

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: 22/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000114690-6

Nr. da Autenticação 690D89DB93C158F5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200009141 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P13/26)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009141

Vítima: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 25/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000114690-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 068932044-26 3 - CPF da vítima: 068932044-26 4 - Nome completo da vítima: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

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

5 - Nome completo: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO 6 - CPF: 068932044-26
7 - Profissão: GER. TEC. 8 - Endereço: RUA JOANA ELISA FERNANDES 9 - Número: 631 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: N.º DA APRESENTAÇÃO 12 - Cidade: MATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.115-565
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 98833-6586

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2010 CONTA: 00114690 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
data
nome
CPF
Assinatura

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MATAL RN 27 DE DEZEMBRO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 051802/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/10/2019 15:47 Data/Hora Fim: 15/10/2019 16:11
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 25/09/2019 17:20

Local do Fato

Município: Natal (RN)

Logradouro: Rua Vale do Jaguaribe

Bairro: Nossa Senhora da

Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Natal

Sexo: Masculino

Nasc: 18/01/1986

Profissão: Gerente Técnico

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

Nome do Pai: NADA CONSTA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 068.932.044-26

RG - Carteira de Identidade: 2531993

Endereço

Município: Natal - RN

Logradouro: R Joana E Fernandes

Nº: 631

Bairro: Nossa Senhora da Apresentação

CEP: 59.115-565

Telefone: (84) 98620-0086 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição CARRO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 051802/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 010.975.454-90
Placa QGO7528	Renavam 01167805442
Número do Motor KC22E0J156222	Número do Chassi 9C2KC2200JR156203
Ano/Modelo Fabricação 2018/2018	Cor BRANCA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo Natal
Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN	Modelo HONDA/CG 160 FAN
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran 09/10/2018
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	Alerta Veículo com restrição Roubo / Furto
Nome Envolvido	Envolvimentos
AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA ESPECIALIZADA E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA SAINDO DO TRABALHO, QUANDOUM VEÍCULO QUE NÃO SABE IDENTIFICAR AO CONVERTER A DIREITA SEM DÁ A PREFERENCIA A VÍTIMA, VEIO A COLIDIR E A VÍTIMA AO CAIR VEIO A SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 1839950/2019, ORIUNDO DO HOSPITAL DA UNIMED. INFORMOU QUE A REFERIDA MOTOCICLETA FORA ROUBADA NO DIA 13/10/2019, CONFORME OCORRÊNCIA DE NÚMERO J2019110001798. NADA MAIS DISSE

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva

Janir Azevedo de Paiva
Agente de Polícia
Matrícula 170.234-3
Responsável pelo Atendimento

Aquino Luiz de Oliveira Neto

AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

R-26.09; 29/09; 07/10;

Hospital
Unimed 

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
AV. ANTÔNIO BASÍLIO, 3598 - LAGOA NOVA - NATAL/RN - CEP:59054-380

FICHA DE INTERNAMENTO

FICHA DE REGISTRO - 25/09/2019 20:28

Nº ATEND.: 5

210 B

DADOS DO PACIENTE:

alta 01/10

Registro: 665337
Nome: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO
Nascimento: 18/01/1986 00:00:00
Idade: 33 anos
Estado Civil: RG: 2531993
Sexo: Masculino
Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA
CPF: 068.932.044-26
Pai: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO
Endereço: R JOANA ELISA FERNANDES Nº 631
Cidade: NATAL
Estado: RN
CEP: 59115-565
E-mail: Procedência:

DADOS DO RESPONSÁVEL:

Nome: STEPHANY TEIXEIRA DE SOUSA
RG: 3294225
Endereço: CEP:
Telefone: 84 988248729
Parentesco: ESPOSA
CPF: 70811276490

DADOS DO CONVÊNIO:

Convênio: UNIMED UNIFLEX
Titular: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO
Matricula: 0620030010502931
Val. Carteira: 31/01/2021
Guia: 65610376
Diária Autorizada: DIARIA DE ENFERMARIA
Dias Autorizados: 1
Validade da Guia: 26/09/2019

INFORMAÇÕES DE INTERNAÇÃO:

Unidade: G.VAGAS - SALA AMARELA ADULTO
Leito: SL. AMARELA - 01
ID: S25-TRAUM DE VASOS SANGUINEOS DO T

Tipo Leito: ENFERMAGEM

Renato Medeiros Toscano
Assistente Administrativo
Mat. 7208
Hospital Unimed

INFORMAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES:

Médico Paciente: MARCONI MEDEIROS BRANDAO
Observação: CONTRATO REGULAMENTADO SEM PRE-EXISTENCIA.

LIDIANEBS
Funcionário (a) Responsável

Data e hora da impressão: 25/09/2019 às 20:32

U.I-6 = 138 = 1

Jaqueline Leal Costa
Assistente Administrativa
Mat. 5125
Hospital Unimed

21.10.19

dl



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 3 5 5 9 2

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

00620030010509931

8 - Validade da Carteira

31/01/2021

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

AGUIRO

CC12

OLIVEIRA

11 - Cartão Nacional de Saúde

1234567890

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Marconi M. Brandão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2447

15 - Conselho Profissional
CRM

16 - Número no Conselho

3642

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

HOSPITAL UNIMED

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

U

23 - Tipo de Internação

U

24 - Regime de Internação

2

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

U

27 - Previsão de uso de quimioterápico

U

28 - Indicação Clínica

FRATURA

TRAUMÁTICA

PERNA E

COM LESÃO LIGAMENTAR

29 - CID 10 Principal

S825

30 - CID 10 1º

S826

31 - CID 10 (3)

S826

32 - CID 10 (4)

S826

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01	30420118	TRAT	ECURRADO		
02					
03					
04					
05					
06	30420192	TRAT	ECURRADO		
07					
08					
09					
10					
11					
12					

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

25/03/2019

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Marconi M. Brandão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2447

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Stefany Lima

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Do: DR MANOEL NOGUEIRA

COMUNICADO IMPORTANTE

NATAL, 25 de Setembro de 2019

Prezados (as) senhores (as),

A diretoria do Hospital Unimed Natal alerta aos pacientes, familiares, visitantes, médicos e colaboradores para a prática ilícita de abordagens por telefone que requeiram quaisquer tipos de informações, principalmente no que se refere a depósitos ou transferência bancária para qualquer finalidade, relacionada ao tratamento médico de pacientes em internação.

Reiteramos que o Hospital Unimed Natal atende exclusivamente aos pacientes beneficiários do sistema Unimed e que não é de procedimento da unidade fornecer ou solicitar informações por telefone sobre o detalhamento assistencial de seus pacientes.

O pagamento de procedimentos não cobertos, quaisquer que sejam e se necessários, serão conduzidos presencialmente por meio da diretoria do Hospital.

Atenciosamente,
Dr. Emerson Luis Campelo Oliveira
Diretor Técnico Médico

Dr. Emerson Luis Campelo Oliveira

ANS - n° 33559-2

Dr. EMERSON LUIS CAMPELO
Diretor Técnico Médico
CRM-RN 4257 / RQE: 957

ADMISSÃO: 25/09/2019 20:28:44 IH: 5

Paciente: 665337 - AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Idade: 12305 dias

Nascimento: 18/01/1986 00:00:00

Sexo: Masculino

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

Matrícula: 0620030010502931

Validade: 31/01/202

Convênio: UNIMED UNIFLEX

Evolução: 27/09/2019 07:44:09 Gravação: 27/09/2019 07:45:51 Setor: U20 UNIDADE INTERNACAO 2

07HS RECEBEU PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EM O2 AMBIENTE, MANTEM AVP, VIABILIZANDO HV,
MANTEM DIETA ZERO ATÉ 2ª ORDEM, DIURESE ESPONTÂNEA, SEGUE AOS CUIDADOS.

Alexsandro Bernardino
COREN RN 738.253-TE

Téc. ALEXSANDRO BERNARDINO COREN 738253

Evolução: 27/09/2019 10:15:18 Gravação: 27/09/2019 10:16:24 Setor: U20 UNIDADE INTERNACAO 2

08HS ADM MEDICAÇÃO DE HORARIO.
09HS PACIENTE HIGIENIZADO NO WC.

Alexsandro Bernardino
COREN RN 738.253-TE

Téc. ALEXSANDRO BERNARDINO COREN 738253

Evolução: 27/09/2019 11:31:46 Gravação: 27/09/2019 11:35:18 Setor: U20 UNIDADE INTERNACAO 2

11:40H PACIENTE ENCAMINHADO AO CC COM AUXILIAR DE TRANSPORTE E TÉCNICO DE ENFERMAGEM.

Alexsandro Bernardino
COREN RN 738.253-TE

Téc. ALEXSANDRO BERNARDINO COREN 738253

Dr. EMERSON LUIS CAMPELO
Diretor Técnico Médico
CRM-RN 4257 / RQE: 957

ADMISSÃO: 25/09/2019 20:28:44 IH: 5

Paciente: 665337 - AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Idade: 12305 dias

Nascimento: 18/01/1986 00:00:00

Sexo: Masculino

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

Matricula: 0620030010502931

Validade: 31/01/202

Convênio: UNIMED UNIFLEX

Evolução: 27/09/2019 16:54:05 Gravação: 27/09/2019 16:59:41 Setor: U20 UNIDADE INTERNACAO 2

16:20 PACIENTE RETORNOU DO CENTRO CIRURGICO EM O2 AMBIENTE POI DE FRATURA DE TORNOZELO
ESQUERSO. CONSCIENTE, ORIENTADO EM REPOUSO NO LEITO NA HVP 28 GTS POR MIN. NEGA
ALERGIA A MEDICAÇÃO E AFIRMA ALERGI A A OVO COM DIETA VO E ELIMINAÇÕES EM PAPAGAIO.
16:40 AFERIDO SSVV PACIENTE ESTAVEL

Téc. JUSSIER DE ALMEIDA SILVA COREN 715968

Evolução: 27/09/2019 18:24:11 Gravação: 27/09/2019 18:25:12 Setor: U20 UNIDADE INTERNACAO 2

18:00ADM CEFALOTINA 1G + 10 DE ABD EV

18:30 PACIENTE SEGUE EM O2 AMBIENTE AOS CUIDADOS DA EQUIPE

Jussier de Almeida Silva
Coren 715968-TE

Téc. JUSSIER DE ALMEIDA SILVA COREN 715968