

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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200077967

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONEN SANTOS DO O

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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200077967

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONEN SANTOS DO O

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 06 de Março de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200077967**

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONEN SANTOS DO O

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\$ 1.350,00

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: RONEN SANTOS DO O

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000001898-8

Conta: 000000018385-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

707.210.224-80

4 - Nome completo da vítima:

Rômulo Santos do ó

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

5 - Nome completo:

Rômulo Santos do ó

6 - CPF:

707.210.224-80

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Breginho

9 - Número:

S/Nº

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Córrego rural

12 - Cidade:

Bons de São Miguel

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58488-000

15 - E-mail:

ronimodosantos66@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(83) 9 9231-8621

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA: 1838

 CONTA: 00 1838 5

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas de viagem à sede da Seguradora Líder para realização da perícia permanente. Declaro que a ausência de laudo permanente não é motivo de desentendimento com a Seguradora Líder para a realização da perícia.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim

 Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário, caso autorizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data: Lambari Grande, PB, 16/02/2020.

 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Rômulo Santos do ó

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 número: **0000005/2020** registrada em 13/02/2020 as 10:50, e passo a transcrever na íntegra: aos 13 dias do mês de FEVEREIRO do ano de 2020, nesta cidade de Barra de São Miguel, Estado da Paraíba no cartório de registro de ocorrência da DELEGACIA MUNICIPAL DE BARRA DE SÃO MIGUEL, quando se encontrava presente o Bel. JOAO JOALDO FERREIRA, Delegado de Policia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado COMPARECEU o senhor (a) **RÔNEN SANTOS DO Ó, RG 3.835.548, CPF 707.210.224-80 NASCIDO DIA 20/11/1992, FILIAÇÃO: OSVLADO FERREIRA NETO e MARIA JOSE DOS SANTOS, RESIDENTE no SITIO BREJINHO, ZONA RURAL DESTA CIDADE, INQUIRIDO PELA AUTORIDADE DECLAROU: QUE** no dia 10 de junho de 2019, por voltas das 17h estava pilotando a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ESD, DE PLACA OVZ 6654, DE COR VERMELHA, DE ANO 2014, MODELO 2014, CHASSI 9C2KD0540ER047091, RENAVAM 0101001487-8 registrada em nome de VIRGINIA POLIANA OLIVEIRA em destino a vila do Pará, distrito da cidade de Santa Cruz do Capibaribe-PE, por uma estrada vicinal, quando na localidade do SITIO PINHOES, zona rural desta cidade, ao perder o controle em uma curva colidiu numa arvore vindo a cair. QUE deste acidente sofreu deslocamento do braço esquerdo e fraturou o osso do rosto, conhecido por "Osso Zigomítico". Que foi socorrido pela ambulância desta cidade para o hospital de Trauma de Campina grande-PB. QUE ficou internado por alguns dias e realizou uma cirurgia. 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.

Barra de São Miguel, Quinta-feira, 13 de FEVEREIRO de 2020

Rônem Santos do Ó
RÔNEN SANTOS DO Ó

Daniel Acosta
Comissário
Mat. 168.318-7
DANIEL ACOSTA

COMISSARIO DE POLICIA

5 - Nome completo:	Rômen Santos do G			6 - CPF:	407.210.294-80		
7 - Profissão:	Cupulitário		8 - Endereço:	Sítio Brejinho		9 - Número:	SINº
11 - Bairro:	Casa rural		12 - Cidade:	Bom de São Miguel		13 - Estado:	PB
15 - E-mail:	miuendoconsultoriaeassessoria@gmail.com			14 - CEP:	58488-000		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR							16 - Tel.(DDD): (83) 9 98 31-8821
17 - Nome completo do Representante Legal:							
18 - CPF do Representante Legal:				19 - Profissão do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).							
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:							
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)						
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)		<input type="checkbox"/> Itaú (341)		<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)		<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CONTA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AGÊNCIA:	<input type="text"/>
(informar o dígito se existir)		(informar o dígito se existir)				(informar o dígito se existir)	

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

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

- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascido)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não

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

34

Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DE SÃO MIGUEL-PB.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.228.592/0001 - 10

DECLARAÇÃO

Venho através deste documento, enquanto responsável pela pasta da saúde do município de Barra de São Miguel, declarar que no dia 10 de Junho de 2019 foi realizado um atendimento na Unidade Básica de Saúde Doutor Sebastião Pedrosa, por volta das 18h30min, para o paciente Ronen Santos do Ó, data de nascimento 20/11/1992, CPF: 707.210.224-80, RG 3835548 SSDS/PB, filho de Maria José dos Santos e Osvaldo Ferreira Neto, vítima de acidente de moto, na estrada vicinal que dá acesso à Vila do Pará, distrito do município de Santa Cruz do Capibaribe - PE. O mesmo dirigia-se, em uma motocicleta, saindo da cidade de Barra de São Miguel - PB, em direção à Vila do Pará, onde acidentou-se ao manobrar numa curva que dá acesso ao destino. A vítima sofreu fraturas no braço, seios da face e escoriações pelo corpo, ocasionado pelo acidente, com gravidade critica, e sendo socorrido pela Ambulância local e direcionada à Unidade Básica de Saúde Doutor Sebastião Pedrosa. O mesmo recebeu os primeiros atendimentos pela equipe de enfermagem que estava de plantão na Unidade, que após fazer avaliação, encaminhou a vítima para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande-PB, para realizar avaliação e exames mais complexos, no referido dia ao dia 12/06/2019, e retornando para procedimento cirúrgico dia 25/06/2019 e tendo alta no dia 28/06/2019.

Dados do veículo	
Veículo:	Motocicleta
Modelo:	Honda/NXR 150 BROS ESD
Ano:	2014
Cor:	Vermelha
Placa:	OVZ6654
Chassi:	9C2KD0540ER047091

Como atual gestora da Secretaria de Saúde, venho através deste informativo realizar comunicação desta ocorrência.

Barra de São Miguel-PB, 13 de Fevereiro de 2020.

Suênya Beserra Costa
Suênya Beserra Costa
Secretaria Municipal de Saúde
Barra de São Miguel - Paraíba
Secretaria de Saúde
Portaria 0003/2017
Prefeitura Municipal de Barra de São Miguel

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONEN SANTOS DO O

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01898-8

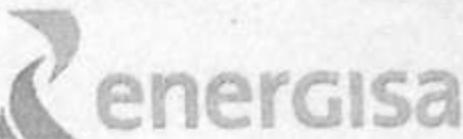
CONTA: 000000018385-7

Nr. Autenticação

BRADESCO04032020050000000002370189800000018385135000 PAGO

EDIVANIA SEVERINA DA SILVA
SIT BREJINHO, S/N - ÁREA RURAL
BARRA DE SÃO MIGUEL / PB CEP: 52423000 (AG. 119)

Ligação: MONOFASICO
Clá/Std: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: S - 111-350-855 Referência: Jan/2020
Medidor: 00008616820 Emissão: 14/01/2020



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-239 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58017-1630
CNPJ 09.005.173/0001-40 - Insc Est 16.015.823-0

Nota Fazida / Conta de Energia Elétrica Nº 037.289.472
Cod. para Dsb. Automático: 06916679185

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Jan / 2020

14/01/2020

12/02/2020

047.787.534-88

Insc Est

UC (Unidade Consumidora):

5/1667918-5

Canal de contato

Aproveite o 13º e regularize suas contas em atraso: podemos
negociar para você começar o ano novo numa boa!

Anterior

Atual

Constante

Consumo

Dias

Data
13/12/18

Leitura
8718

Data
14/01/20

Leitura
8800

0

22

Demonstrativo

CC1	Descrição	Quantidade	Tarifa C	Valor Base Cada Alq. 1000(R\$) Base Gelo P.º R\$	Outro(R\$)	Total(R\$) C/MS(R\$) ICM(R\$) P/Gelo(R\$) (0.9005%) (4.0501%)				
						Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICM(R\$)	P/Gelo(R\$)	Outro(R\$)
0801	Consumo em kWh	190.000	0.903180	153,74	153,74	27	41,51	153,74	1,53	7,07
0801	Adic. B. Amarelo			3,78	3,78	27	1,02	3,78	0,04	0,17

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0207 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA

0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00

RADIOGRAFIA DE PELVE

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

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

RADIOGRAFIA DE PELVE

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

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





**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**



PACIENTE: RONAN SANTOS DO O

DATA DO EXAME: 10.06.2019

RADIOGRAFIA DE BRAÇO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE COTOVELO

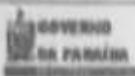
- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

Съветът за иновации

Съветът за иновации е една от новите институции на Университета.



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

PACIENTE:	RONAN SANTOS DO Ó
DATA DO EXAME:	10/06/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

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

ANÁLISE:

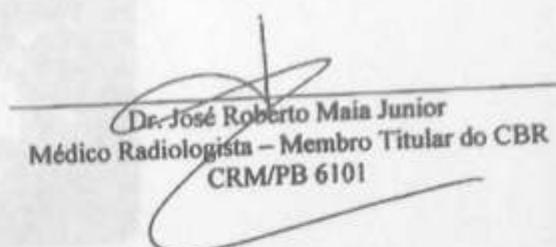
Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

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

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

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. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PB 6101

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DCM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0003-52
Av. Alckmin, 10000 - Matinhos, Câmpus Grande - PB, CEP: 5801-600
Data: 10/06/2019
Paciente: RONAN SANTOS DO O

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 10/06/2019 HORA: 21:24:12
Nº ATEND: 1917984

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTO

SINAIS VITais

HGT: SAT: 82; PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES (SIM) (NÃO) HAS (SIM) (NÃO)

DEF. MOTORA (SIM) (NÃO)

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL: REGUL.

AVALLAÇÃO NEUROLOGICA

(1) CONVULSAO (1) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO

(1) DESORIENTADO (1) AGITADO (X) COOPERATIVO (1) DEPRESSIVO (1) ATRÁSTICO

(1) IRRITADO (1) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

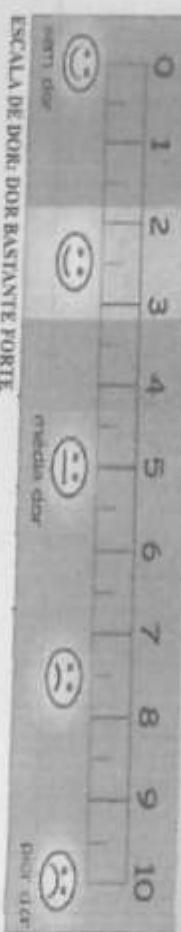
(1) FEBRE (1) VÓMITO (1) DIARRÉIA (1) EXANTEMA

(1) FRUSTRADO (1) DISENIA (1) DOR (1) INAPETÊNCIA (1) ALTERAÇÕES VISUAL

(1) ANAFILAXIA (1) FLEBITE (1) INAPETÊNCIA (1) ALTERAÇÕES VISUAL

(1) EPIGASTRALGIA (1) CONSTIPAÇÃO (1) MELENA (1) SÍBILOS (1) TOSSE

Escala de intensidade da DOR



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO

DRS:

ENFERMEIRO/COREN
Eveline De Fátima Costa Neves Barbosa

LEONARDO

LEONARDO
LEONARDO

BRF 01:50

Paciente sente dor de tiro longo no
moto / motocicleta. Encontro-se sedado.
EF: humoroso, pacífico. B2C2

lata em poltrona superior
Paciente não tem nenhuma
dor.

Audição e motilidade normais

Muitos nódulos.

Homólogos sentidos em lóbio Sx e dx.

TC: Furtiva em 30 s

CD: Ondulante + ondulações
Ondulações muito contidas

Ondulações muito contidas
G: Alto do BRF com náuseas
e vômito.

Dr. Tercio Leite (Ginecologista/Histologista)
Cirurgia Geral/Ortopédica
Bucal/Ortopédica
Reabilitação - CRO PB 727

EXAMEN MEDICO: PARECER MEDICO

Past negativo + abdomen mochado examen CD: Acta de cirugía

your.

Dr. Franklin Mayo
Médico Residente
Cirugia General
HUAC - CRN - PB 11358

11/12# - 19/06/13 - Saer

+ 11: - f. Alton, 1906.
Highway, 1906, Berlin
Col. - Mrs. Sch. 1906 -

Lamino et al.

I. FRANCIA: IN A UNO SETTORE UNO HOSPITAL

• Plan Regime Sonoro
• (Ajuste paciente ou responsável quando necessário)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

**GOVERNO
DA PARAÍBA** SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1928861 CLASS. DE RISCO: 2

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mauá, Floriano Peixoto, 4700 - Mairinque, Campina Grande - PB, CEP: 58042-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Data: 25/06/2019

Atendente: acolhimento

PACIENTE: RONEN SANTOS D.O.O CEP: 58463000

Endereço: Rua das Maravilhas, 1500 - Centro, Mairinque - PB, CEP: 58042-809

Nascimento: 20/11/1992

Sexo:M

Idade:026

Bairr:CENTRO

RG: Nº:0

CPF:

Profissão:

Data de

CNS:200609445953465

CONVÉNIO:SUS

Hora: 14:04:41

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abdômen
2. Aspiração
3. Avóitale
4. Cervical
5. Cervicais
6. Cor
7. Esterno
8. Engolimento
9. Endovenos subclávico
10. Entregamento
11. Epicondila
12. Faringe
13. Faringe branca
13. F. Areia da Freg
14. F. Cervicais
15. F. Cervicais
16. F. Faringe
17. F. Perífero-contorno
18. F. Perífero-contorno
19. F. Perífero-contorno
20. Fratura bacia aberta
21. Hérnia
22. Ingestão de Véspico
23. Lactâncias
24. Lado das tancinhas
25. Laringe
26. Mântissa
27. Movimento traçado para adiante
28. Olho(s) Envenenado
29. Orelha
30. Parafilia
31. Farinha
32. Parafilia
33. Ossificação
34. Faringe
35. Sintomas de hipoxia
- 36.

DESC:

QUEM ACUSA:
Superfície corporal lesada - 1º Grau 2º Grau 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Ronaldo Henrique
RAIO REALIZADO X
28/06/2019

БОЛГАРИЯ
ДОБРИЧА
СИДИЛКАРСКА
СИДИЛКАРСКА
СИДИЛКАРСКА

БОЛГАРИЯ ДОБРИЧА СИДИЛКАРСКА
БОЛГАРИЯ ДОБРИЧА СИДИЛКАРСКА
БОЛГАРИЯ ДОБРИЧА СИДИЛКАРСКА

БОЛГАРИЯ
ДОБРИЧА

БОЛГАРИЯ ДОБРИЧА СИДИЛКАРСКА
БОЛГАРИЯ ДОБРИЧА СИДИЛКАРСКА

БОЛГАРИЯ ДОБРИЧА СИДИЛКАРСКА

CONTROLE DOS SINAIS VITIAIS

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TIGAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ 08.778.268/0018-52
Av. Mld. Flávio Pinto, 4700 - Matriz, Campus Geral - PR, CEP: 58412-009
Data: 25/06/2019

Paciente: RONÉS SANTOS DO O Idade: 926 N° ATEND: 1928861
ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 25/06/2019 HORA: 14:24:28

ESPECIALIDADE: BUCO-MAXILO
MOTIVO: RETORNO AMBULATORIO GERAL
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO:

SINAIS VITIAIS
HGT: 54762; PA: TEMP: FCG: FR: PESO:

DIABETES (SIM (NÃO HAS (SIM (NÃO
DEF. MOTORIA (SIM (NÃO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

AVALIAÇÃO NEUROLOGICA

(1) CONVULSÃO (0) INCONSCIENTE (0) CONSCIENTE (0) ORIENTADO
(0) DESORIENTADO (0) AGITADO (0) COOPERATIVO (0) DEPRESSIVO (0) APÁTICO
(0) IRRITADO (0) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

(1) FEBRE (0) VÔMITO (0) DIARRÉIA (0) EXANTEMA
(0) FURRIDO (0) DISPEPSIA (0) DOR (0) INAPETÊNCIA (0) ALTERAÇÕES VISUAL
(0) ANAFILAXIA (0) FLEBITE (0) INAPETÊNCIA (0) ALTERAÇÕES VISUAL
(1) EPIGASTRALGIA (0) CONSTIPAÇÃO (0) MELENA (0) SÍMULOS (0) TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

4 *Quimicologia* 25|06|2019 às 15:28h

Pointe outre de accidente automobilístico he 25 de Mayo

Apurando halina de uso terapêutico (com madeira).

Punto n° 3: *el desarrollo de la enseñanza*

With names of whom we may be named.

4 AVU SIC 00 20/25 067.20/20.
+ Vnder. Pannenden

• Bio on NSC 360°, conus draconis
Unters. Tandemzahn

400 00: Nós, ECE, VJ e maus am entramos
a CP: Aguardo ex da BMF
Avançamos até metade da escadaria quando
de conversa de ônibus.

Dr. G. G. Hargis et al. 2000

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ horas

Centro cirúrgico _____
 Internação (setor) _____
 Transferência a outro SETOR OU HOSPITAL _____
 Alta hospitalar _____

Renato Sato 105
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

NÃO FOI ALCANÇADA A ADAPTAÇÃO DESEJADA, SENDO SUBSTITUÍDA PELA PLACA PRESENTE DA DESCRIÇÃO.

Data 27/06/2019

Assinatura/Carimbo
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Facomaxilofacial
RESIDENTE - CRO/SP 8618



Número de Prontuário: 144452

DATA DA CIRURGIA: 27/06/2019

Número do Atendimento: 1928915 Clín: AMARELA / Euf: 10 / Lei: 6

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONEN SANTOS DO O

Data da Internação: 25/06/2019

Atendimento: 1928915

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA ZIGOMÁTICA Diagnóstico Pós-Operatório: MOLHO

Cirurgia: REDUÇÃO + FIXAÇÃO Data da Cirurgia: 27/06/2019

Equipe:

Médico: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SILVA

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Instrumentador: ROZANA

Anestesiista: DIEGO

Tipo de anestesia: GERAL (OROTRAQUEAL)

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

2 - ANTISSEPSIA LOCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE

3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

4 - ANESTESIA LOCAL COM BUPIVACAÍNA C/ VASOCONSTRITOR

5 - TAMPÃO OROFARINGEO

6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR

7 - DIVULSAÇÃO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS

8 - EXPOSIÇÃO DAS FRATURAS E REDUÇÃO DE FRATURA EM COMPLEXO ZIGOMÁTICO D

9 - FIXAÇÃO DE 01 PLACA EM "L" 2.0 mm (08 FUROS) + 05 PARAFUSOS MONOCORTICAIS EM PILAR ZIGOMÁTICO MAXILAR

15 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%

16 - SUTURA COM VYCRIL 3.0

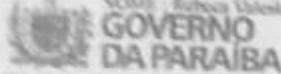
17 - REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARINGEO

INÍCIO: 08:40 HRS

TÉRMINO: 09:30 HRS

EMPRESA: BEM.MED

OBS.: UMA PLACA EM "L" COM INTERMEDIÁRIO DE 04 FUROS FOI MODELADA MAS



Número do Prontuário: 144452

DATA DA CIRURGIA: 27/06/2019

Número do Atendimento: 1928915 Clin: AMARELA / Enf: 10 / Lei: 6

DESCRIPÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONEN SANTOS DO O

Data da Internação: 25/06/2019

Atendimento: 1928915

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA ZIGOMÁTICO Diagnóstico Pós-Operatório: MESSO

Cirurgia: REDUCAO + FIXACAO

Data da Cirurgia: 27/06/2019

Equipe:

Médico: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SILVA

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Instrumentador: ROZANA

Anestesista: DIEGO

Tipo de anestesia: GERAL (OROTRAQUEAL)

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

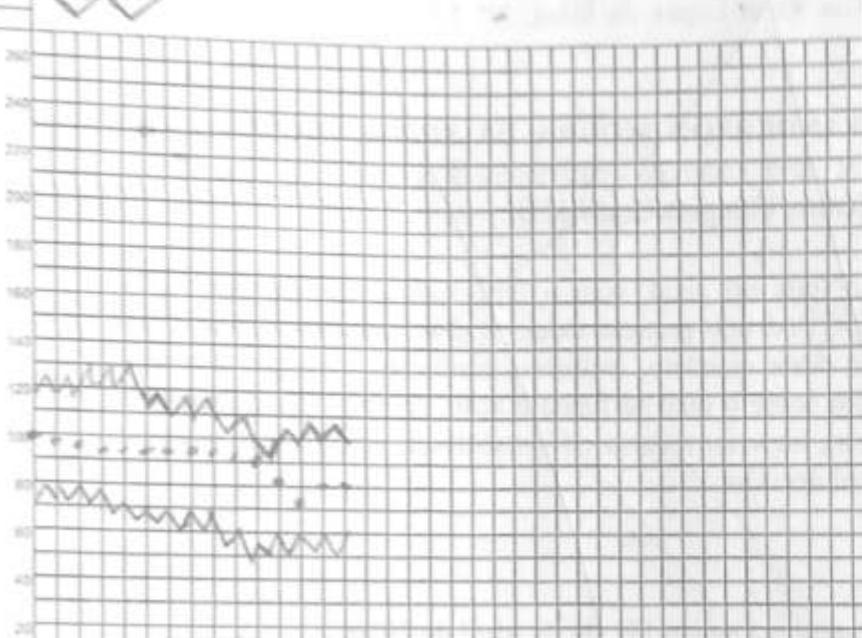
Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
 2 - ANSÍSEPSIA LOCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
 3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
 4 - ANESTESIA LOCAL COM BUPIVACAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR
 5 - TAMPÃO OROFARÍNGEO
 6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR
 7 - DIVULSAO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS
 8 - EXPOSIÇÃO DAS FRATURAS E REDUÇÃO DE FRATURA EM COMPLEXO ZIGOMÁTICO D
 9 - FIXAÇÃO DE 01 PLACA EM "L" 2.0 mm (08 FUROS) + 05 PARAFUSOS MONOCORTICAIS EM PILAR ZIGOMÁTICO MAXILAR
 15 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
 16 - SUTURA COM VYCRIL 3.0
 17 - REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO

INÍCIO: 08:40 HRS

TÉRMINO: 09:30 HRS

EMPRESA: BEM.MED

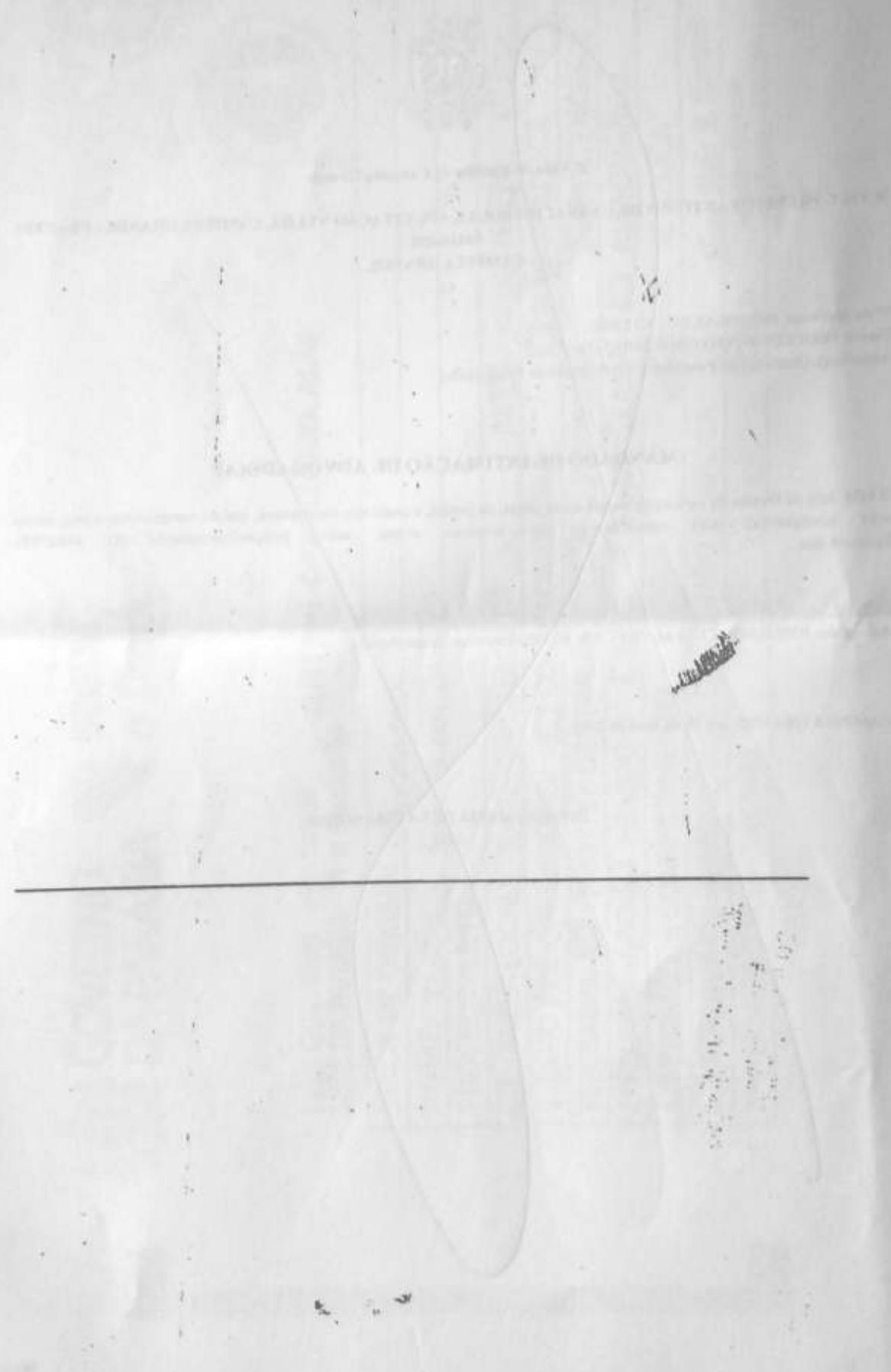
OBS.: UMA PLACA EM "L" COM INTERMEDIÁRIO DE 04 FUROS FOI MODELADA MAS

FOLHA DE ANESTESIA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		DATA 26/06/13		HORA 14:00		
DISSOLVENTE	ANESTÉSICO	175	PAIXÃO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PELE	PERDA SANGUÍNEA	
	TIPO ANESTÉSICO	7,5	15,0	REGRESSO	36,8	SECA	ESTIMADA	
AP. RESPIRATÓRIO	Sobren. 100% de O ₂				AP. CIRCULATÓRIO	Pulseira 70, BPF		
AP. CIRCULATÓRIO	Pulseira 70, BPF				AP. DIGESTIVO	Sézal		
ESTADO MENTAL	ESTABIL		ESTADO MENTAL	ESTABIL	ESTADO MENTAL	ESTABIL	ESTADO MENTAL	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	Trauma abd. Estomacal II				ANESTÉSICOS ANTERIORES			
ANESTÉSICOS ANTERIORES					MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA			
AD. ANESTÉSICO	500	500	500	500	APLICADA	As	EFEITO	
AD. ANESTÉSICO	500	500	500	500				
LICUADOS	500							
VP AFETUAL O POS-OP. RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA O - OPERAÇÃO								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO	Dir. abd. + clavicular							
AGENTES								
TECNICA	Intubação laringe 8,0, lige, Intubação				CÁNULAS			
OPERAÇÃO	Laparotomia + fratura de 2 vértebras							
CRURGICAS	Abd. + fratura L2.							
ANESTESISTAS	Dr. Lugo							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGUÍNEA		

9.2 00.8 07 နှစ်များ 11 များ
 05 10.5 07 နှစ်များ 11 များ
 07 2.5 03

07 အောက်မှာ

(
 02
 03
 04
 05
 06
 07
 08
 09
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533
 534
 535
 536
 537
 538
 539
 540
 541
 542
 543
 544
 545
 546
 547
 548
 549
 550
 551
 552
 553
 554
 555
 556
 557
 558
 559
 560
 561
 562
 563
 564
 565
 566
 567
 568
 569
 570
 571
 572
 573
 574
 575
 576
 577
 578
 579
 580
 581
 582
 583
 584
 585
 586
 587
 588
 589
 590
 591
 592
 593
 594
 595
 596
 597
 598
 599
 600
 601
 602
 603
 604
 605
 606
 607
 608
 609
 610
 611
 612
 613
 614
 615
 616
 617
 618
 619
 620
 621
 622
 623
 624
 625
 626
 627
 628
 629
 630
 631
 632
 633
 634
 635
 636
 637
 638
 639
 640
 641
 642
 643
 644
 645
 646
 647
 648
 649
 650
 651
 652
 653
 654
 655
 656
 657
 658
 659
 660
 661
 662
 663
 664
 665
 666
 667
 668
 669
 670
 671
 672
 673
 674
 675
 676
 677
 678
 679
 680
 681
 682
 683
 684
 685
 686
 687
 688
 689
 690
 691
 692
 693
 694
 695
 696
 697
 698
 699
 700
 701
 702
 703
 704
 705
 706
 707
 708
 709
 710
 711
 712
 713
 714
 715
 716
 717
 718
 719
 720
 721
 722
 723
 724
 725
 726
 727
 728
 729
 730
 731
 732
 733
 734
 735
 736
 737
 738
 739
 740
 741
 742
 743
 744
 745
 746
 747
 748
 749
 750
 751
 752
 753
 754
 755
 756
 757
 758
 759
 760
 761
 762
 763
 764
 765
 766
 767
 768
 769
 770
 771
 772
 773
 774
 775
 776
 777
 778
 779
 780
 781
 782
 783
 784
 785
 786
 787
 788
 789
 790
 791
 792
 793
 794
 795
 796
 797
 798
 799
 800
 801
 802
 803
 804
 805
 806
 807
 808
 809
 810
 811
 812
 813
 814
 815
 816
 817
 818
 819
 820
 821
 822
 823
 824
 825
 826
 827
 828
 829
 830
 831
 832
 833
 834
 835
 836
 837
 838
 839
 840
 841
 842
 843
 844
 845
 846
 847
 848
 849
 850
 851
 852
 853
 854
 855
 856
 857
 858
 859
 860
 861
 862
 863
 864
 865
 866
 867
 868
 869
 870
 871
 872
 873
 874
 875
 876
 877
 878
 879
 880
 881
 882
 883
 884
 885
 886
 887
 888
 889
 890
 891
 892
 893
 894
 895
 896
 897
 898
 899
 900
 901
 902
 903
 904
 905
 906
 907
 908
 909
 910
 911
 912
 913
 914
 915
 916
 917
 918
 919
 920
 921
 922
 923
 924
 925
 926
 927
 928
 929
 930
 931
 932
 933
 934
 935
 936
 937
 938
 939
 940
 941
 942
 943
 944
 945
 946
 947
 948
 949
 950
 951
 952
 953
 954
 955
 956
 957
 958
 959
 960
 961
 962
 963
 964
 965
 966
 967
 968
 969
 970
 971
 972
 973
 974
 975
 976
 977
 978
 979
 980
 981
 982
 983
 984
 985
 986
 987
 988
 989
 990
 991
 992
 993
 994
 995
 996
 997
 998
 999
 1000
 1001
 1002
 1003
 1004
 1005
 1006
 1007
 1008
 1009
 10010
 10011
 10012
 10013
 10014
 10015
 10016
 10017
 10018
 10019
 10020
 10021
 10022
 10023
 10024
 10025
 10026
 10027
 10028
 10029
 10030
 10031
 10032
 10033
 10034
 10035
 10036
 10037
 10038
 10039
 10040
 10041
 10042
 10043
 10044
 10045
 10046
 10047
 10048
 10049
 10050
 10051
 10052
 10053
 10054
 10055
 10056
 10057
 10058
 10059
 10060
 10061
 10062
 10063
 10064
 10065
 10066
 10067
 10068
 10069
 10070
 10071
 10072
 10073
 10074
 10075
 10076
 10077
 10078
 10079
 10080
 10081
 10082
 10083
 10084
 10085
 10086
 10087
 10088
 10089
 10090
 10091
 10092
 10093
 10094
 10095
 10096
 10097
 10098
 10099
 100100
 100101
 100102
 100103
 100104
 100105
 100106
 100107
 100108
 100109
 100110
 100111
 100112
 100113
 100114
 100115
 100116
 100117
 100118
 100119
 100120
 100121
 100122
 100123
 100124
 100125
 100126
 100127
 100128
 100129
 100130
 100131
 100132
 100133
 100134
 100135
 100136
 100137
 100138
 100139
 100140
 100141
 100142
 100143
 100144
 100145
 100146
 100147
 100148
 100149
 100150
 100151
 100152
 100153
 100154
 100155
 100156
 100157
 100158
 100159
 100160
 100161
 100162
 100163
 100164
 100165
 100166
 100167
 100168
 100169
 100170
 100171
 100172
 100173
 100174
 100175
 100176
 100177
 100178
 100179
 100180
 100181
 100182
 100183
 100184
 100185
 100186
 100187
 100188
 100189
 100190
 100191
 100192
 100193
 100194
 100195
 100196
 100197
 100198
 100199
 100200
 100201
 100202
 100203
 100204
 100205
 100206
 100207
 100208
 100209
 100210
 100211
 100212
 100213
 100214
 100215
 100216
 100217
 100218
 100219
 100220
 100221
 100222
 100223
 100224
 100225
 100226
 100227
 100228
 100229
 100230
 100231
 100232
 100233
 100234
 100235
 100236
 100237
 100238
 100239
 100240
 100241
 100242
 100243
 100244
 100245
 100246
 100247
 100248
 100249
 100250
 100251
 100252
 100253
 100254
 100255
 100256
 100257
 100258
 100259
 100260
 100261
 100262
 100263
 100264
 100265
 100266
 100267
 100268
 100269
 100270
 100271
 100272
 100273
 100274
 100275
 100276
 100277
 100278
 100279
 100280
 100281
 100282
 100283
 100284
 100285
 100286
 100287
 100288
 100289
 100290
 100291
 100292
 100293
 100294
 100295
 100296
 100297
 100298
 100299
 100300
 100301
 100302
 100303
 100304
 100305
 100306
 100307
 100308
 100309
 100310
 100311
 100312
 100313
 100314
 100315
 100316
 100317
 100318
 100319
 100320
 100321
 100322
 100323
 100324
 100325
 100326
 100327
 100328
 100329
 100330
 100331
 100332
 100333
 100334
 100335
 100336
 100337
 100338
 100339
 100340
 100341
 100342
 100343
 100344
 100345
 100346
 100347
 100348
 100349
 100350
 100351
 100352
 100353
 100354
 100355
 100356
 100357
 100358
 100359
 100360
 100361
 100362
 100363
 100364
 100365
 100366
 100367
 100368
 100369
 100370
 100371
 100372
 100373
 100374
 100375
 100376
 100377
 100378
 100379
 100380
 100381
 100382
 100383
 100384
 100385
 100386
 100387
 100388
 100389
 100390
 100391
 100392
 100393
 100394
 100395
 100396
 100397
 100398
 100399
 100400
 100401
 100402
 100403
 100404
 100405
 100406
 100407
 100408
 100409
 100410
 100411
 100412
 100413
 100414
 100415
 100416
 100417
 100418
 100419





SEGUE

GOVERNO DA PARAÍBA *o trabalho* **SEGUE** **LISTA PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS**

SETOR DE ORIGEM:	IAMSPE		
NOME:	Dra. Socorro do O		
PROCEDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP:	LOCAL:	AVP	JEZIM
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:		<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
RETIRADO:	<input checked="" type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input checked="" type="checkbox"/> PERTENCES
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 checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input checked="" type="checkbox"/>		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN: <i>Anna Maria M. Henriques</i> COREN-PB: 346.064		



Two otomogs

02 10.280 and 11.000
metres above sea level
about 1000 m. or

950 062016

BEMMED**CONTROLE CIRÚRGICO**

Nº 0201

ARTIGOS CIRÚRGICOSPACIENTE: Ronan Santos da C.PRONTUÁRIO: 1928867HOSPITAL: de Emergência e TraumaINSTRUMENTADOR: RogérioMÉDICO: DR. Alfredo DR. Reginaldo DR. RebecaCONVÉNIO: Exito DusData da Cirurgia: 27/06/2019Circulante: EnzoProcedimento: Redução + fixação de Frac. de Zigomático Direito**Material utilizado**

Quant.	Nomenclatura	Código
01	Placa L pack 9 Furos ABS Lata 15x15	2.02
05	Parafusos autodesconector 16	2.0
1	Placa L pack 4 Furos (ABS Foi onodrônio, colado e subido para fixar domínio)	2.0
	Dr. Luciano Neto Dentista e TRAUMATOLOGIA OROGLIO E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL CRO-PB 3631	

Verificado por: _____ Visto: _____ Data: 27/06/2019Av. Odon Bezerra, 64 - Tambiá - João Pessoa - PB - CEP: 58.020-500
Fone: (83) 3024-8602 - E-mail: bemmedopme@gmail.com



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios 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 tosse = 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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

June

Paciente: Patricia Sanchez de la Peña

Indice: 66

Convénio: 2018

Date: 29/06

Cirurgião: Dr. Alvaro Auxiliar:

Anestesista: Dr. J. M. Soto

Inicio: 021 32

Término: 36 (d)

Anesthesia Gas

Observações:

10:30 ~~Afternoon~~
Metals Seminar, SP2 851 with collector vocal

⑨ Financial Audit by Chambers

10:30 Superacionado acesso lento para o

Assinatura Anestesista

Relatório de Operação

Circulante

卷之三

ANSWER: 15.75. $\text{Area} = \frac{1}{2} \times 10 \times 10 = 50$

RECORDED AND INDEXED BY: [Signature] DATE: [Signature]

アーティストとしての才能を発揮するためのアートセミナーも開催されています。

VALDERRAMA, J. A. — *La evolución de la cultura en la América precolombina*. Madrid, 1950.



Nome: RENAN SANTOS DO Ó
Data: SEM IDENTIFICAÇÃO MEDICA
Local: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0006473493
Data: 26-06-2019 11:55
Idade: 26 anos

Sexo: NÃO INFORMADO
Órgão: ÁREA AMARELA
Brasão: ÁREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00"

DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55
Material: Sangue
Medida: mL

Valores de Referência
de 1 a 3 minutos.

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55
TEMPO DE PROTROMBINA..... 13.2 segundos
ATIVIDADE DE PROTROMBINA 93.4 %
INR..... 1.06

12 a 18 Seg
100 a 150% de atividade de protrombina
VALOR DE REFERÊNCIA
de protrombina
medida..... 12 a 18 Seg
Os pacientes que fazem uso de
anticoagulantes orais: 2.0 a 3.0

Resultados anteriores:

Plasma Controle..... 12.5

Material: FLUIDO CITRÁCIO
Medida: CONGELADO

TEMPO DE COAGULAÇÃO..... 7'00"

DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55
Material: Sangue
Medida: mL

Valores de Referência
de 1 a 3 minutos.

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

DATA DE COLETA: 26/06/2019 11:55
Resultado..... 26.3 segundos
Resultados anteriores:
Material: FLUIDO CITRÁCIO
Medida: CONGELADO

15,0 a 25,0 segundos

Geraldo Rômulo da Fonseca Neto
Biomédico
CPBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: RNSP-9768-008-0936-1714-8909-1381-3074

• $\lambda \gamma_9 \rightarrow 0$ • • •

卷之三



Sr(a): RENAN SANTOS DO Ó
Dra(s): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000473492
Data: 26-06-2019 11:55
Idade: 26 anos
RG: NÃO INFORMADO
Origem: ÁREA AMARELA
Destino: ÁREA AMARELA

GLICEMIA

[DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55]

Resultado..... 103 mg/dL

VALORES DE REFERENCIA: 10 a 99 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: PLASMA DE SORO

Método: Automatizado KIMBER, METROCLAR 2300

URÉIA

[DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55]

Resultado..... 35 mg/dL

VALOR DE REFERENCIA: 17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

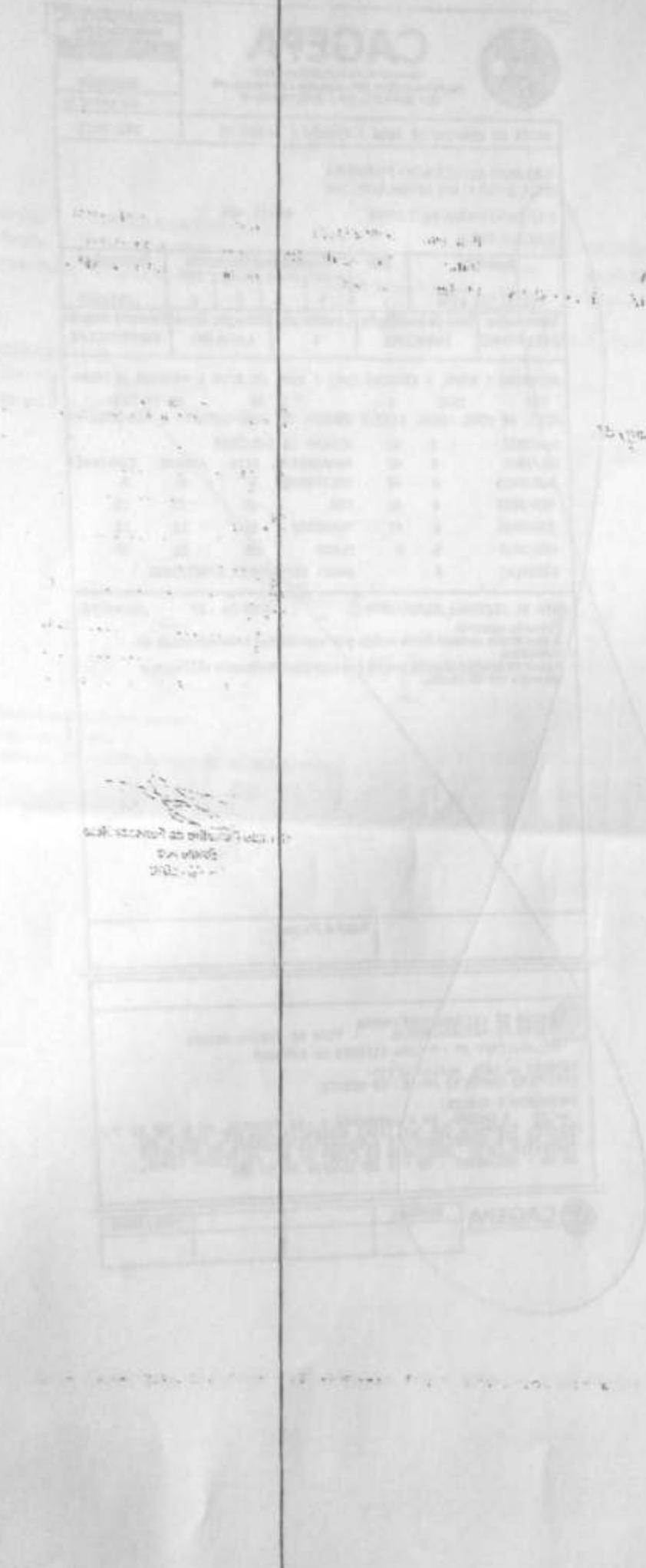
Método: AUTOMATIZADO KIMBER, METROCLAR 2300

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM- 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2703-EDRF-6170-5309-600C-4D22-6A1F-D2A0



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



AMERICA

Sr(s): RENAN SANTOS DO Ó
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 8008473492 RG: NÃO INFORMADO
Data: 26-06-2019 | 11:55 Origem: ÁREA AMARELA
Idade: 26 anos Destino: ÁREA AMARELA

CREATININA

(DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55)

Resultado 1,0 mg/dL

Homens/mulheres até 17 anos:
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
Homens:
18 a 60 anos: 0,90 a 1,30
mg/dL
61 a 90 anos: 0,80 a 1,30
mg/dL
Acima de 90 anos: 1,00 a 1,70
mg/dL
Mulheres:
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 1,30
mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIEHNER, METROLAB 2300


Geraldo Rimalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2703-EDBF-6170-5009-6DDC-4D22-6A1F-D2A0

Sr(a): RENAN SANTOS DO Ó
 Drt(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MEDICA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000473492 RG: NÃO INFORMADO
 Data: 26/06/2019 11:55 Origem: ÁREA AMARELA
 Idade: 26 anos Destinação: ÁREA AMARELA

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:54)

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.9 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15,0 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	45,0 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	92 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	12,9 a 14,0 g/dL

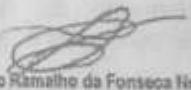
SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	5.400 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
(%)	(/mm ³)	
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	1,0	54
Segmentados.....	61,0	3.294 40,0 a 70,0 % - 1.800 a 8.805 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0 a 0,5 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0 a 1,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos		
Tipicos.....	35,0	1.890 20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	162 2,0 a 10,0 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	158.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA



Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomedico
 CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 053F-F61D-C9CD-B234-0176-A050-B92E-65D0

26.06.19

20th.

P.A. = 100560

Agoutis



PREScrição MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do protocolo: 1929915 Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 636 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 26/11/1992 Admitido: 25/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 16 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO DIREITO

DIA: 26/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Rebeca Valéria Soares Pereira /

Item	Prescrição	Agravamento
1	EXETA PASTORAL	
2	DIPIRONA SODÍCA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLÁ, 06/08 SENPRESSARIO	10/07/2019
3	HIGIENE ORAL	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	
5	MANTER COM JEJUO HEPARENIZADO EM BRAÇO ESQUERDO	De

/GLUCAÇÃO

DATA: 26/06/2019 HORA: 08:22:57

RMF 2º D.I.H

Paciente em retorno pós trauma motociclistico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clínico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hipofagia. Refere diplopia, sem restrição de movimentação. Nega alergia ou doença de base.

CD: - PACIENTE APTO A CIRURGIA PELA RMF (CIRURGIA PROGRAMADA P/ AMANHÃ DIA: 26/06)

ASSINATURA + CARAMBO
Rebeca Valéria Soares Pereira



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1928915 Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 026 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/11/1992 Admissão: 25/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO DIREITO

DIA 25/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Ricardo Dos Santos Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	XVI
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h SE NECESSARIO	
3	HIGIENE ORAL	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	
5	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO EM BRAÇO ESQUERDO	PNS

EVOLUÇÃO

DATA: 25/06/2019 HORA: 15:18:09

#BMF

Paciente em retorno pós trauma motociclistico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clinico e tomografico observa-se fratura de osso zigomatico direito com perda de projeção, equimose infraorbitaria, hipofagia. Refere diplopia, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base.

CD: - INTERNAÇÃO

- SOLICITO ECG
- SOLICITO EXAMES HEMATOLÓGICOS PRÉ OPERATÓRIOS
- SOLICITO PARECER OFTALMOLOGISTA
- PACIENTE APTO A CIRURGIA PELA BMF

ASSINATURA + CARIMBO
Jose Ricardo Dos Santos Souza

C

E



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1928915 Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 026 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/11/1992 Admissão: 25/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO DIREITO

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML E.V, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h SE NECESSARIO	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	HIGIENE ORAL	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/06/2019 HORA: 09:45:38

#BMF 3º D.I.H

Paciente em retorno pós trauma motociclistico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clínico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hipofagia. Refere diplopia, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base.

Procedimento cirúrgico realizado para redução e fixação de fratura sem intercorrências.

CD: - ACOMPANHAMENTO BMF

- *Sonoro* *Radiografias*ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares
Clínica e Traumatologia
Bucorretroatélica
RESIDENTE - CROPB 6518

27/06/19
19/06/19 Parte convinte e orientado, segue normas, sem queixas,
segue as medidas da equipe, muitas diab. eliminadas paciente

Isabella Sousa da *Vinícius*
TÉC. DE FÍS. *2019* *2019*
COREN-PB 240.572

[Retornar](#)



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/06/2019

Horas: 07:16:04

Médico (a) Diarista : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1928915 Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 026 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/11/1992 Admissão: 25/06/2019

Clinica:NEUROBUCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO DIREITO

DIA 28/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h SE NECESSARIO	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	HIGIENE ORAL	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:28/06/2019 HORA:07:15:12

#BMF 4º D.I.H 1º D.P.O

Paciente em retorno pós trauma motocicístico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clínico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hipofagia. Diplopia resolvida, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base.

Procedimento cirúrgico realizado para redução e fixação de fratura sem intercorrências.

CD: - ALTA BMF

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Euconasolocial
RESIDENTE - CROPB 6618

Medicações para Casa:- AMOXICILINA - NIMESULIDA - DIPIRONA - PERIOGARD

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!

ao Ambulatório de :BMF em:10/07/2019 para revisão Repouso 15 dias

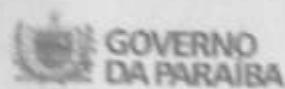
Condições de Alta::Melhorado

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Bucal e Maxilofacial
RESIDENTE - CROPB 5614

Data 28/06/2019

Assinatura/Carimbo
Rebeca Valeska Soares Pereira

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DONA LUIZ GONÇAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mst. Floriano Peixoto, 4700 - Manaíra, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 28/06/2019
Nome: Rebeca Valeska Soares Pereira

[Retornar](#)



GOVERNO DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: RONEN SANTOS DO O

Data da Internação: 25/06/2019 Data da Alta: 28/06/2019

Registro: 1928915

Tempo de Permanência: 18073

Diagnóstico Inicial: Fratura Licenário Direito

Diagnóstico Final: Mesmo

Cirurgia: REDUCAO E FIE Data: 27/06/2019

Equipe:

Cirurgião: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SILVA

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: DIEGO

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente em retorno pós trauma motociclistico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clínico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hipofagia. Diplopia resolvida, sem restrição de oculomotor. Nega alergia ou doença de base. Procedimento cirúrgico realizado para redução e fixação de fratura sem intercorrências.

Orientações: - REPOUSO DOMICILIAR - MEDICAÇÕES VO - COMPRESSA DE GELO PRIMEIROS 2 DIAS - TERMOTERAPIA EM SEGUIDA

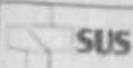
Dieta: PASTOSA

BIOCOD

卷之三

(6) $\{ \mathbb{P}_i \}_{i=1}^n$ は、確率空間

212-1000000



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 FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
RONEN SANTOS DO O6 - N° DO PRONTUÁRIO
19289157 - CARTÃO DO SUS
7006094459634658 - DATA DE NASCIMENTO
20/11/19929 - SEXO
Masculino Feminino
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JOSE DOS SANTOS11 - TELEFONE DE COMUNICAÇÃO
MÓVEL: 83 98825317812 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)
TRES DE MAIO , 0 , CENTRO13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Barra de São Miguel14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 15 - UF
250170 PB 16 - CEP
58483000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em internação pós acidente motociclistico de apr/19, 15 dias.
ao exame clínico e tomografia observa-se fratura de cráneo
supraorbital direito. Reple hipoplácia (edema ??) com restrição
oculomotora.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exame clínico e rc

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Anit. de hemorragia (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Traumas + FSE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
BAP

02

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
70740302896027130 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
JOSE RICARDO DOS SANTOS S31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
25/06/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
42 - VÉHICULO COM A PRÉVIA DÉNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE
EXPEDIÇÃO 04/03/2010

3.635.548
DÔNÉN SANTOS DO Ó

D'SVALDO FERREIRA NETO
D'APÍA JOSÉ DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO

20/11/1992

SANTA CRUZ DO CABIBARIBE-PE
MASC. N. 3382 PL5.212 LIV. A-04
CARTÓRIO BARRA DE S. MIGUEL-PE



CARTEIRA DE IDENTIDADE

00000000000000000000

00000000000000000000
00000000000000000000

LE 17/10/2008 03

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número

707.210.224-80

Nome

RONEN SANTOS DO O

CÓDIGO DE CONTROLE
5062.9215.CD19.F593

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 12:59:48 do dia 06/12/2013 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

Nascimento
20/11/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DETAN - PB N° 014666775257
CERTIFICADO DE REGISTRO/RE- LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

VIA CONS. RENATO D'ARRIGO 20190100085575-1
1 0101001487-B 00200000000 2019

VIRGINIA POLIANA OLIVEIRA M CUNHA

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

www.seguradoralider.com.br
SAC D-PVAT 0800 022 1204

02293082440 0V26654/PB
5 0V26654 SP 9C2KD0540ER047091

PAS / MOTOCICLE / NAO APPLICÁVEL / ALCO / GASOL

HONDA/NXR150 BROS ESD 2014 2014

2 P/149 /CI PARTIC VERME LHA

TPVA PAGO EM 05/07/2019 17

女文苑

PRÉMIO TABACARIA (R\$50) | IOF (R\$5) | PRÉMIO TOTAL (R\$55) | DATA DE PAGAMENTO
***** | **SEGURÓ** | **PAGO** | **23/09/2011**

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

NACIONAL OCTUBRE 0

JOURNAL OF CLIMATE

[REDACTED]

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

CONFECOES G E G/SCOPUS
VALTER GUIMARAES PER
RUA CANDIDO CASTELIANO 36 A
CENTRO B. DE S. MIGUEL PB

V19.1 13/02/2020 16:15
TERM 0000001 LOJA 000000494000001

AUTE 529938
CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO

■■■PROPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTA■■■

AG. RELAC.:01898 - STA. CRUZ
CABIBARIBE
PACB :161 - CONFECOES G E G

AGENCIA :01898-STA. CRUZ CABIBARIBE
CONTA :0000000018385-7
NOME :RONEN SANTOS DO O
DATA :13/02/2020
MODALIDADE:00

TIPO PESSOA: FISICA
TIPO CONTA : CONTA CORRENTE
CESTA DE SERVICOS: CESTA EXPRESSO 5 -
R\$ 27,00

NSU BANCO: 004233595342
HORA : 16:15:54

SUJEITO A CONFIRMACAO DO BANCO

OUVIDORIA BRADESCO
89998 727 9933

VIA DO CLIENTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063084/20

Vítima: RONEN SANTOS DO O

CPF: 707.210.224-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2019

Titular do CPF: RONEN SANTOS DO O

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RONEN SANTOS DO O : 707.210.224-80

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063084/20

Número do Sinistro: 3200077967

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do acidente: 10/06/2019

CPF: 707.210.224-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONEN SANTOS DO O

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200077967 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONEN SANTOS DO O **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.19/20_CIRURGIA.

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