu ortopedista Dr.
Luanato md HAT para
a fratura de tíbia.
- Fomeco e teste de medula
- Fomeco refuso ambulatorial
- Fomeco pós-operatório

30 JAN. 2018

PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE-9265

Unica Orta.

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

30 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Data

Hora

T

P

R

PA

Diurese

Observações Enfermagem

Assis

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

EXP TIBID + PROX CLAV D

Paciente: EMERSON BEZERRA SOUZA, 27 Anos, Leito: 27, Convênio: LEITO 2-4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/12	1 UREA NIRE / 200 mg de 2 ILICO SALINIZADO / 200 mg de 3 CEFTRIAXONE 1g + ABS EV 12/24H 4 DIFENIDOL 2x100 EV 6h 5 TRAMAL 100MG 100ML SL EV 8/4H SN 6 NAUSEOLON 8mg/ml 165 + ABS EV 8/8H SN 7 OMEPRAZOL 40mg + UPLIVENTE 2V / 12H 8 ALEXANE 400MG SC TADIA 8/8h 9 SSVV ICCG 10 CURATIVO 1 X DIA	08h 12h 12h 12h 12h 12h 12h 12h 12h 12h	ORTOPEDIA #ORTOPEDIA #ORTOPEDIA #ORTOPEDIA #ORTOPEDIA #ORTOPEDIA #ORTOPEDIA #ORTOPEDIA #ORTOPEDIA #ORTOPEDIA

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 118-0965Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 118-0965Em 25/12/2018
Paciente em observação
em observação
em observação

em observação

CENTRO DE SEGURANÇA E DEFESA
17 JAN 2018
PROTÓTIPO
CENTRO DE SEGURANÇA E DEFESADr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 118-0965

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Emilson Bezerra Souza</u> DN = <u>31/12/69</u>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>Sala 04</u>	<u>SUS</u>	<u>27a</u>	<u>1469499</u>		
CIRURGIA <u>Tst. Cirúrgica de fistula</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Jefferson + Dr. Jádio</u>			
ANESTESIA <u>Bloqueio</u>			ANESTESIA <u>Dr. Rafael</u>			
INSTRUMENTADORA <u>211V</u>		DATA <u>25/07/17</u>	INICIO <u>19h30</u>	FIM <u>21h40</u>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catel. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	18/8/17 15
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	18/8/17 15
	Diazepam amp.	15	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	18/8/17 15
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	18/8/17 15
	Dofantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	18/8/17 15
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	18/8/17 15
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	18/8/17 15
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Catgut Simples Sertix	18/8/17 15
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Catgut Simples Sertix	18/8/17 15
	Kotalar ml	01	Equipo de Macroscopias		Elhibond	18/8/17 15
	Mercaina % ml		Equipo de Macroscopias		Elhibond	18/8/17 15
	Nubahin amp.		Equipo de Suture		Elhibond	18/8/17 15
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	18/8/17 15
	Protigmine amp.	215	Esparedrapo Largo cm		Fio de Algodão Sertix	18/8/17 15
	Proloxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	18/8/17 15
	Quelich ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fio de Algodão Sutupak	18/8/17 15
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml		Fila cardiaca	18/8/17 15
	Thionembatul ml		Intracath Adulto	03	Mononylon 2-0	18/8/17 15
	Tractum amp.		Intracath Infantil		Mononylon	18/8/17 15
Qtd.	MEDICACOES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Ocadrone amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	18/8/17 15
02	Dipirona amp.	05	Luvas 7.0	02	Prolene Sertix	18/8/17 15
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Hebocortid amp.	03	Luvas 8.0		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Geranicina amp.		Luvas 8.5		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Glicose amp.		Oxigenio l/m		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Haemacer ml	215	PVPI Degemante ml		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Heparema ml		PVPI Tópico ml		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Kanakion amp.	215	Sabão Antisséptico	01	Prolene Sertix	18/8/17 15
	Lasix amp.	04	Saco coletor de lixo	03	Prolene Sertix	18/8/17 15
	Medrolinazol.	03	Seringa desc. 10 ml		Prolene Sertix	18/8/17 15
01	Penicil amp. Dausedon	03	Seringa desc. 20 ml		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Revivan amp.		Sonda		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Suipanton amp.		Sonda Foley		Prolene Sertix	18/8/17 15
03	Cefalotina ig		Sonda Nasogática	01	Prolene Sertix	18/8/17 15
01	Hidrocortisona		Sonda Uretral nº	01	Prolene Sertix	18/8/17 15
01	Xilocaína 2% 51V		Sterydrem ml		Prolene Sertix	18/8/17 15
01	NaCl 0.9% 51V		Torneirinha		Prolene Sertix	18/8/17 15
Qtd.	MATERIAIS / SOLUCOES		Vaselina ml	01	Prolene Sertix	18/8/17 15
02	Agulha desc. 25x7 40x12	01	Gelcon 48 20		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Agulha desc. 28 x 28		Latese		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Latex		Prolene Sertix	18/8/17 15
10	Agulha p/ raque nº 22	03	Latex		Prolene Sertix	18/8/17 15
8	Alcool de Enfermagem 70%		Latex		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Alcool Iodado ml		Latex		Prolene Sertix	18/8/17 15
01	Ataduras de Crepon 15cm		Latex		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Ataduras de Gessada		Latex		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Azul metileno amp.		Latex		Prolene Sertix	18/8/17 15
	Benzina ml		Latex		Prolene Sertix	18/8/17 15

Qtd.	SOROS
01	SG Normotérmico fr 500 ml
03	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	Fio de Kirschmann 2,0
01	Fio de Kirschmann 2,5
01	Fio de Kirschmann 3,0

Qtd.	EQUIPAMENTOS
(X)	Oxímetro de Pulso
()	Serra
(X)	Desfibrilador
(X)	Foco Frontal
()	Fonte de Luz
()	Foco Auxiliar
(X)	Eletrocautério
()	Oxicapnógrafo
(X)	Cardiomonitor
(X)	Perfurador Elétrico

Salvina + Gabriel
 CIRCULANTE RESPONSÁVEL

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Hermesen Bezerra de Souza	Idade:	27 anos
Convênio:	SUS	Data:	25-07-17
Procedimento:	Tratamento cirúrgico de fratura de calcâneo (R)		
Cirurgião:	Dr. Jefferson	Auxiliar:	Dr. Júlio
		Anestesista:	Dr. Rafael
Início:	19:30	Término:	21:40
		Anestesia:	Bloqueio

[illegible][illegible]

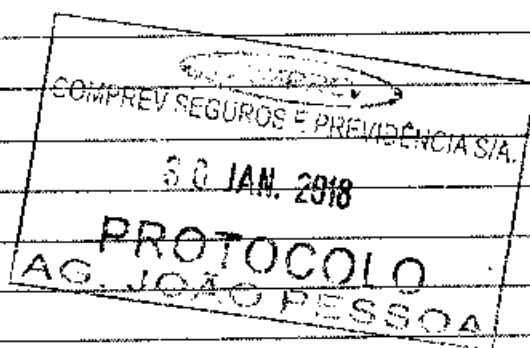
Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante



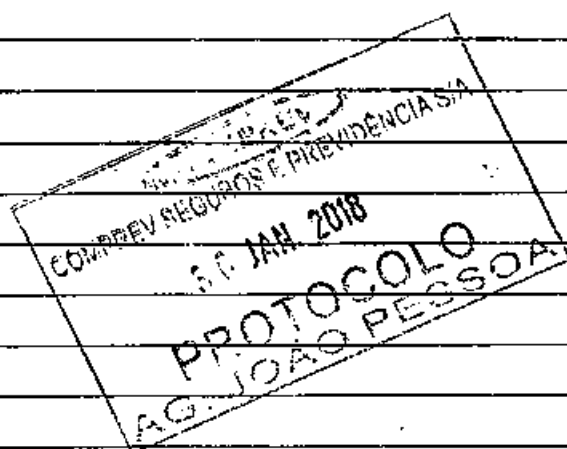
Nome do Paciente Desmerson Bezerra Souza		Nº Prontuário	
Data da Operação	Enf. Ortopedia I	Leito 2-4	
Operador Dr. Ricardo Amson		1º Auxiliar Dr. Jefferson	
2º Auxiliar Dr. João	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Fratura de clavícula D			
Tipo de Operação Ossossintese			
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia /			
Exame Radiológico no Ato N			
Acidente Durante a Operação N			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. Acesso em DDA sob anestesia
2. Hemostase e antiseptiz
3. Aplicação de campos estéril
4. Incisão sobre a região da clavícula distal por plano
+ Hemostase
5. Redução exata de foco de fratura + fixação com
6. K + coactagem
7. Hemostase + Lavagem FO e SF 0,9%
8. Sutura por planos
9. Curativo

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9968



Diagnóstico

180.90 ex

EXP TIB D + PROX CLAV D

Plano de Tratamento e Evolução

Paciente	EMERSON BEZERRA SOUZA, 27	Leito	Convênio	LEITO 2-4
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
29/1/17	1 QUETA INJE 2 BEXCO SALINIZADO			
D	4 CLINDAMICINA 600MG + ASD EV 8/6/17			
D	4 GENTAMICINA 200MG + ASD EV 1x DIA LENTO			
	5 DIPIRONA 1g + ASD EV 5/6/17			
	6 TRAMAL 100MG 100MG 50 EV 8/8/17			
	7 NAUSEIDRON 8mg/ml 2FA + ASD EV 8/8/17			
	8 GRIPEPATOL 10mg + DILUENTE EV 1x DIA			
	9 SSINA 400G			
	10 CURATIVO 1x DIA			
	Uca Anexone 1g ou 12/17			
12				
13				
14				

Dr. Jairo César Cardoso
Ortopedia e Traumatologia
CRM RJ 8866

Dr. Jairo César Cardoso
Ortopedia e Traumatologia
CRM RJ 8866

COMPREVESSUPE PREVIDENÇA SA
30 JAN 2018
PROTÓCOLO
ADJUNTO DE 3029

AC PROTOCOLO
3 JAN. 2018
COMISSÃO DE SEGURANÇA E PREVENÇÃO

RICARDO DOS SANTOS
COORDENADOR DE SEGURANÇA

100
80

100
80

100
80

100
80

24.07.08.06
2017

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
------	------	---	---	---	----	---------	------------------------	-------

EXP-THB-D + PROX-CLAY-D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: EMERSON BEZERRA-SOUSA, 27 Leito: 201 Convênio: LEITO 2-4

Data	+ DIETA-LIVRE	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/12	2 JEILOS SANGUINADOS			JEILOS DIET
02	3 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	3 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Boleto de 1ª quitação
03	4 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	4 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Divisão de 2ª quitação
04	5 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	5 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Div. 3ª quitação
05	6 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	6 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Div. 4ª quitação
06	7 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	7 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Div. 5ª quitação
07	8 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	8 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Div. 6ª quitação
08	9 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	9 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Div. 7ª quitação
09	10 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	10 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Div. 8ª quitação
10	11 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	11 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Div. 9ª quitação
11	12 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	12 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Div. 10ª quitação
12	13 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	13 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Div. 11ª quitação
13	14 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	14 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Div. 12ª quitação
14	15 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H	15 CURTIDORES SANGUINADOS + 200ml EV 8/8H		Div. 13ª quitação

COMPREENDENDO SEUS DEBITOS E OBRIGACOES
 20 JAN 2018
 AG. PROTOCOLO

Diagnóstico

GOVERNO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FORMIGONES

EXP TIB D + PROX CLAV D

LEITO 2-4

6 de 10 18

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

EMERSON BEZERRA SOUZA, 27

Leito Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/11	1 DIETA LIVRE 2 FELCO SALINIZADO		6º DIH #ORTOPEDIA
D	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H 4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1X DIA LENTO		BEG ESTAVEL SEM MOVIMENTAÇÃO DILUIÇÃO + FENOL +
	5 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H		
	6 TRAMAL 100MG 100ML SF EV 8/8H SN		
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN		
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEIUM		
	9 SSVV+CCGG		#CD: VPM
	10 CURATIVO 1 X DIA		Dr. Julio Cesar Cassio Ortopedia / Traumatologia (15) 418-9865
11	Cefazalone 1g EV 12/12h		
12			
13			
14			

COMPREV REGUNOSE E REVISAO ASIA

30 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Dr. Julio Cesar Cassio
Ortopedia / Traumatologia
(15) 418-9865

EXP-TIB D + PROX-CLAV D

LEITO 2-4

8/12/18

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

EMERSON BEZERRA SOUZA, 27

Leito 2-4 Convênio

Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Alojamento	Leito	Convenio	Evolução Médica
	21/07	1 DIETA LIVRE					
		2 SF 0,9% 1500ML EV 5/24H	24 08 00				3º DIH #ORTOPEDIA
		3 CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H	22 24				Deleg. estável
		4 DIPIRONA 1G ABD EV 6/6H	22 28 26 06				em observação
		5 TRAMAL 100MG 100ML SF EV 8/8H SN					
		6 TIAUSEDRON 8mg/ml IPA + ABD EV 8/8H SN					
		7 CLEXANE 40MG SC 1X DIA					07/12/18
		8 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2 HORAS					
		9 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEIUM	26				Dr. Julio Cesar Castro
		10 SSV+CCGG					Ortopedia Traumatologia
		11 CURATIVO 1 X DIA					CRM 28-9965
	12						
	13						
	14						

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 30 JAN 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Dr. Julio Cesar Castro
 Ortopedia Traumatologia
 CRM 28-9965

GRIFFIN

Q/ATC-KORD-0-BIL DXF

EDUCAÇÃO DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Participante	EMERSON BEZERRA SOUZA, 27	Algarineiro	Leito	Convênio	LEIPO 2-4
--------------	---------------------------	-------------	-------	----------	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/10/20	1 DIETETICA 2 500 CC, 9% 1500ML EV N° 74H	500 CC 9% 12:24	4° D:H #ORTOPEDIA
11	3 100 ML TRAXONF 1G + ABD EV 12/12H 4 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12:18 12:18	6560 - 2500 - 2500 6560 - 2500 - 2500
	5 1000 ML 1000MS 1000ML 5EV 6/6H 55	55	
	6 NAUSEOPRON 8mg/2ml 1FA + ABD EV 3/3h 5N	55	
	7 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	55	
	8 MEDICACAO DE DECURTO 2/2 HORAS	55	
	9 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEIUM	55	
	10 SSN+CCGG	55	
	11 CURATIVO 1 X DIA	55	

COMPTON ITALIA S.p.A. - VIA DELL'INDUSTRIA 10 - 20139 MILANO
 25 JAN 2018
 PROTOCOLLO
 ACCORDO PERSONA

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
14.07	8:00	3+	80	20	120		Red. Agua br. 100g Medicado eutático enxiado 0,1m	
15.07	21:30						Red. Agua br. 100g Medicado eutático enxiado 0,1m C.F.M.	

6024

0018

49	
----	--

08

18

021

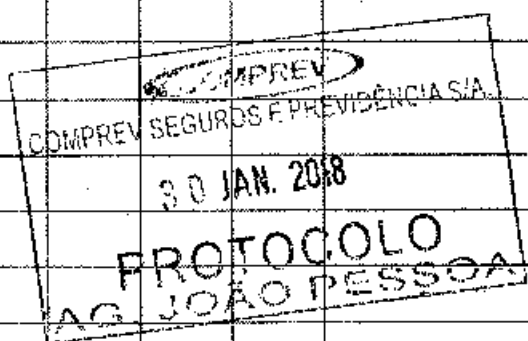


Microsporidiales
Microsporidiales

C.M.

COMPRAS	COMPRAS SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.	5 0 JAN. 2018	PROTOCOLO	AG. JOAO PASSOA
---------	------------------------------------	---------------	-----------	-----------------

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
14 07	8:00	-	-	-	120 x 80		Paciente consciente Quemdo vítima de acidente de moto há uns dias. Realizado curativo sem queixas até o momento medicado conforme prescrição medica e segue as ordens do enf.	João
14 07	20h				130 80		Paciente sem queixas no momento segue as ordens do enf.	João



Atenc

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Impresso / 3ª Via Fixa

Nº 3591

Neurologia - Bisco

Neurologia

Neurologia

Neurologia de TENDÃO

TEL/FAX/E MAIL

Neurologia de TENDÃO

Neurologia

Neurologia de TENDÃO

Neurologia

Neurologia

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

Neurologia

Neurologia

Neurologia de TENDÃO

Neurologia

PRODUTO

PROD

QUANT

COD. COMP

Neurologia de TENDÃO

01

COMPREV SEGUROS PREVIDÊNCIA S/A

30 JAN 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PEDRO

DATA DE EMISSÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. Carlos

ASSINATURAS

Neurologia de TENDÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

GUSTAVO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Emerson Bezerra Sousa</u>		DATA: <u>04/12/18</u>	
QI: <u>LEITE</u>	CONVENIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>27</u>	REGISTRO: <u>1469199</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos</u>		ANESTESIA: <u>Dr. Raimundo</u>	
INSTRUMENTADORA: <u>Dr. Raimundo</u>		DATA: <u>04/12/18</u>	
INICIO: <u>06:30</u>		FIM: <u>09:20</u>	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simplex	
	Do antina amp.	Colonóide		Catgut Simplex Sertix	
	Efrase ml	Dreno		Catgut Simplex Sertix	
	Fenagim amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simplex Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Keflar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Vercaína % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sutapak	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Proloxo l/m	Furacim ml		Fila cardiaca	
	Quelcin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Mononylon 2.0	
	Rapten amp.	H ₂ O ml		Mononylon	
	Talonembul ml	Intracath Adulto		Prolene Sertix	
	Tazium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
		Luvas 8.5			
		Oxigênio l/m			
		Polifix			
		PVP: Degemante ml			
		PVP: Tópico ml			
		Sabão Antiséptico			
		Saco coletor 8 l			
		Seringa desc. 10 ml			
		Seringa desc. 20 ml			
		Seringa desc. 05 ml			
		Sonda			
		Sonda Foley			
		Sonda Nasogástrica			
		Sonda Uretral nº			
		Steridram ml			
		Tornarima			
		Vaselina ml			
		Gelcon 18			
		Latex			

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	SOROS
	Agulha desc. 25x27		SG Normotérmico fr 500 ml
	Agulha desc. 28 x 28		SG Gelado fr 500 ml
	Agulha desc. 3 x 4,5		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Agulha p/ raque nº 25		SG Ring fr 500 ml
	Alcool de Enfermagem		SG fr 500 ml
	Alcool Iodado ml		
	Ataduras de Crepon		
	Ataduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		

EQUIPAMENTOS	
☒ Oxímetro de Pulso	☐ Foco Auxiliar
☐ Serra	☐ Eletrocautério
☐ Desfibrilador	☐ Oxícapnógrafo
☒ Foco Frontal	☒ Cardiomonitor
☐ Fonte de Luz	☒ Perfurador Elétrico

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

23 JAN. 2018

PROTOCOLO

Lote: 06/050 Código: AF55 8 680

Fabric: 24/01/2017 Val: 01/2022

Registro ANVISA Nº: B0083650026

Material: Agn Inox

Luiz Guilherme Sertori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.941.823/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: (19) 3530-1460 - info@sertoriltda.br

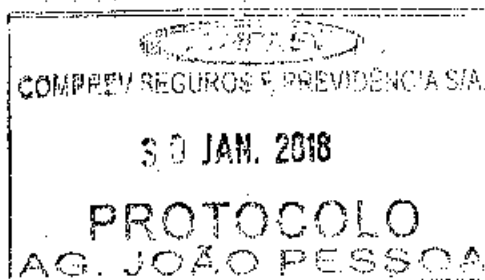
CIRCUANTE RESPONSÁVEL
Téc. Enfermagem
CÓREN: 975435

Téc. DE ENFERMAGEM
CÓREN: 02.004.034

249

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Sturgeson, Barbara de. 50 años

Idade: 24 a.

Convênio: 5,55

Date: 16/08/2014

Procedimento: Testimonando verificando de quanto tempo de prazo

Cirurgião: Dr.^a Marcelo

Auxiliar:

Anestesist: D. = Reani

Início: 09:30

Termino: 04:20

Anesthesia

[illegible][illegible]

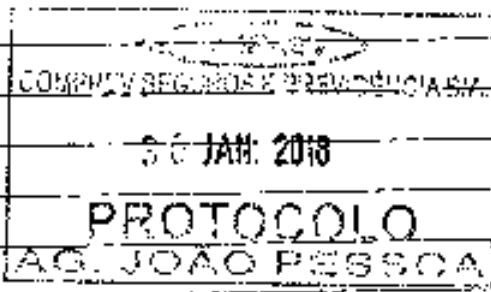
Observações:

Observações:
 1. O sistema está em funcionamento, mas com alguns problemas de funcionamento.
 2. O sistema está em funcionamento, mas com alguns problemas de funcionamento.
 3. O sistema está em funcionamento, mas com alguns problemas de funcionamento.

Assinatura Anestesista

Ciccolante

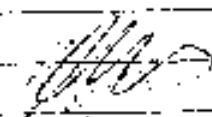
HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>ERSON BUZEMO SOUZA</u>			IDADE: <u>27</u>	SEXO: <u>M</u>	CCM
DATA: <u>16/02/13</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>120 x 80</u>	PULSO: <u>90</u>	RESPIRAÇÃO: <u>EUPNEICO</u>	TEMPERATURA	PESO: <u>80 kg</u>	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO: <u>ND</u>				ASMA: <u>ND</u>		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO: <u>ND</u>				ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVA: <u>Exat. 260 ceto</u>				DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIAS	
ESTADO MENTAL: <u>Orientado</u>				ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <u>ND</u>	HIPOTENSÃO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura exposta de fêmur</u>				ESTADO TÍPICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS				INDUÇÃO		
				Satisf.: _____ Excit.: _____ Tóxic.: _____			
				Laringo espasmo: _____ Lento: _____			
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
				MANUTENÇÃO			
				3. Celorolam			
				4. Mantido em 100%			
				5. Monitorado			
				6. 2. Pinus			
				7. 1. No sedar			
				ANESTESIA SATISF. <u>Sim</u> Não			
				Não, por quê? _____			
				DESPERTAR			
				Reflexos na SO: _____			
				Obstr.: _____ Co.: _____ Esc.: _____			
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
				Com cânula: _____			
				Para o Leito Sim _____ Não _____			
				CONDIÇÕES			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Naqui → Asséptico/antissético, fêmur 13/14, em área 9m Alívio, med. 20, único, 25, em limbo, 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.						
POSICÃO	DDH → 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.						
AGENTES	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.						
TÉCNICA	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.				CÂNULAS		
OPERAÇÃO	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.						
QUIRURGIOS	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.						
ANESTESISTAS	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.						
OBSERVAÇÕES	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.						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.				PERDA SANGÜÍNEA			

Nome do Paciente <u>ERITSON BEZERRA</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>16/02/18</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Carlos Augusto Figue</u>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>FRATURA EXPOSTA DO XERINCH</u>			
Tipo de Operação <u>TRAT. CIRÚRGICO DE FRAT. EXPOSTA DO XERINCH</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Exatidão Imediata da Patologia		 06 JAN. 2018 PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA	
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Láguluras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- Fratura de 10cm de comprimento
- Fratura de 10cm de comprimento
- Fratura de 10cm de comprimento
- Fratura de 10cm de comprimento
- Fratura de 10cm de comprimento
- Fratura de 10cm de comprimento
- Fratura de 10cm de comprimento
- Fratura de 10cm de comprimento



[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Long. 12.12.1919 8-10-19

100

Alciamentü

Leitw

Convênio 1468

23

Perseus Publishing

Horário

Evolução Médica

2-2/2012

Erfränkchen, der P. m. m.

St. Peter's Church, St. Peter, 6/6/67

301121 M. S. Ford & Co. Woburn, Mass.

Proposed Highway to Pulaski Sp. R.

WATERBURY, CT

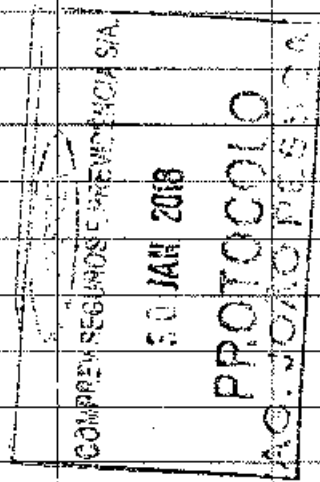
2027-2-18

PROTOCOL
45-1040-2200

50 JAN. 2018

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION

Assis	Observações Enfermagem	<i>partido comunista</i> <i>comando latino d</i> <i>cadete de moto</i> <i>sem quisesse</i> <i>o momento. indicam</i> <i>conforme Parecer</i> <i>indica a hora da</i> <i>caudado do Enf:</i> <i>T. de Enf:</i>									
Diurese	PA	80	80	—	—	—	—	—	—	—	—
	R										
	P										
	T										
	Hora										
	Data										



148829055

HERMESON BEZERRA DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR LP
3623651 SSP PB

CPF 016.156.004-00 DATA NASCIMENTO 13/11/1989

FILIAÇÃO
HERNANI ZEFERINO DE SOUZA
MARILEIDE BEZERRA DE BELO

PERMISSÃO ACC CATMAB
A

Nº REGISTRO 05627927647 VALIDADE 02/06/2022 1ª HABITAÇÃO 25/10/2012

OBSERVAÇÕES
X

HERMESON BEZERRA DE SOUZA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 16/06/2017

ASSINATURA DO EMISSOR 66165496616 PB034759816

PARAIBA

Documentos de identificação



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

30 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

DUT



COMPANHIA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

30 JAN. 2018

PROTOCOLO
 AQ. JOSE DE SOUZA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

 DETRAN - PB Nº 013747058751
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

 VIA - COM RENAVAM 0170304031435 EXERCÍCIO
 1 010610089-0 00/20000000 2017

 NOME
 JOSÉ ALEXANDRE DOS SANTOS

CREDENCIAMENTO 02827474433 PLACA 0000104/PR

MARCA/ANEXO 0000104/PR CHASSI 0000104/PR

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLETA 125CC COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB 2016 ANO MOD 2017

CAPOT/COL 2 0/100/101 CATEGORIA C/PTIC COR/NEO DOMINANTE VERMELHA

COTA INICIAL 12VA DAGO EM 0070070000 12 VENC/COTAS 3º

PAGA JIVA 7500000 PARCELAMENTO/COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00000000 OF (R\$) 00000000 PRÊMIO TOTAL (R\$) 00000000 DATA DE PAGAMENTO 27/09/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBSERVAÇÕES

PB Nº 013747058751 BILHETE DE SEGURO DPVAT

 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

 www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 27/09/2017

VIA 02827474433 CREDENCIAMENTO 0000104/PR

RENAVAM 010610089-0 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB 2016 DATA 27/09/2017 Nº CHASSI 0000104/PR

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$) 00000000 DETRAN (R\$) 00000000 CLASSE DO SEGURO (R\$) 00000000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000 ID (R\$) 00000000 12VA DAGO EM (R\$) 00000000

DATA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 27/09/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.943.000/0001-11

0000104/PR

30 JAN 2017

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180061093 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERMESON BEZERRA SOUZA **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
FRATURA DE TÍBIA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZES VARIAS EM TODA A PERNA D COM ARÉAS DE ENXERTIA DE PELE, PERDA DE SUBSTÂNCIA, DEFORMIDADE, PERDA DA ADM DO TNZ, FLEXÃO DO JOELHO D DE 90°, DEAMBULA COM AUXILIO DE MULETA. PRESENÇA DE CICATRIZ NO OMBRO D NA REGIÃO DA CLAVICULA D COM LIMITAÇÃO DA ELEVAÇÃO DO MSD.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA D COM USO DE DOIS FIOS K
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM USO DE FIXADOR EXTERNO E GESSO
CONSOLIDAÇÃO COM PERDA GRAVE DE TECIDO, PARTES MOLES, (MUSCULO E PELE)
COMPLICAÇÕES: EVOLUIU COM OSTEOMIELEITE CRONICA DA PERNA DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO MID.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 5523

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			65 %	R\$ 8.775,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039526/18
Vítima: HERMESON BEZERRA SOUZA
CPF: 016.156.004-00

CPF de: Próprio

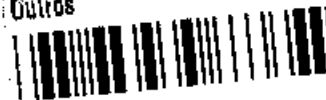
Data do Acidente: 16/07/2017
Titular do CPF: HERMESON BEZERRA SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



HERMESON BEZERRA SOUZA : 016.156.004-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/01/2018
Nome: HERMESON BEZERRA SOUZA
CPF/CNPJ: 016.156.004-00

HERMESON BEZERRA SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180061093 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERMESON BEZERRA SOUZA **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de fêmur direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: