
Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151890

Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151890

Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

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: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000449478-0

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0338243-00	CPF da vítima: 108.411.184-50	Nome completo da vítima: Lucimário Barros da Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Lucimário Barros da Santos	CPF: 108.411.184-50	
Profissão: Ricco	Endereço: Rua Maria Helena	Número: 45 Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Lagoa de Rocha	Estado: PB CEP: 58119-00
E-mail:		Tel.(DDD): (81) 98805-6654

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0041 ☐ CONTA: 449478 ☐ (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Jão Pessoa, 20/04/20**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucimário B. Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	
2ª Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº05598.01.2019.2.00.401



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 07/01/2019

Hora: 12:03:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Br Duzentos e Trinta, São José da Mata, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Em Frente Ao Quinta da Colina

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Lucinaldo Barros dos Santos

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria de Barros Santos e Adaauto Jose dos Santos

Idade: 33

Data de Nascimento: 13/01/1986

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Olivedos

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Ensino fundamental
completo

Profissão: Agreicultor

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: RG nº 2965786 SSDS/PB, CPF nº 108.411.184-50

Endereço: Vila Ipuarana, s/n, [indeterminado], Lagoa Seca, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Lar do Garoto

Telefone: (83) 99830-9642

TESTEMUNHA

Nome: Dayane Martins da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria da Penha Matins Costa e Jose Inácio da Silva

Idade: 18

Data de Nascimento: 06/09/2000

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Lagoa Seca

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Ensino fundamental
incompleto

Profissão: Agricultora

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: RG nº 4709906 SSDS/PB, CPF nº 096.775.284-16

Endereço: Augusto Felix Barros, [indeterminado], Lagoa Seca, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Bela Vista Ruínas

Telefone: (83) 99132-3331



TESTEMUNHA

Nome: Marínes Ferreira Brito
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Nazaré Ferreira Brito e Jose Ferreira Brito
Idade: 38 Data de Nascimento: 27/10/1980 Identidade de Gênero: feminino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Pocinhos
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino fundamental completo Profissão: Agricultora
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CNH nº 03713539200, CPF nº 050.379.364-70
Endereço: Sítio Barro Vermelho, [indeterminado], Puxinanã, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Antiga Casa de Show For Hall
Telefone: (83) 98670-7243



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda/Cg, modelo 150 titan, tipo de veículo particular, cor cinza, ano 2008, placa MNV-1054, chassi 9c2kc08108r172358, renavam 00961323337, características gerais: Licenciado Em Nome de Matheus Ewerton da Cruz Alves

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor Honda/CG modelo 150 titan, cor cinza, ano 2008, placa MNV-1054/PB, chassi 9c2kc08108r172358, renavam 00961323337, licenciado em nome de Matheus Ewerton da Cruz Alves, quando trafegava na BR 230, bairro São Jose da Mata, nesta cidade, momento em que o condutor de um Veículo de Sinais e condutor não identificado, vinha na mesma mão da via colidiu na traseira do ciclomotor em que o comunicante trafegava; que com o impacto a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Politrauma: Fratura Bimaleolar no tornozelo esquerdo, conforme prontuário, em anexo e Atestado Médico CID S82-5 + S82-6 + T93, em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade, conforme Declaração de Atendimento. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

ADENDOS:

Usuário: Junia Barbosa Luz do Rêgo

Data e Hora: 21/05/2019 14:00

Delegacia: Central de Polícia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência

Descrição: LEIA-SE A DATA DE NASCIMENTO 14/01/2019 E A PROFISSÃO AGRICULTOR

Usuário: Avelina Maria de Oliveira Mello

Data e Hora: 22/05/2019 14:38

Descrição: INFORMAR QUE A DATA DE SEU ANIVERSÁRIO ESTÁ DIGITADA ERRADA; QUE NASCEU, EM 14/01/1986.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



Campina Grande/PB, 20 de maio de 2019.



JOSEFA ALVES DE ASSIS

Delegado(a) de Polícia Civil



LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Noticiante



AVELINA MARIA DE OLIVEIRA MELLO

Técnico de Nível Médio



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: 0338293-00 CPF da vítima: 108.411.184-50 Nome completo da vítima: Lucimário Barros da Santos

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

Nome completo: Lucimário Barros da Santos CPF: 108.411.184-50
Profissão: Receio Endereço: Rua Maria Horan Número: 45 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Lagoa de Roca Estado: PB CEP: 58119-00
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 98805-6654

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 449478 0
(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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Tão Pena, 20/04/20
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucimário B. Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

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: 04/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000449478-0

Nr. da Autenticação 499BD8459831B9A9



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

ATO Declaratório

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 7/1/2019	HORA: 12:03 HRS	ID Nº: 1748714
NOME:	LUCINALDO BARROS SANTOS	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	BR 230 - SÃO JOSE DA MATA	
COMPLEMENTO:	EM FRENTE AO QUINTA DA COLINA	
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 25 de janeiro de 2019.


Declecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

CONFIDENTIAL REPORT 1000

The following information was obtained from a confidential source who has provided reliable information in the past. The information is being provided to you for your information only and should not be disseminated to any other person.

On 10/10/77, the source advised that the following information was obtained from a confidential source who has provided reliable information in the past. The information is being provided to you for your information only and should not be disseminated to any other person.

On 10/10/77, the source advised that the following information was obtained from a confidential source who has provided reliable information in the past. The information is being provided to you for your information only and should not be disseminated to any other person.

On 10/10/77, the source advised that the following information was obtained from a confidential source who has provided reliable information in the past. The information is being provided to you for your information only and should not be disseminated to any other person.

On 10/10/77, the source advised that the following information was obtained from a confidential source who has provided reliable information in the past. The information is being provided to you for your information only and should not be disseminated to any other person.

On 10/10/77, the source advised that the following information was obtained from a confidential source who has provided reliable information in the past. The information is being provided to you for your information only and should not be disseminated to any other person.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente Luizinho Barros dos Santos
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Ident. 2.826.855-
SSP-PB



Em, 09 de Janeiro de 2019

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: Marine F Brito

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

PACIENTE:	LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
DATA DO EXAME:	07/01/2019 (13:11)

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 ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. Péricles Almeida da Costa
Médico Radiologista
CRM-PB: 8620



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS (1)
6 - DATA DE NASCIMENTO: 31/12/1969
7 - CARIÓTIPO: 46,XY
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: [blank]
9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, Bairro): [blank]
10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: [blank]

17 - HISTÓRIA SINTOMÁTICA E SINAIS CLÍNICOS

Paciente com quadro de dor abdominal em região de hipocôndrio direito, com início há 12 horas, evoluindo para dor em todo o abdômen. Sem náuseas e vômitos. Sem febre. Sem alteração de hábitos intestinais. Sem alterações de consciência.

18 - CONDIÇÕES QUE LEVARAM À INTERNAÇÃO

Falta de controle da dor, com necessidade de internação para investigação e tratamento.

PROCEDEMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do procedimento solicitado: Internação para investigação e tratamento.
25 - Código do procedimento: 2038451072009
26 - Clínica: 02
27 - Característica da internação: 02
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: BRUNO DA COSTA LIMA
29 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 07/01/2019
30 - ASSINATURA E CÂMBIO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [blank]

33 - () ACIDENTE DE TRABALHO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
39 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
40 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
41 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
42 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
43 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
44 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
45 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
46 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
47 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
48 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
49 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
50 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
51 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
52 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
53 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
54 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
55 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
56 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
57 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
58 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
59 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
60 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
61 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
62 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
63 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
64 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
65 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
66 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
67 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
68 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
69 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
70 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
71 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
72 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
73 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
74 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
75 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
76 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
77 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
78 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
79 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
80 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
81 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
82 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
83 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
84 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
85 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
86 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
87 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
88 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
89 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
90 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
91 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
92 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
93 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
94 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
95 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
96 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
97 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
98 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
99 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
100 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
50 - CNES: [blank]
51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
52 - CNES: [blank]
53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
54 - CNES: [blank]
55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
56 - CNES: [blank]
57 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
58 - CNES: [blank]
59 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
60 - CNES: [blank]
61 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
62 - CNES: [blank]
63 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
64 - CNES: [blank]
65 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
66 - CNES: [blank]
67 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
68 - CNES: [blank]
69 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
70 - CNES: [blank]
71 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
72 - CNES: [blank]
73 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
74 - CNES: [blank]
75 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
76 - CNES: [blank]
77 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
78 - CNES: [blank]
79 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
80 - CNES: [blank]
81 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
82 - CNES: [blank]
83 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
84 - CNES: [blank]
85 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
86 - CNES: [blank]
87 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
88 - CNES: [blank]
89 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
90 - CNES: [blank]
91 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
92 - CNES: [blank]
93 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
94 - CNES: [blank]
95 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
96 - CNES: [blank]
97 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
98 - CNES: [blank]
99 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [blank]
100 - CNES: [blank]

GOVERNO
DO PARANÁ

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

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:	L	U	C	I	M	A	B	O	B	A	N	D	S	D	A	S	PRONTUÁRIO		
IDADE:			SEXO:	M	☐	F	☐	COR:	B	☐	P	☐	A	☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEIT.

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:
07/01/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- raio x Torax ap
- raio x pelvis @ AP/P
- raio x Tornozlo @ AP/P

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

07/01/19.

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Flávio Daniel
MÉDICO
Cirurgia Geral
CRM/PR - 9549

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

13:57 Paciente consciente, orientado, sem queixas em fôlego de abdome; ruído cardíaco, fôntano, de caráter normal. Recusa uso fônt sem alteração.

At: Atto de lúmpo, bel.

Ortopedia: Paciente vem de acidente de moto com fratura exposta no tornozelo.

Realizou punção para drenagem de líquido e limpeza de ferida e

conduta: Fato de punção e drenagem.

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () Exélio

() Decisão Médica

() Óbito

X

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Data da Internação: 07/01/2019 Hora: 14:01:25



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO 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

LUCINALDO BARROS DOS SANTOS (1

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1808691

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/12/1969

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - Fone

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

0

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CIDADE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura bilateral de fêmur

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Raio X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura bilateral de fêmur

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação para tratamento cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

02

27 - CARACTERÍSTICA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO ADICIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

203834510720009

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

BRUNO DA COSTA LIMA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/01/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO CONTRATO

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAS DA EMPRESA

41 - CNOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEQUERADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID: ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PACIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

DATA DO EXAME: 07.01.2019

RADIOGRAFIA DE PERNA

- Fratura bimalleolar sem desvios significativos.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO

- Fratura bimalleolar sem desvios significativos.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

91

Dr. Raimundo R. Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6486

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220



Dr. Péricles A. Costa
CRM/PB 8620



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Helena Maria Gomes dos Santos	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	-------------------------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07.01.19	① Dete oil hp ② SFO 0.2% 500ml en 04h ③ Depive 02ml en 6h ④ omeprazol 40mg 01 em 12h ⑤ valpar 750mg 01 em 12h ⑥ folep 600mg ⑦	DT 18 24/06 18 06 18 06 DT	Int. adm. p. 198 Int. adm. p. 198



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Lucimádo Barros dos Santos
End: Bairro: São José da Mata
Data de Nascimento: 23.01.86 **Documento de Identificação:** 123456789
Queixa: Queda **Data do Atend.:** 04.01.93 **Hora:** 12:51 **Documento:**
Acidente de trabalho? () Sim (x) Não

de mata

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo **Aspecto:** () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória: **Frequência cardíaca:**
Pressão arterial: **Temperatura axilar:**
Dosagem de HGT: **Mucosas:** () Normocerada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

MOD. 110

- cirurgia**
(x) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Herlê Harilda S. Cavalcanti

Assinatura e carimbo do profissional



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
SAMU Regional CG - 192



SAMI
192
CAMPINA GRANDE - P

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento a médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 7/1/2019		HORA: 12:03 HRS	ID Nº: 1748714
NOME: LUCINALDO BARROS SANTOS			
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO			
LOCAL: BR 230 - SÃO JOSE DA MATA			
COMPLEMENTO: EM FRENTE AO QUINTA DA COLINA			
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB			
DADOS DA REMOÇÃO			
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma			

Campina Grande, 25 de janeiro de 2019.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



1. The first part of the problem is to find the area of the triangle.

2. The second part of the problem is to find the perimeter of the triangle.

3. The third part of the problem is to find the area of the rectangle.

4. The fourth part of the problem is to find the perimeter of the rectangle.

5. The fifth part of the problem is to find the area of the circle.

6. The sixth part of the problem is to find the perimeter of the circle.

7. The seventh part of the problem is to find the area of the square.

8. The eighth part of the problem is to find the perimeter of the square.

9. The ninth part of the problem is to find the area of the parallelogram.

10. The tenth part of the problem is to find the perimeter of the parallelogram.

11. The eleventh part of the problem is to find the area of the trapezoid.

Data
08/05/19

hora
8:00

PA
120x60

Paciente consciente orientado
medicando conforme a prescrição
condições segue aos cuidados
da enfermagem Rosa



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Luizinaldo Baxos Santos
CONVÊNIO: Particular

SOLICITAÇÃO PROVISÓRIA ENFERMAGEM Nº DO ATENDIMENTO

DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA ANTERIOR Nº

Nº DATA 11.01.19 HORA: QUARTO/LEITO:

QUANT PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1) Dieta livre à parte das 21h.

2) IF 0,9% 1000ml > cv, 24h
RL 1000ml

3) Lefetunim 1g + md, cv, 6/6h

4) Tixarone 1g + md, cv, 6/6h

5) Nausecion 4mg + md, cv, 8/8h

6) Tixamul 100mg + IF 0,9% 100ml, cv, 8/8h

7) Tylate 40mg + md, cv, 12/12h

8) SNUV + CCG 6

12/01/19. MTA 1101/19/19

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO (A)

DESTINO:

RECEBIDO POR:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Luizinaldo Baxos Santos
CONVÊNIO: Particular
Nº PRONTUÁRIO: 38088

Nº: DATA: 09/03/19 HORA: QUARTO/LEITO: 303

QUANTIDADE PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1) Dieta por VO Livre

2) SFOGv. 1000ml cv cv 24h

3) Diprom 1g + md cv 6/6h

4) Tixamul 100mg + md cv 1x (di)

5) Nausecion 25mg + md cv 8/8h

6) SNUV + CCG 6

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO:

DESTINO:

RECEBIDO POR:



DATA: 09/01/2019
HORA: 16:36:13



71514

REGISTRO DE INTERNAÇÃO									
Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião		
38088	LUCINALDO BARROS SANTOS	14/01/1966	32	M			1-CATOLICA		
Estado Civil	CPF	RG	Grau de Instrução		Profissão	Fone Residência	Fone Trabalho		
	108.411.184-90	2985786 SSP PB				988707243			
Filiação	Pai:		ADALTON JOSE DOS SANTOS						
Endereço	R. MARIA MOARES, 45 - LAGOA DE ROCA, CAMPINA GRANDE-PB CEP:								
Atendimento	Data/Hora Atend.	Data/Hora Prev.	Setor		Tipo Atendimento				
71514	09/01/2019 16:44	10/01/2019 10:00	121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - ONV		5-INTERNAÇÃO CIRURGICA				
Médico Atendente	Plano / Convênio		Nº Carteira		Validade		Nº CNS		Motivo Atendimento
311138-JOSE FELIPE QUEDES	0-PARTICULAR/0-PARTICULAR								4-INTERNAÇÃO/URGÊNCIA
Posto	Acomodação		Leito						
POSTO 100	121613 POSTO 100 - APTO 103		APT-103 1						
Guia	Procedimento								
INTERNACAO	90246546 INTERNAÇÃO								
38088									

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) LUCINALDO BARROS SANTOS, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____ CRM _____, Estado do(a) PIB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

observância das orientações legais.

after
1990

12

31.

Responsável: LUCINALDO BARRAS SANTOS
Endereço: R MARIA MOARES, 45 Bairro LAGOA DE ROCA, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 966707243

CAMPINA GRANDE, 09 de Janeiro de 2019

FRANCINE ARAÚJO PEREIRA
Responsável pelo Atendimento

Luciano Barros Santos
LUCIANO BARROS SANTOS
Responsável pelo Pacote

DIAGNÓSTICO

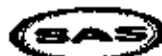
808 (7.7.2017) (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alcance	Leto	Convênio
08/01	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. Dieta	h. v. d. e.		
2. S.R.L. 1500ml EV/24h	12. 18. 24. 06		
3. Digipirona 02ml + AD EV 06/06h	12. 24		
4. Titrar 20mg + AD EV 12/12h	(00)		
5. Omeprazol 40mg EV/jam			
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN			
7. Nauseôron 01 FA + AD EV 8/8h SN			
8. Clexane 40mg SC/dia			
9. SSVV + CCEG			
Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643 Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643			



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



12/01/19

MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

PACIENTE	CONVÊNIO	APT	APTO
Jourimaid B. Barros Santa	1394	103	AUDITOR
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE
Frasco para denta			
Aguilha de Insulina			
Aguilha desc.p/glicemia			
Algodão Ortopédico			
Bolsa de colostomia			
Bureta (microfix)			
Cateter nasal			
Coletor de urina (sist. Fechado)			
Coletor de urina (para incont. Masculina)			
Equipo de Macrogotas			
Equipo de Microgotas			
Equipo de PVC (prvenofix)			
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)			
Esparradrapo 30 cm	02		
Faixa Crepon (10cm)			
Faixa Crepon (15cm) 30 cm	01		
Tira p/glicemia Advantage II			
Gaze (pacote)	06		
Intracath			
Jelco (angiocath)			
Luva estéril			
Luva Procedimento	02		
Micropore			
Scalp 19,021 e 23			
Seringa descartável (3ml)			
Seringa descartável (5ml)			
Seringa descartável (10 ml)			
Seringa descartável (20 ml)			
Seringa de Insulina			
Sonda Enteral			
Sonda Foley			
Sonda nasogástrica			
Sonda Retal			
Sonda uretral			
Torneira de 3 vias			
Água oxigenada (curativo/lavagem)			
Vaselina			
Soro fisiológico (para curativo) 100 ml	01		
Xilocaina Gel (p/sonda)			
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)			
Tubo endotraqueal nº			
Fio de Sutura nº			
Fio para tubo			
Faixa p/tubo			
outros			

Paciente: Lucimálda Barros SantosLeito: 103-1 Convênio: Particular Idade: 32 Registro: 38088Cirurgião: Dr. José Felipe Guedes Anestesiologista: Dr. VanessaCirurgião: Dr. José Felipe Guedes Anestesiologista: Dr. VanessaInstrumentador(a): André

Data <u>11-01-19</u>		Início <u>16:30h</u>		Término <u>19:20h</u>	
QTD	MED. ANESTÉSICAS	QTD	MEDICAÇÕES		
	ALPENTANIL 5ML #		NEOSTIGMINA 5MG/ML		SONDA POLEY 3V Nº
	ATRACURIO 10MG 2.5ML #		NITROGLICERINA 25MG		SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº
01	BUPIVACAÍNA+GLICOSE 0,5% PESADA 4ML		OMEPRAZOL 40MG		SONDA URETRAL Nº
	CETAMINA 50MG 10ML #	01	ONDANSETRONA 4MG 2ML	QTD	TORNEIRINHA TRÊS VIAS
	CISATRACURIO 10MG 5ML		PROTAMINA 1000U/ML 5ML		FROS
	CLONIDINA 150MCG/1ML		RANITIDINA 50MG/ML 2ML		ACIFLEX 5W401050X4
	ETOMIDATO 2MG 10ML #		SOLUÇÃO CARDIOPLÉGICA 10ML		CERA P/OSSE WAXBIO25B
01	FENTANIL 50MCG 2ML #		SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 10ML		ETHIBOND 0 PEV05A45
	FENTANIL 50MCG 10ML #		SUXAMETONIO 10.3MG 5ML		ETHIBOND 2-0 PEV202MR22T
	FENTANIL+DROPERIDOL 2ML (NIFEDIDOL) #	02	TENOXICAM 20MC		ETHIBOND 2-0 C/AG. 2.0 PEV202MR2D
04	MIDAZOLAM 15MG 3ML #		TROMETAMOL 30MG/ML		ETHIBOND 5-0 C/AG. 4.7 PEV54NTC480
	MIDAZOLAM 50MG 10ML #	300	CLORHEXIDINA ALCOÓLICA 11		LIGA CLIP 100(1201)
01	MORFINA 1MG 2ML #	300	CLORHEXIDINA DEGERMANTE 4%	03	LIGA CLIP 200(2200)
	MORFINA 0,2MG 1ML #	QTD	MATERIAL		MONONYLON 3-0 C/AG. 3.0 NL30CT30S8
	NALOXONA 0,4MG 1ML #	02	AGULHA DESC. 13X4,5		MONONYLON 3-0 C/AG. 2.4 NL30CT24S8
	PANCURONIO 2MG 2ML #		AGULHA DESC. 25X7,0		MONONYLON 4-0 NL40CT30S8
	PROPOVAN 1% 20ML #	02	AGULHA DESC. 40X12		POLYCOT 0 C/AG. 3.0 AA0CR30G
	ROCURONIO 10MG 5ML #		AGULHA PERIDURAL Nº		POLYCOT 1 AA05A45
	SEVOFLURANO 100% 250ML #		AGULHA RAQUE Nº		POLYCOT 2-0 AA20CR30G
	TRAMADOL 100MG 2ML #	03	ATADURA DE CREPON Nº 15111		POLYCOT 3-0 5/AG. AA30SA45
	TRAMADOL 50MG 1ML #		ATADURA GESSADA Nº		POLYCOT 3-0 C/AG. 3.0 AA30CR30G
QTD	MEDICAÇÕES		BOLSA COLOSTOMIA 30MM		PROLENE 4-0 PL402MR22AP
	ACIDO TRANEXAMICO 250MG 5ML		BORRACHA SILICONE Nº204 MT		PROLENE 5-0 PL502MR17AP
03	AMINOFILINA 24MG/ML 10ML	01	CATETER P/02		PROLENE 7-0 PL702CR10AP
	ÁGUA DESTILADA 10ML		CATETER PERIDURAL Nº		PROLENE 6-0 PL602CR13AP
	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML	02	CAMPO OPERATORIO GRANDE UND. 11		PROLENE 8-0 SE6680/2-45H
	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10ML	04	COMPRESSA DE GAZE ENV. C/10 UNOS	11	VICRYL 0 C/AG. 4.0 G4091-75H
	ESMOLOL 10MG/10ML		COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		VICRYL 2-0 PGLA20MB48ER
02	CEFAZOLINA 1GR		DRENO Nº		VICRYL 3-0 C/AG. 1.9 PE19303-BH
	CEPATOTINA 1GR	05	ELETRODO DESCARTÁVEL		VICRYL 3-0 C/AG. 2.5 ABS30MR26G
	CEPTIAOXONA 1GR		EQUIPO MACRO GOTAS C/INJETOR		
	CLORETO DE CÁLCIO 10% 10ML		EQUIPO MICRO GOTAS C/INJETOR		
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10ML		EQUIPO P/ARTROSCÓPIA 4VIAS		
	CLORIDATO DE PAPAVERINA 100MG 2ML	60	ESPARADRILHO		
	CETOPROFENO 100MG IV		FILTRO P/RESPIR. DOR C/TRAQUEIA		
01	DEXAMETASONA 4MG/ML 2.5ML	30	FITA MICROPORE		
02	DIPIRONA SÓDICA 2ML 500MG/ML		GELCO Nº		
	DIMENID+PIRIDOX+GLICOSE+FRUT 86 EV DL		INTRACATH ADULTO Nº		
	EFEDRINA 50MG 1ML		LAMINA DE DIST. Nº11		
	ESCOPOLAMINA SIMPLES 20MG 1ML		LAMINA DE DIST. Nº15		
	ESCOPOLAMINA+DIPIRONA 5ML	01	LAMINA DE DIST. Nº23		
	EPINEFRINA 1MG/ML 1ML	03	LUVA DE PROCEDIMENTO TAM. 11		
	FITOMONEDIONA 10MG/1ML EV	01	LUVA ESTÉRIL Nº6,5		
	FUROSEMIDA 20MG 2ML		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		
	GENTAMICINA 80MG 2ML	02	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		
	GLICOSE 50% 10ML	02	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		
	HEPARINA 5000UI 5ML		LUVA ESTÉRIL Nº9,5		
	HIDROCORTISONA 100MG		SERINGA DESC. C/AG. 1ML		
	HIDROCORTISONA 500MG		SERINGA DESC. C/AG. 3ML		
	HISOCOL SOL. DE GELATINA 3,5% 500ML	03	SERINGA DESC. C/AG. 5ML		
	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% C/VASO	01	SERINGA DESC. C/AG. 10ML		
	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% S/VASO		SERINGA DESC. C/AG. 20ML		
	LIDOCAÍNA COM VASO 2% 20ML		SERINGA DESC. 60ML BICO LONGO		
	LIDOCAÍNA SEM VASO 2% 20ML		SONDA ENDOTRAQUEAL C/RL Nº		
	METRONIDAZOL 500MG 0,5%		SONDA POLEY 3V Nº		
	METOCLOPRAMIDA 10MG 2ML	60	Algodão 100 p. cm		

SOROS

SF 100ML	SF 250ML	SF 500ML
SG100ML	SG 250ML	SG 500ML

SORO RINGER C/LACTATO 500ML

ORTESE E PROTESE

EQUIPAMENTOS

() Oxímetro pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxímetro gástrico
() Foco Polar	() Cardiomonitor
() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

Tempo de Origem: 21 p/mim.

Joelma B. S. Lima

Circulante de Enfermagem

CONECT 08/01/19



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:

QUARTO/LEITO

DATA ADMISS.:

CONVÊNIO

PRONTUÁRIO:

DATA	HORAS	PA(mmHg)	TC	R(frp)	P(bpm)	SPO2	DIETA	DIURESE	FEZES	HGT	V.INSULINA	DRENO	ASS.TEC ENFERM+COREM
04/01	17h	120x80	-	20	64	99%	26ml	+	-	-	-	-	02
09-03	22h	120x80	36	20	72	97%	labore	da. v.	-	-	-	-	Vic. CTZ-135-162
10-01	08:00	120x80	36	20	80	-	-	-	-	-	-	-	-
10-01	20:00	120x80	-	-	60	100%	-	-	-	-	-	-	Kaionete
11/01	08h	120x80	36	20	58	97%	+	+	+	-	-	-	NOMYORA-120545
11/01	14h	120x80	36.6	20	76	97%	gum	+	+	-	-	-	Podrão Wamill
18-03	22h	120x80	36	20	70	-	labore	-	-	-	-	-	Amela-135-162
12/01	16h	120x80	-	-	-	-	vio	-	-	-	-	-	-

CONTROLE DE OXIGÊNIO

CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			

DATA:	HORAS:	EVOLUÇÃO (ASS. DO TÊC. DE ENFERMAGEM + CARIMBO)
		Paciente admitido para mb. mltiplos - re a Luzia L. Pereira Pereira ABCA ALEA 1A
08-01	08:00	Paciente pt. cirurgico SUSPENSEM PT. DR. VENCER GARCIA Luzia L. Pereira, VO. Cirurgico - Hospital de Tubo. n. 1. Jm. Copa etc. - Unidade 1A, 02
10-01	08:00	Per. evolui consciente, orientado, eupneico, afibril em dieta livre. Ombros com provavel cirurgia 11 kg a noite, segue em Teste de + repouso + Unidades de enfermagem.
10-01-19	20:00	Paciente consciente, orientado, eupneico, normotermico (37,5°C), sem sinais de desidratacao (Ant. med. etc.) em dieta livre. Ombros com provavel cirurgia. Segue em unidades de enfermagem de unidade 1A, 02.
11-01	08:00	Paciente evolui consciente e orientado, SSV alterados, eupneico, normotermico, afibril, dieta livre. Segunda ordem, elimina- coes presentes, a quando cirurgia ortopedica, com que- xas e segue as unidades de enfermagem.
11-01	14:00	Paciente evolui consciente e orientado, normotermico, afebril, segue em dieta livre, em jejum desde ontem as 22:00 h no pre-operatorio segue sem queixas ate o momento, adesido ao SSV, mb. p. m. e segue as unidades de enfermagem.
13-01	22h	Paciente evolui consciente e orientado, normotermico, afebril, segue em dieta livre, em jejum desde ontem as 22:00 h no pre-operatorio segue sem queixas ate o momento, adesido ao SSV, mb. p. m. e segue as unidades de enfermagem.

EVOLUÇÃO MÉDICA



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde

NOME DO PACIENTE

QUARTO/LEITO

DATA DE ADMISSÃO

PRONTUÁRIO

CONVENIO

EVOLUÇÃO

DATA

10/01/19

Dr. J. A.

Recebeu alta para tratamento cirúrgico de lesões do tornozelo. Já curadas.

Dr. J. A.

Dr. J. A.

10/01/19

Recebeu alta para tratamento cirúrgico de lesões do tornozelo. Já curadas.

Dr. J. A.

Dr. J. A.

Dr. J. A.

Dr. J. A.

Dr. J. A.

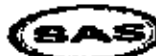
Dr. J. A.

Dr. J. A.



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Hospitalar e de Saúde



MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

10-01-19

PACIENTE	CONVÊNIO			APTO AUDITOR
	MANHÃ	TARDE	NOITE	
MATERIAIS				
Frasco para denta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparradrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento	02	03	03	
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)			06	
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				



CLINICA DR. WANDERLEY
ID: 0002403197 LUCINALDO BARROS DOS SANTOS DATA NASC: 14.01.1986
DATA EXAME: 03.04.2019 IDADE: 33 SEXO: M
FIC: 14444 13.10.97



CLINICA DR. WANDERLEY
ID: 0003893107 LUCINALDO BARROS DOS SANTOS DATA NASC: 14.01.1986
Data do exame: 03.04.2019 IDADE: 33 SEXO: M
EC: Hora: 13:46:57

SC: 83 %



CLINICA DR. WANDERLEY
ID: 0003893107 LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
Data do exame: 03.04.2019 IDADE: 33 SEXO: M
TEC: Hora: 13:46:57
SC: 83 %
DATA NASC: 14.01.1986





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

	NOME: <u>Lucimárcia Bruno Santos</u>	LEITO: <u>103</u>
08-03-19 17:00	Pac. admitido para tratamento cirúrgico (ortopedia), encontra-se em jejum, não apresenta náuseas, vômitos, diarreia, febre, ou outros sinais de enfermagem.	<u>Germana Pereira</u> COREN: 119390.
09/03/19	Paciente em EGE, consciente, orientada, eupneico, foi liberada deita durante a noite, por ordem médica e o mesmo ficou em jejum pela manhã para realizar procedimento cirúrgico.	<u>Morgleyde Aires</u> ENFERMEIRA COREN 375.686
10-03-19	Paciente aguarda procedimento cirúrgico em HSE. Consciente, orientada. Diurese e fezes presentes e espontâneas. AVP em HSE. Sem queixas, aos cuidados de enfermagem. Dieta (almoço) foi liberada por ordem médica, provável cirurgia hoje à noite, aguarda resposta médica.	<u>Renaly Maria Brasileiro</u> COREN-PB 544.646-ENF
10-03-19 14h	Pac. c/ EGE regular, aguardando realizar cirurgia (ortopedia) HSE, segue consciente, orientada, afebril, eupneico, normotenso, o mesmo mantém-se em jejum após almoço, segue sob os cuidados de enfermagem.	<u>Germana Pereira</u> COREN: 119390.
15h-	Pac. e/ dieta liberada pela anestesista, irá realizar a cirurgia amanhã (11-03) pela manhã, jejum após às 22h.	<u>Germana Pereira</u> COREN: 119390.
11-03-19	Paciente aguarda procedimento cirúrgico, consciente, orientado, eupneico, afebril. Em jejum desde às 22h. Eliminações vesicais e fisiológicas presentes e espontâneas. Com AVP em HSE. Sem queixas, aos cuidados da equipe de enfermagem.	<u>Renaly Maria Brasileiro</u> COREN-PB 544.646-ENF

33103/19



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Médica e de Saúde



11-01

MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

PACIENTE <i>Lucinaldo Barros Santos</i>	CONVÊNIO <i>Part.</i>			APTO <i>Jo3</i>
	MANHÃ	TARDE	NOITE	
MATERIAIS				AUDITOR
Frasco para denta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento	<i>01</i>	<i>03</i>		
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de Insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				



	NOME:	LEITO:
	Lucinaldo Barros Santos	103
11.01.19	Pac. encontra-se em fl - pl realiza ciru	
14/20	gia (ortopedia) consciente, orientado, afeto	
	superior, normotensa, segue sob o cuidado	
	dos de enfermagem.	
		Permaneça em
		com: 119390
11.03.19	Paciente evoluiu em estado	
	feras consciente orientado	
	com DCF em T42 sem sinais	
	e sinais de embolia pulmonar	
	evoluções:	
		Severina Raquel A. da Silva Fere
		COREN-PB 391273-EM



MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

PACIENTE <i>Luizinaldo Soares Santos</i>	CONVÊNIO <i>1000</i>			APTO 103
	MANHÃ	TARDE	NOITE	
MATERIAIS	AUDITOR			
Frasco para denta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento				
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de Insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: *Lucivaldo Barros* CONVÊNIO: *Particular* AP/ENF: LEITO:
DATA: *11.01.19* CIRURGIÃO: *Dr. Felipe Guedes*
1ª AUXILIAR: 2ª AUXILIAR:
3ª AUXILIAR: INSTRUMENTADOR: *André*
ANESTESISTA: *Dr. Gama* TIPO DE ANESTESIA: *Raqui + sedação*
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fratura de Tornozelo*

TIPO DE CIRURGIA: *Osteossíntese de MIE*

USO DO OPME: *sim*

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *0 mm*

ACIDENTE CIRÚRGICO: *não*

RELATÓRIO DE PATOLOGIA: *—*

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: *sim*

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

DESCRIÇÃO OPME

DESCRIÇÃO DOS ITENS UTILIZADOS E AS RESPECTIVAS QUANTIDADES

- 1) 10 de metal com 10 de destorça
- 2) Anel de metal com 10 de destorça
- 3) Inchaço de metal com 10 de destorça
- 4) Inchaço de metal com 10 de destorça + 10 de destorça
- 5) Inchaço de metal com 10 de destorça + 10 de destorça
- 6) Inchaço de metal com 10 de destorça
- 7) Inchaço de metal com 10 de destorça

Unidade de Assistência Social e de Saúde
CRM-PA 7151
10/01/2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2.965.786 -2 VILA DATA DE EMISSÃO 10/10/2017

NOME LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

FILIAÇÃO ADALTO JOSÉ DOS SANTOS
MARIA DE BARROS SANTOS

NATURALIDADE OLIVEDOS-PB

DATA DE NASCIMENTO 14/01/1986

DOC. ORDEM NASC. N. 1792 FLS. 52/V LIV. A/3
CARTORIO OLIVEDOS-PB

CPF 108.411.184-50

Assinado digitalmente por: *Lucinaldo B. Santos*
Data: 10/10/2017 às 14:03:01
Certificado: 108.411.184-50

0 +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

960-D 20-A

14/01/1986

108.411.184-50

Lucinaldo B. Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETTRAN - PB
Nº 014798147709
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
RDT 00190000133774-3
VIA 007000000000 2019
NOME MATHÉUS EMERSON DA CRUZ ALVES

MATHÉUS EMERSON DA CRUZ ALVES

PLACA MNV1054/PB

NOVO PB 9C2KC08108R172358

CASOLINA COMBUSTÍVEL

HONDA/CG 150 TITAN KS

CATEGORIA 2 250/159/CI PARTIO

VENO COTA UNICA 2 250/159/CI PARTIO

PAQUETE PVA 2 250/159/CI PARTIO

PREMIO TOTAL (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

SEM POSSIBILIDADE DE DOMÍNIO OBRIGATORIO

DATA 02/04/2019

LOCAL

410X 1420

DETTRAN

BRIGADA 000000000000

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014798147709 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 2019 02/04/2019

PLACA MNV1054/PB

RENOVAÇÃO

HONDA/CG 150 TITAN KS

NO CHASSI 9C2KC08108R172358

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE OUTRGO 02/04/2019

PARCELADO

COTA UNICA

SEGRADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151890 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118243/20

Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

CPF: 108.411.184-50

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 07/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUCINALDO BARROS DOS SANTOS : 108.411.184-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020
Nome: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
CPF: 108.411.184-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA