

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190394861

Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190394861 **Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA**

Data do Acidente: 24/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 23,90
Juros:	R\$ 16,15
Total creditado:	R\$ 1.390,05

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Valor: R\$ 1.390,05

Banco: 1

Agência: 000002508-9

Conta: 000010029565-7

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, retorno 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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

121.850.994-50 JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
 Profissão: REC. INF
 Endereço: SIT. BARRA DE AROEIRAS
 Bairro: ÁREA RURAL
 Cidade: ALCANTIL
 Estado: PB
 CEP: 58460-000
 Tel.(DDI): (81) 9665-0454
 E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2508 CONTA: 29565 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 pagamento da indenização, por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica. As custas da Seguradora Lider para verificação da existência e queira-se que seja feita a avaliação médica, ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: ALCANTIL/PB. 17/10/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

José Henrique Cardoso da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE RIACHO DE STº ANTONI
 Rua Cel. Demostenes Barbosa S/N - Centro - Riacho de Santo Antônio PB - 58460000 - 83-36411085

OCORRÊNCIA N° 000051/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000051/19 registrada em 22/05/2019, que passo a transcrever na Integra: Aos vinte e dois dias do mês de maio do ano de 2019, nesta cidade de Riacho de Santo Antônio PB, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE RIACHO DE STº ANTONI, quando encontrava-se presente a Bela. DIANNI REGINA, Delegada de Policia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:19 horas, compareceu o Sr. JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA, com 20 anos de idade, filho de JOSE ROMERO DA SILVA e ADRIANA CARDOSO XAVIER, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de RIACHO DE SANTO ANTÔNIO PB - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 4209235, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 12185099450, residindo à rua SITIO BARRA DE AROEIRAS, bairro ZONA RURAL, na cidade de ALCANTIL PB - PB.

Declarou que:

QUE no dia 24 de abril de 2019 por volta das 22:30h estava trafegando pela estrada do sítio CANUDOS, zona rural de Riacho de Santo Antônio-PB, no sentido desta cidade, conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 TITAN, de placa KFF 1642, de cor AZUL de ano e modelo 1997, CHASSI 9C2JC250VVR086355 e RENAVAM 670627232 registrado em nome de WILLIBALDO IVANILDO DA SILVA, quando colidiu em uma cerca. QUE logo após o acidente deu entrada no hospital de TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB onde foi submetido a tratamento. QUE sofreu lesões em seu maxilar. QUE ficou 10 dias internado no referido hospital. QUE sofreu tratamento cirúrgico. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Riacho de Santo Antônio PB, Quarta-feira, 22 de Maio de 2019

JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
 JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Declarante

Daniel Accioly
 Comissário
 163.318-7
 DANIEL ACCIOLY

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

121.850.994-50 JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
 Profissão: REC. INF
 Endereço: SIT. BARRA DE AROEIRAS
 Bairro: ÁREA RURAL
 Cidade: ALCANTIL
 Estado: PB
 E-mail: CPF: 121.850.994-50
 Número: SIN Complemento: CASA
 CEP: 58460-000
 Tel.(DDI): (81) 9665-0454

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:
 REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2508 CONTA: 29565 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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, por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica. As custas da Seguradora Lider para verificação da existência e queira-se que seja feita a avaliação médica, devidamente devidas, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de direito, mas sim, consentimento para que a Seguradora Lider realize a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

25 JUN 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: ALCANTIL/PB. 17/06/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

José Henrique Cardoso da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

SUS

Sistema Único do
SaúdeMinistério da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

6 - N° DO FRONTEÚRIO

1882045

7 - CARTÃO DO SUS

706305782566575

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/10/1998

9 - SEXO

Masculino

Feminino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ADRIANA CARDOSO CHAVIER

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD: 83 N.º DA TELEFONE

83

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

CONJUNTO CEAP, 0, BOM JESUS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Riacho de Santo Antônio

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

251278

PB

15 - UF

58465000

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente admitido ultimo de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, eupnico, apresenta exsudatos em face com edema periorbital bilateral e em região mandibular, com evolução a manipulação.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exame clínico xrc



19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fratura em face

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ridículo + FJE

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fractura mandibular

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CRM/C

27 - CÓDIGO DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

CNS / CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

707403028960271

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE RICARDO DOS SANTOS S

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/04/2019

32 - ASSINATURA E CARAMBOLINHO DO NÚMERO DO CONSELHO

Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGUROADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA EMPREGADO EMPREGADOR	AUTÔNOMO DESINTEGRADO APOSENTADO INÁS SEDIMENTADO		

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO CNS CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - ATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARAMBOLINHO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
/ /	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

14/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.390,05

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02508-9

CONTA: 000010029565-7

Nr. da Autenticação 5A9B771563FB32CA

ADRIANA CARDOSO XAVIER
SIT BARRA DE AROEIRAS, S/N - ÁREA RURAL
ALCANTIL / PB CEP: 58460000 (AG: 108)

Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 6 - 265 - 495 - 3420 Referência: Mar / 2019
Medidor: 00008025876 Emissão: 12/03/2019

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°021.626.795
Cód. para Déb. Automático: 00011787645

Atendimento ao Cliente ENERGISA

0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Mar / 2019

12/03/2019

10/04/2019

042.403.634-70

Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora):

5/1178764-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato conosco nos canais e solicite a sua



Anterior

Atual

Constante

Consumo

Dias

Data

Leitura

Data

Leitura

1

202

32

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc		Aliq. Icms(R\$)	Base Calc Pis(R\$)	Cofins(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Cofins(R\$)	(1,0703%)(4,9299%)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,287540	8,62	8,62	27	2,33	8,62
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,492950	34,50	34,50	27	9,31	34,50
601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	102,000	0,739420	75,42	75,42	27	20,36	75,42
310	Subsídio			47,43	47,43	27	12,81	47,43
							0,51	0,42
							0,09	1,70
							0,81	3,72
							0,51	2,34

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

07	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	18,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
14	JUROS DE MORA 01/2013	1,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
5	MULTA 01/2019	3,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
3	Devolução Subsídio	-31,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

SUS

Sistema Único do
SaúdeMinistério da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

6 - N° DO FRONTEÚRIO

1882045

7 - CARTÃO DO SUS

706305782566575

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/10/1998

9 - SEXO

Masculino

Feminino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ADRIANA CARDOSO CHAVIER

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD: 83 N.º DA TELEFONE

83

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

CONJUNTO CEAP, 0, BOM JESUS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Riacho de Santo Antônio

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

251278

15 - UF

PB

16 - CEP

58465000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente admitido ultimo de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, eupnico, apresenta exsudatos em face com edema periorbital bilateral e em região mandibular, com evolução a manipulação.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exame clínico xrc



19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fratura em face

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ridículo + FJE

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fractura mandibular

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CRM/C

27 - CÓDIGO DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

CNS / CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

707403028960271

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE RICARDO DOS SANTOS S

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/04/2019

32 - ASSINATURA E CARAMBOLINHO DO NÚMERO DO CONSELHO

Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro

33 - N.º DO BILHETE

34 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGUROADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESINTEGRADO

() APOSENTADO

() INÁS SEDIMENTADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO

46 - ASSINATURA E CARAMBOLINHO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

02/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.738.268/0038-52

Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Maitinga, Cachoeira Grande - PB.

Data: 02/05/2019

SDMF: Rebeca Valeska Soares Pereira

ESTADO DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 136520

DATA DA CIRURGIA: 02/05/2019

Número do Atendimento: 1882045 Clin: NEUROBUCO / Enf: 9 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Data da Internação: 31/12/1969

Atendimento: 1882045

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA MANDIBULAR (ÂNGULO ESQUERDO)

Diagnóstico Pós-Operatório: ○ PUSO

Cirurgia: REDUÇÃO + FIE DE FRATURA MANDIBULAR

Data da

Cirurgia: 02/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Instrumentador: ROZANA

Anestesista: CRISLEIDE RODRIGUES SILVA

Tipo de anestesia: REDUÇÃO + FIE DE FRATURA MANDIBULAR

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL
2 - ANTISSEPSIA EXTRA-BUCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
4 - COLOCAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO
5 - ANESTESIA EXTRA-BUCAL COM LIDOCAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR
6 - ACESSO SUBMANDIBULAR
7 - DESCOLAMENTO, REDUÇÃO COM PINÇA DE REDUÇÃO
8 - BMM COM 06 PARAFUSOS IMF (CONFORT SCREW) E FIO AÇOFLEX 01
9 - FIXAÇÃO COM 01 PLACA RETA SISTEMA 2.0 04 FUROS + 03 PARAFUSOS N° 05 E 01 PARAFUSO DE EMERGÊNCIA N° 8 E COM 01 PLACA RETA SISTEMA 2.0 06 FUROS + 06 PARAFUSOS N° 08
10 - SUTURA DE ACESSO SUBMANDIBULAR POR PLANOS COM FIO VICRYL 3-0 E NYLON 4-0
11 - REMOÇÃO DO BMM
12 - REMOÇÃO DO TAMPÃO OROFARÍNGEO
13 - CURATIVO COMPRESSIVO EXTRA-BUCAL



INÍCIO: 08:30
FIM: 10:20

لهم اجعلنا من اصحاب حجتك واجعلنا من اصحاب حجتك

CO 20

Aug 1969 45

30

20 100
20 100

20

संक्षिप्त विवरण		लागत	लाभ
प्रथम	प्रथम	10	50
द्वितीय	द्वितीय	50	40
तीसरी	तीसरी	40	35
चौथी	चौथी	35	00

84

and hence Γ is

卷之三

41



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Sérgio Gonçalves Cardoso da Silva Idade: 20
Convênio: SUS Data: 02/05/19
Procedimento: Tto cirurg. de fractura de mandíbula

Medicamentos/Materiais

Quantidade



Observações:



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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosso = 2		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		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10



Assinatura do anestesista



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

CHECKLIST



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	<i>Cela - neuro</i>		
NOME:	<i>Antônio Henrique Bandeira da Silva</i>		
PROCEDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL: <i>MS B</i> JELCO Nº: <i>02</i>	<input type="checkbox"/> AVC	<input checked="" type="checkbox"/> JEJUM	
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> SABONETE PRÓPRIO		
RETIRADO: <input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENÇES	
ENCAMINHADO: <input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN: <i>Fernando Góes A. - 11.000-0001</i> COREN-PB 42496		



BEMMED
ARTIGOS CIRÚRGICOS

CONTROLE CIRÚRGICO

Nº 0184

PACIENTE: José Henrique Cardoso da Silva PRONTUÁRIO: 1881653
 HOSPITAL: Centro Médico e Trauma INSTRUMENTADOR: Dracane
 MÉDICO: DR. Alfredo L. DR. Reginaldo CONVÉNIO: filho
 Data da Cirurgia: 27/06/2019 Circulante: Cir. Dr.
 Procedimento: Resinulso + fixos de Fract de mandibula

Material utilizado

Quant.	Nomenclatura	Código
1	filo. reta 4 furos	2.0
1	filo. reta 6 furos	3.0
10	DP. furos 3 furos 3 de Engr (6168) (4N55)	2.0
6	parafusos de parafuso 14F	2.0

Verificado por:

Alfredo Lucas Neto
Cirurgia e Traumatologia
CRM-PB 3631-RB

Visto:

Data:

Av. Odon Bezerra, 64 - Tambiá - João Pessoa - PB - CEP: 58.020-500
 Fone: (83) 3024-8602 - E-mail: bemmedopme@gmail.com



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	JOSE HENRIQUE CARDOSOS DA SILVA
DATA DO EXAME:	24/04/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.

Fígado de dimensões e contornos normais. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

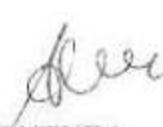
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.

- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e visceras viscerais, assim como de hemoretroperitônio.




DR. ANDRÉ VENTURA

Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683



Sr(a): JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
 Dr(a): JOSE RICARDO DOS SANTOS SOUZA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000462212 RG: NÃO INFORMADO
 Data: 25-04-2019 01:45 Origem: ÁREA AMARELA
 Idade: 20 anos Destino: ÁREA AMARELA

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 25/04/2019 01:45)

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

ERITROCITOS.....	4.0 milhões/mm ³	4.7 a 6.0 milhões/mm ³
Leucócitos.....	12,2 g/dL	31,0 a 160,0 g/dL
Hemoglobina.....	36,0 %	40,0 a 52,0 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	Leucócitos.....	12.100 /mm ³ (%)	12.100 /mm ³ (/mm ³)	4.500 a 12.000 /mm ³
Neutrófilos.....	0	0	0	40 a 70 %
Promielócitos.....	0	0	0	0 a 1,0 %
Mielócitos.....	0	0	0	0 a 0,5 %
Metamielócitos.....	0	0	0	0 a 0,5 %
Basófilos.....	5,0	605	40 a 70	0 a 4.500 /mm ³
Especializados.....	50,0	5.680	40 a 50	400.000 a 500.000 /mm ³
Atípicos.....	0	0	0	0 a 5.000 /mm ³
Atípicos ou Nativos.....	0	0	0	0 a 1.000 /mm ³
Monócitos.....	3,0	363	2,0 a 10 %	400 a 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	173.000/mm ³			140.000 a 400.000/mm ³



OBSERVAÇÕES

Contagens revisadas e confirmadas.

Método: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


 Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biólogo
 CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: 73C9-A0E8-E2B2-32B4-2331-E912-D8D7-89D9



ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE S. JOSÉ
GONZAGA E
LABORATÓRIO DE
ANALISES



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
Dr(a): JOSE RICARDO DOS SANTOS SANTOS
Conselho: HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA

000162212 RG: NÃO INFORMADO
22-04-2019 01:45 Ocorr.: ÁREA AMARELA
TIT/CSB: Befree ÁREA AZUL/PA

EXPO DE SANGRAMENTO

TENPO DE COAGULACAO

TIPO E ATIVIDADE DE PACTROMBINA

卷之四十一

PERG 18 FROTSOMINA ... 13.1 sage

LAW AND THE ECONOMICS 943

1 $\frac{m}{c}$

12-03-004

2018-01003-de-actie-jaar-2017-2018

251CS DE REUNIÃO

TOUS DE SINISTROS
OPVAT = 1,20
NAO VERIFICADO

25 JUN 2019

Gente Seguradora S.A.
Pedro I, 776 SL 106-Juan Bautista

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Journal of Economic Surveys (2018) 32:186–231

$$2007-2006 = 2007 - 2006 = 1$$



PNCQ
Programa Nacional
de Control de Quimada

GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANAIS CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA	Protocolo:	0000462212	RG:	NÃO INFORMADO
De(a):	JOSE RICARDO DOS SANTOS SOUZA	Data:	25-04-2019 01:45	Origem:	ÁREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	20 anos	Destino:	ÁREA AMARELA

GLICEMIA

DATA DA COLETA: 25/04/2019 01:45

Resultado: 83 mg/dL

70 a 99 mg/dL

Resultados anteriores:

25/04/2019: PLACAS DE SORTE

07/04/2019: AUTOMATIZADO KINETEX, METROLOGIA: 2000

UREIA

DATA DA COLETA: 25/04/2019 01:45

Resultado: 25 mg/dL

VALOR DE REFERENCIA
17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

25/04/2019: ZERO

25/04/2019: AUTOMATIZADO KINETEX, METROLOGIA: 2000

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010



Este laudo foi assinado digitalmente com o número: E703-DEAN-3EC1-95E7-5AE2-0906-1011-9173

Sr(a): JOSE HENRIQUE C. C.
Dr(x): JOSE RICARDO DOS SANTOS
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA

NAO INFORMADO
AREA AMARELA
AREA AMARELA

CREATININA

[DATA DA COLETA: 25/01/2019 01:45]

Resultado..... 0,9 mg/dL

Homens:
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00
mg/dL
5 dias a 3 anos..... 0,20 a 0,40
mg/dL
4 a 11 anos..... 0,30 a 0,70
mg/dL
12 a 17 anos..... 0,50 a 1,00
mg/dL
18 a 60 anos..... 0,90 a 1,20
mg/dL
61 a 90 anos..... 0,60 a 1,20
mg/dL
Acima de 90 anos..... 1,20 a 1,50
mg/dL

Mulheres:
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00
mg/dL
5 dias a 3 anos..... 0,20 a 0,40
mg/dL
4 a 11 anos..... 0,30 a 0,70
mg/dL
12 a 17 anos..... 0,50 a 1,00
mg/dL
18 a 60 anos..... 0,40 a 1,10
mg/dL
61 a 90 anos..... 0,60 a 1,20
mg/dL
Acima de 90 anos..... 0,60 a 1,20
mg/dL

Resultados anteriores:

..... SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2400


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM-5010



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica/AMARELA Enfermagem: 1 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDO

DIA: 24/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ricardo Dos Santos Souza

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SN
2	CETRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	SC
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h	SC DSC
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	SC
5	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG VO, 100COMP, 12h/12h	SC
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	SC
7	HIGIENE ORAL	SC
8	MANTER COM IFLOCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 24/04/2019 HORA: 17:46:11

#BMF

Paciente admitido vítima de acidente de moto, encontra-se consciente, orientado, eupneico. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere dor. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral. TC mostra fratura de ângulo mandibular esq.

- CD: - SOLICITO INTERNAÇÃO
 - SOLICITO ECG
 - SOLICITO EXAMES HEMATOLOGICOS PRÉ OPERATORIOS

ASSINATURA + CARIMBO
 Jose Ricardo Dos Santos Souza

Jose Ricardo Dos Santos Souza



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HANS DÄRKT TEST

Paciente JOSE HENRIQUE CARRONZO DA SHAWA Idade: 020 Sexo: M

Journal of Clinical Anesthesia 2003; 15: 101–106. © 2003 Blackwell Publishing Ltd, 0950-0307/03/1501-0101\$15.00

1200-1211

Brasil 1990-1994: a trajetória do governo Fernando Collor de Mello

2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

22887 (961) (11)

paciente sentindo vazio ou achando de menor. Entomose consciente, orientado, empenado. Apresenta no exame clínico, lise da face, edema da mucosa oral, trago edematoso, edema do lábio, e periorbital bilateral. TC mostra fratura de angulo da mandíbula.

THE LITERATURE OF CHINA

卷之三

ASSINATURA - CARABO
Lobato e desembargador Pereira

1920-1921



25 Oct 15
P. 6.00
A. 6.00
B. 6.00
C. 6.00
D. 6.00
E. 6.00
F. 6.00
G. 6.00
H. 6.00
I. 6.00
J. 6.00
K. 6.00
L. 6.00
M. 6.00
N. 6.00
O. 6.00
P. 6.00
Q. 6.00
R. 6.00
S. 6.00
T. 6.00
U. 6.00
V. 6.00
W. 6.00
X. 6.00
Y. 6.00
Z. 6.00

2000

卷之三

Vol. 37(1)

grande estrella no brillante que dice
que se ha formado en el cielo
y que se ha desprendido de la
Estrella.

Jac. Ferreira Lima
Sociedade de Enfermagem
ZORFIN 320635





PRESCRIÇÃO MÉDICA

R- 2

/ /

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBUCO Enfermagem: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO

DIA: 27/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rebeca Valeska Soares Pereira

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 3D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/05/2019
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h-6h	18/05/2019
4	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML E.V. 8h-8h	18/05/2019
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD	18/05/2019
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICOMP, 12h/12h	18/05/2019
7	ATENDIDOS GERAIS / SINAIS VITais	
8	IGIENE ORAL	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/04/2019 HORA: 05:58:20

#BMF 4º D.I.H.

Paciente admitido vítima de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, eupneico. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. TC mostra fratura de angulo mandibular E.

CD: - AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Rebeca Valeska Soares
27/04/2019
IFRA - 10000012



27 28. Foi rompente, orientado, apelido, sup. mico, apre-
09 senta escavação em face, acha deixa v.v.,
10 eliminadas presentes. Seque não cuidador da
11-12000 empêmagem Renauer

~~27~~
~~28~~
~~10~~

111-320-80

Seque observações de
empêmagem ♂.





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

N° do prontuário: 1882845 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBUICO Internaria: 7 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO

DATA: 26/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Tasso Assuero Menezes Honorato

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/04/2019
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18/04/2019
4	ITONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/04/2019
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	18/04/2019
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	HIGIENE ORAL	
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/04/2019 HORA: 07:50:49

#BMI: 3º D.LH.

Paciente admitido vítima de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, eupneico. Apresenta no exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere melhora em dor. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral, múltiplas escoriações em face. TC mostra fratura de angulo mandibular E.

CD: - AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

 ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

 Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia de Ortopatologia
Bucomaxilofacial
Residente - CRO/PR 7227


26/06/19 Foi feita corrente pintada para queimar,
para escurecer em gare, fute algumas outras

PRAGA





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N° do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBUCO Enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDO

DATA: 29/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rebeca Valeska Soares Pereira

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 5D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/05/2019
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	18/05/2019
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/05/2019
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	18/05/2019
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	EXC
7	HIGIENE ORAL	EXC
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	DEPARTAMENTOS DE SAÚDE SENAF

EVOLUÇÃO

DATA: 29/04/2019 HORA: 07:00:56

#BMF 6º D.LH.

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbita. Infiltração subcutânea periorbita, multiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipofagia em região lateral de órbitas. Sutura em ferimento em língua.

TC mostra fratura de angulo mandibular E.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019

CD: - AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

 ASSINATURA + CARIMBO
 Rebeca Valeska Soares Pereira

29
04
19

PA-110x70

Foi de aveludado
quintado, sem quebras,
feito os contados giras
e segue observações de
superfície.

J

29
04
19

PA-110x70

Segue observações
de superfície.

J



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mae: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBUCO Unidade: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDO

DIA: 28/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Apagamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 4D/7D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML S/F	18/04/2019 18/04/2019
3	DEPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	18/04/2019
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/04/2019
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG VO, ICOMP. 12h/12h	18/04/2019
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	HIGIENE ORAL	
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/04/2019 HORA: 03:21:15

#BMI: 5º D.I.H.

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura da boca, com dificuldade de deglutição, mas nenhuma obstrução, refere incômodo à palpação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipofagia em região lateral de órbitas. TC mostra fratura de angulo mandibular E.

Referiu na noite de ontem dor em lingua ao se alimentar, ao exame físico constatou-se corte profundo em dorso e lateral lingual esquerdo. Foi realizada sutura com Vicryl 3-0.

CD: - AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia / Traumatologia
Bucal Maxilofacial
Residente - CROPB 7227

25 JUN 2019

DEPARTAMENTO DE BIRROS
OPM
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28/04/19

200CHS

Paciente consciente, orientado, seu estatuto
P.A: P20x60, T: 36°, espírito de an-
gústia com dificuldades, medita-
ção com respostas apeladas de
seu queijo para as questões da
enfermagem. (Gestão

28/04/19

200CHS

Paciente consciente com sede,
seu estatuto, P.A: P20x60, medita-
ção com respostas apeladas de
seu queijo para as questões da
enfermagem. (Gestão



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBUCO Enfermagem: 9 Loco: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO

DIA: 30/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 6D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h	18 18 26/04
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 18 26/04
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	18 18 26/04
6	CUIDADOS GERAIS / SINAIS VITAIS	18
7	HIGIENE ORAL	18
8	MANTER COM HELCO HEPARINIZADO	18

EVOLUÇÃO & DATA LERO A PARTIR DAS 00:00 HORAS

DATA: 30/04/2019 HORA: 07:05:02

#BMF 7º D.LH.

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta no exame clínico, limitação de abertura bucal, malaclusão, refere incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipofragma em região lateral de órbitas. Férimento suturado em língua sem sinais de infecção.

TC mostra fratura de angulo mandibular E.

CD: - AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia B. Apaixonatologia
Bucoraxilofacial
Residente - CRO/PB 7227



30/04/18

120/80

Paciente estável nessa
hora no momento
segue a espera de
exames

carlos

30/04/19

120/80

Paciente segue estável
sem queixas no momento



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Renzo Henrique Sexo: M Idade: 22 Sexo: M Setor Atual: Neuro

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: 110 bpm; FR: 18 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: 98 %

HGT: 170 mg/dl; Peso: 75 Kg; Altura: 1,75 cm Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Línguagem: Qual? Disfonia Afasia Diefasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnêia; Taquipnêia Bradipnêia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva Expectorado: 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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.

Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>			
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	Precordialgia <input type="checkbox"/>		
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo.			
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização:	Data da punção / / /		
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MIMI <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input checked="" type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.			
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora:	Data: / / /		
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:			
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:			
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados			
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:			
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;			
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:			
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Gianótica	Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado		
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas	Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>		
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: / / /		
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Retirado em: / / /		
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local:	Descrição:	Curativo: / / /
CUIDADO CORPORAL			
Condado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente	Observações: <small>DESENHOS DE SINISTROS</small>		
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória. <small>DESENHOS DE SINISTROS</small>		
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:			
SONO E REPOUSO			
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	25 JUN 2019		
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo;		
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipos:	<input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:		
INTERCORRÊNCIAS			
Relatório é Assinatura do Enfermeiro:			
DATA: 30/06/2019		HORA: 11h	
FONTE: BORDINHÃO, R.C, Coleta de dados por meio do grupo focal. Porto Alegre (2009).			



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mae: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBUCO Enfermagem: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDO

DIA: 01/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA <i>DIETA 2000 00'00 HS</i>	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 7D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>18</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h	<i>19</i>
4	TENOXICAM 20 MG SFM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>18</i>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	<i>18</i>
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>Cl</i>
7	HIGIENE ORAL	<i>Cer</i>
8	MANTER COM JEJICO HEPARINIZADO	<i>Clu</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 01/05/2019 HORA: 18:30:25

#BMF 8º D.I.H.

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. *Hipotensão arterial* na região lateral de órbitas. Ferimento suturado em língua sem sinais de infecção. TC mostra fratura de angulo mandibular E.

DEPARTAMENTOS DE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 777 SL. 100-Jóia Preto/PB

CD: - AGUARDANDO OPORTUNIDADE CIRÚRGICA

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bucal-Maxilo-Facial
Residente - CRO/PB 7227

~~00~~ Paciente Foi Para o Bloco
~~05~~ Cirurgia - Mas não foi realizada
~~TS~~ a Cirurgia Programada Foi cancelada
09-05-19, credendo as 18 hs contanto
Josilene Macedo Santos
E.C. de Enfermagem
COREN 719.093

01 Foi feita a cirurgia
02 Cirurgia realizada com sucesso
03 Cirurgia feita dia 09/05/19
04 Foi realizada cirurgia dia 09/05/19
05 Foi realizada cirurgia dia 09/05/19

Josilene Macedo Santos
E.C. de Enfermagem
COREN 719.093





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882045

Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER

Data de Nascimento: 01/10/1998

Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBUCO

Enfermaria: 9

Leito: 2

Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDO

DIA: 02/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Rebeca Valeska Soares Pereira

Item

Prescrição

Aproximamento

1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 8h/8h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 18 24 06
4	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 8h/8h	18 26 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 26 06
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	18 06
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Alt
8	HIGIENE ORAL	Alt
9	MANTER COM JFLCO HEPARINIZADO	Alt

EVOLUÇÃO

DATA: 02/05/2019 HORA: 10:20:08

#BMF 9º D.L.H.

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má inclusão, refere incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hiposfagma em região lateral de órbitas. Ferimento suturado em língua sem sinais de infecção. TC mostra fratura de angulo mandibular E.

Paciente submetido a procedimento cirúrgico, sem intercorrências.

CD: - ACOMPANHAMENTO BME,

- Souc. 10 RC. DE SACE

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira



02 8hs. Pcte consciente, orientado, apelit, tlpnico,
03 em jejum para procedimento cirúrgico.
19 S/ eliminacões presentes. Seque dor, sudores
PA=320x80 Vida empurrada fm. Revally

19hs - PA=340x80 _____ x _____ Revally
35
39





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M
 Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019
 Clínica: NEUROBRUCO enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDO

DIA: 03/05/2019

MÉDICO (A) ASSISTENTE: Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIFLA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 8h/8h 1D/3D Reconsutuir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. FAMPOLA, 6h/6h	
4	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML E.V. 8h/8h	
5	LENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconsutuir 2ML ABD.	
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	
8	HIGIENE ORAL	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 03/05/2019 HORA: 07:35:08

#BMF 10º D.I.H. 1º D.P.O

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipofagia em região lateral de órbitas. Ferimento suturado em língua sem sinais de infecção. TC mostra fratura de angulo mandibular F.

Paciente submetido a procedimento cirúrgico, sem intercorrências.

CD: - ALTA BMF

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira





LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Data da Internação: 24/04/2019

Data da Alta: 03/05/2019

Registro: 1882045

Tempo de Permanência: 18011

Diagnóstico Inicial: Fratura de Mandíbula (Ângulo esquerdo)

Diagnóstico Final:

Resolução

Principais Exames: EXAMES DE IMAGEM - EXAMES HEMATOLÓGICOS

Cirurgia: REDUÇÃO + FIE DE FRATURA MANDIBULAR

Data: 02/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SILVA

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: CRISLEIDE RODRIGUES SILVA

Medicamentos:

Infecção EO:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:



Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipofagia em região lateral de órbitas. Ferimento suturado em língua sem sinais de infecção. TC mostra fratura de ângulo mandibular E. Paciente submetido a procedimento cirúrgico, sem intercorrências.

Orientações: REPOUSO DOMICILIAR - RETORNO PROGRAMADO - REMOÇÃO DE SUTURA - PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÃO VO

Dieta: LÍQUIDA PASTOSA

Medicações para Casa: NIMESULIDA - DIPIRONA

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL.

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de :BMF em:15/05/2019 para revisão Repouso15dias

Condições de Alta::Melhorado

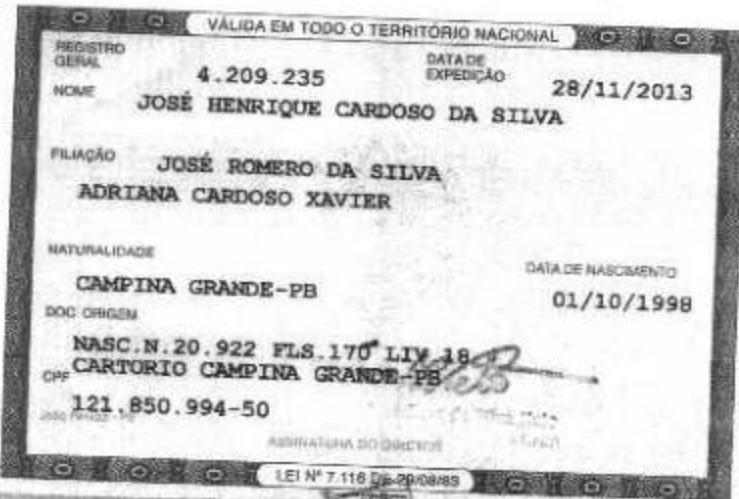
Data03/05/2019


Assinatura/Carimbo

Rebeca Valeska Soares Pereira

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Rebeca Valeska Soares Pereira





CÓDIGO DE CONTROLE
34D5.21D6.6EE3.90AE

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:52:08 do dia 06/06/2013 (hora e data de Brasília)
Número verificador: 00



HONDA CG 125		AN	1997		
CAP POT/CIL		CATEGORIA	COR. PREJ		
0124/CIL		PARTIC	AZUL		
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC./C		
I	R\$ 53,15	31/03/97	31/03/97		
V	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	31/03/97		
A	002803	3XR\$ 17,72	29/03/97		
PRÉMIO LÍQUIDO (RS)		ISOF	PRÉMIO TOTAL (RS)	DATA DE PA	
57,20		1,15	59,35	25 JUN 2018	
SEM RESERVA		OBSERVAÇÕES		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS CPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
774063		LOCAL		Gesta Seguradora S/A Dom Pedro I, 776 SL 106-Jd. Pessoal	

Informações sobre o veículo

Placa: KFF-1642

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG 125 TITAN

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: AZUL

Chassi: 9C2JC250VVR086355

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 1997

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

RESTRIÇÕES

COMUNICACAO DE VENDA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212864/19

Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

CPF: 121.850.994-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/04/2019

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA : 121.850.994-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190394861 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA (ÂNGULO ESQUERDO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 3 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190394861 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA (ÂNGULO ESQUERDO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 3 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.209.235.550-11PB CPF 121.850.994-50
DATA DO ACIDENTE:
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
ENDEREÇO:
SIT. BARRA DE ALGARIS, S/N - ÁREA RURAL, ALCANTIL - PB

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

NOME: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3092028 SSPB CPF 574.940.534-68
ENDEREÇO:
RUA JOAO BATISTA, 370, CENTRO, SURUBIM - PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.



ALCANTIL - PB 12 DE Maio DE 2019.

Reconheço a firma José Henrique Cardoso
da Silva (Povo Alegre/Alcântil) José Henrique Cardoso da Silva

Em test. 29/11/19 da verdade da f.

Rua do Santo Antônio, 22 de 05 de 2019

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212864/19

Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

CPF: 121.850.994-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/04/2019

Titular do CPF:
JOSE HENRIQUE
CARDOSO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA : 121.850.994-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 25/06/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 25/06/2019

Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

ALINE GOMES DE BRITO