
Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200339871

Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO

Data do Acidente: 17/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONIELE PEREIRA DONATO

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, contados 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, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200339871

Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO

Data do Acidente: 17/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONIELE PEREIRA DONATO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

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: RONIELE PEREIRA DONATO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 00000114978-3

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

099 722 954 35

Roneli Pereira Renato

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

5 - Nome completo:

Roneli Pereira Renato

6 - CPF:

099 722 954 35

7 - Profissão:

aux. ser. gerais

8 - Endereço:

Rua Moisés Rodrigues

9 - Número:

4

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Dist. do Moisés

12 - Cidade:

Campina Grande

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

53415 070

15 - E-mail:

8333341289

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0737

CONTA:

00114978

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascor)? ☐ 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 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Campina Grande - PB 22/09/2016

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Roneli Pereira Renato

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº03631.01.2020.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 17/03/2020

Hora: 13:24:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Iara Cordeiro da Rocha, Novo Cruzeiro, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Rua

VÍTIMA(S)

Roniele Pereira Donato, filiação: Josefa do Socorro Pereira Donato e Olegario Donato, idade: 32, data de nascimento: 19/12/1987, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Conceição, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino fundamental completo, profissão: Auxiliar de Serviços Gerais, documentos(s) de identificação: CPF nº 099.722.954-35, endereço: Av Joao Walling, 146, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Proximo do Mercadinho Estefanio/motel Saara, telefone: (83) 99633-9254.

TESTEMUNHA(S)

Rosangela de Olinda Campelo Melo, filiação: Rosa Silva de Olinda Campelo e Marcelo de Olinda Campelo, idade: 50, data de nascimento: 18/10/1969, identidade de gênero: feminino, nome social: Rosangela de Olinda Campelo Melo, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: viuvo(a), profissão: Do Lar, documentos(s) de identificação: CPF nº 691.338.914-00, endereço: Rua Sebastiana Pereira Brandao, 28, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Motel Saara, telefone: (83) 98711-5734.

Arlane Liangelys Campello Melo Santos, filiação: Rosangela de Olinda Campello Melo e Elinaldo Silva Melo, idade: 28, data de nascimento: 09/06/1992, identidade de gênero: feminino, nome social: Arlane Liangelys Campello Melo Santos, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: casado(a), profissão: Vendedora, documentos(s) de identificação: CPF nº 701.243.264-04, endereço: Rua Sebastiana Pereira Brandao, 28, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Motel Saara, telefone: (83) 98723-2319.

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca HONDA/CG 125 FAN KS, modelo HONDA/CG 125 FAN KS, tipo de veículo PASSEIO, cor preta, ano 2010/2011, UF: PB, placa NQH-9356, chassi 9C2JC4110BR406314, renavam 00274070545, características gerais: Roubo/furto não município - Uf monteiro - Pb marca/modelo honda/cg 125 Fan Ks cor preta ano Fabricação/ano Modelo 2010/2011 chassi 9c2jc4110br406314 renavam 00274070545 câmbio n/i motor jc41elb406314 combustível gasolina capacidade de Passageiros 2 tipo do Veículo motocicleta situação do Veículo circulacao espécie do Veículo passageiro categoria do Veículo particular nome Proprietário joao Bosco Campos Simoes

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

(1) Roniele Pereira Donato (VITIMA) - Exame de Lesão Corporal Nº 195.2020



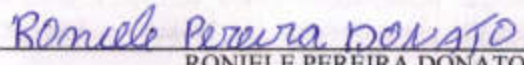
HISTÓRICO

Que a vítima na data hora e local descrito acima estava a transitar na moto já citada, momento que estava na via preferencial, onde foi surpreendido por um veículo que o mesmo não sabe descrever; Que a colisão foi na parte esquerda da moto da vítima, atingido neste momento a perna esquerda da vítima; Que com o impacto a vítima foi lançada ao solo e posteriormente socorrida pelo SAMU, para o hospital de trauma de Campina Grande PB; Que neste citado hospital a vítima passou por procedimento cirúrgico na perna esquerda e no joelho direito, conforme documentos em anexo.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 09 de setembro de 2020.


ELIZABETH REGINA BECKMAN DE SOUZA
Delegado(a) de Polícia Civil


RONIELE PEREIRA DONATO

Notificante


JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 099 722 954 35 4 - Nome completo da vítima: Romelê Pereira Renato

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

5 - Nome completo: Romelê Pereira Renato 6 - CPF: 099 722 954 35
7 - Profissão: aux. ser. gerais 8 - Endereço: Rua Moisés Rodrigues 9 - Número: 4 10 - Complemento:
11 - Bairro: Dist. do Moisés 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53415-070
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 33341289

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 00114978 3

(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 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 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

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascor)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 22/09/2016

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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:	17/3/2020	HORA:	13:24 HRS	ID Nº:	2003170088
NOME:	RONIELE PEREIRA DONATO				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA: IARA CORDEIRO DA ROCHA - NOVO CRUZEIRO				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 9 de setembro de 2020.


Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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: 30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONIELE PEREIRA DONATO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000114978-3

Nr. da Autenticação ECD16117EE565903

F2/CNPJP&N 045 077 034 85

0.000 CONVENIONAL BAIXA TENSÃO / SUBSTITUIÇÃO 67

State Committee B2 / Subclass Commercial

U.S. 12-401-350
U.S. 12-401-350-683
U.S. 12-401-350-683

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 111–118

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 0000000000000000

R\$ 1.068,48

06/07/2020

01234567891011121314151617181920212223242526272829303132333435363738394041424344454647484950515253545556575859606162636465666768697071727374757677787980818283848586878889909192939495969798991001011021031041051061071081091101111121131141151161171181191201211221231241251261271281291301311321331341351361371381391401411421431441451461471481491501511521531541551561571581591601611621631641651661671681691701711721731741751761771781791801811821831841851861871881891901911921931941951961971981992002012022032042052062072082092102112122132142152162172182192202212222232242252262272282292302312322332342352362372382392402412422432442452462472482492502512522532542552562572582592602612622632642652662672682692702712722732742752762772782792802812822832842852862872882892902912922932942952962972982993003013023033043053063073083093103113123133143153163173183193203213223233243253263273283293303313323333343353363373383393403413423433443453463473483493503513523533543553563573583593603613623633643653663673683693703713723733743753763773783793803813823833843853863873883893903913923933943953963973983994004014024034044054064074084094104114124134144154164174184194204214224234244254264274284294304314324334344354364374384394404414424434444454464474484494504514524534544554564574584594604614624634644654664674684694704714724734744754764774784794804814824834844854864874884894904914924934944954964974984995005015025035045055065075085095105115125135145155165175185195205215225235245255265275285295305315325335345355365375385395405415425435445455465475485495505515525535545555565575585595605615625635645655665675685695705715725735745755765775785795805815825835845855865875885895905915925935945955965975985996006016026036046056066076086096106116126136146156166176186196206216226236246256266276286296306316326336346356366376386396406416426436446456466476486496506516526536546556566576586596606616626636646656666676686696706716726736746756766776786796806816826836846856866876886896906916926936946956966976986997007017027037047057067077087097107117127137147157167177187197207217227237247257267277287297307317327337347357367377387397407417427437447457467477487497507517527537547557567577587597607617627637647657667677687697707717727737747757767777787797807817827837847857867877887897907917927937947957967977987998008018028038048058068078088098108118128138148158168178188198208218228238248258268278288298308318328338348358368378388398408418428438448458468478488498508518528538548558568578588598608618628638648658668678688698708718728738748758768778788798808818828838848858868878888898908918928938948958968978988999009019029039049059069079089099109119129139149159169179189199209219229239249259269279289299309319329339349359369379389399409419429439449459469479489499509519529539549559569579589599609619629639649659669679689699709719729739749759769779789799809819829839849859869879889899909919929939949959969979989991000100110021003100410051006100710081009101010111012101310141015101610171018101910201021102210231024102510261027102810291030103110321033103410351036103710381039104010411042104310441045104610471048104910501051105210531054105510561057105810591060106110621063106410651066106710681069107010711072107310741075107610771078107910801081108210831084108510861087108810891090109110921093109410951096109710981099110011011102110311041105110611071108110911101111111211131114111511161117111811191120112111221123112411251126112711281129113011311132113311341135113611371138113911401141114211431144114511461147114811491150115111521153115411551156115711581159116011611162116311641165116611671168116911701171117211731174117511761177117811791180118111821183118411851186118711881189119011911192119311941195119611971198119912001201120212031204120512061207120812091210121112121213121412151216121712181219122012211222122312241225122612271228122912301231123212331234123512361237123812391240124112421243124412451246124712481249125012511252125312541255125612571258125912601261126212631264126512661267126812691270127112721273127412751276127712781279128012811282128312841285128612871288128912901291129212931294129512961297129812991300

CONCLUSIONS

Jun / 2020

1289kWh

situação de número

Sujeito a corte!

Revisão do vencimento

Sau formējuma un iepakojuma maiņu.

05/07/2014

Regularizing causal debiasing

CONCLUSIONS

Í	Descrição	Quant	Título de Tributação	Valor Base Calc Tributação	Alíq Tributação	ICMS ICMS (%)	ICMS Base Calc (ICMS Current Month, 4.000%)	Prestação de Serviço
1	Consumos em 6/16	13,99	0,72070	930,76	26	222,68	800,76	13,99
2	LIMPEZIMENTOS SERVIÇOS							
3	UNIFORMES			126,29	0,00	0	0,00	0,00
4	ALUGUELO DE MÓVEIS			2,54	0,00	0	0,00	0,00
5	ALUGUELO DE MÓVEIS			6,63	3,00	0	0,00	0,00
6	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
7	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
8	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
9	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
10	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
11	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
12	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
13	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
14	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
15	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
16	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
17	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
18	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
19	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
20	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
21	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
22	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
23	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
24	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
25	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
26	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
27	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
28	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
29	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
30	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
31	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
32	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
33	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
34	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
35	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
36	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
37	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
38	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
39	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
40	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
41	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
42	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
43	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
44	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
45	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
46	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
47	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
48	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
49	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
50	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
51	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
52	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
53	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
54	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
55	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
56	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
57	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
58	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
59	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
60	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
61	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
62	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
63	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
64	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
65	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
66	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
67	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
68	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
69	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
70	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
71	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
72	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
73	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
74	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
75	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
76	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
77	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
78	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
79	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
80	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
81	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
82	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
83	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
84	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
85	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
86	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
87	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
88	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
89	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
90	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
91	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
92	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
93	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
94	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
95	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
96	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
97	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
98	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
99	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00
100	ALUGUELO DE MÓVEIS			0,50	0,00	0	0,00	0,00

Cl. Código de Classificação do Item
e Via e/ou Tributo

C. 4970650

QUESTIONS TO ASK

5704.1014.d01d.001e.1c13.edff.7379 / c25.

July 15, 2004 7:04

100

KEY WORDS: aging; cognition; memory; personality

Abstract

Discussion

Dariusz Ko

Value (R\$)



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

1-2
novo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NEBA ALECKIA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 632

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Sexo: M

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 10 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PATELA (P)

- FRATURA FECHADA PATELA (E)

DIA 17/03/2020

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO, 8h/8h	22 09
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	22 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	24 09
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	24
7	OVIEPREZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	09
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	5IN
9	CUIDADOS CERAIS + SINAIS VITAIS	

17/03/20 PATE. C/ HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTO-
CICLISTA APÓS INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA,
PO EXAME, APARECE BEM, CONSCIENTE, NÂUO
ETÍLICO E LALA ARRASTADA. BOM ESTÁVEL,
F.L.C. EM RUÍAS CALCADA (E); F.L.C. EXTENSO
FACE ATENÇÃO DO JOELHO (S) C/ EXPOSIÇÃO DE
FRATURA DA PATELA (P) / F.L.C. RUÍAS RÓMBICA (E)
C.D.: SURTA DO LORO CABELODO E PE (E)
TAM BEM EM DOMÍLIO (E)
A Centro Clínico

Ericsson A. Marques
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM 4770 / TEOT SBT 7297
Rua: Pedro II, 429 - Prata - Campina Grande - PB
Tel. (83) 3341 - 4666

17 03.20

22.15

PA: Jaox 70mmHg

Paciente consciente orientado.
Admitido do bloco. quebra
oito de 5. de 10 minutos
por infecção urinária. M e PN
e segue os cuidados do grupo

500



PARAIBA
Governo do Estado



PARAIBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 123255

DATA DA CIRURGIA: 17/03/2020

Número do Atendimento: 2130509 Clin: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 10

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO

Data da Internação: 17/03/2020

Atendimento: 2130509

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA + FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSINTESE TIBIA DISTAL ESQUERDA
Data da Cirurgia: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: RAQUEANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL MESA CIRURGICA

2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS

4. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS, LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICA E IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DA FERIDA COM SF 0,9% EM JOELHO DIREITO.

5. OBSERVADO FRATURA COMINUTIVA DA PATELA COM PERDA ÓSSEA DE APROXIMADAMENTE 50 % DA PATELA E DESINSERÇÃO PARCIAL DE TENDÕES PATELAR E QUADRICEPTAL.

6. RETIRADA DE FRAGMENTOS COMINUTOS DIMINUTOS E TENODESE TENDÃO PATELAR E QUADRICEPTAL COM FIOS DE ETHIBOND.

7. SUTURA DA FERIDA OPERATÓRIA.

8. VIA DE ACESSO A TIBIA DISTAL ESQUERDA.

9. REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTESE DA TIBIA DISTAL ESQUERDA COM PLACA EM T BLOQUEADA E PARAFUSOS CORTICAIS 4.5 mm SOB RADIOSCOPIA

10. IRRIGAÇÃO DA FERIDA COM SF 0,9%

11. SUTURA

12. CURATIVO.

Data 17/03/2020

Assinatura/Carimbo
Fabio De Moura Spa

Dr. Fábio de Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6119

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Noniele Pereira Damato D N 19-12-1987		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE
CIRURGIA	CIRURGIÃO		REGISTRO
ANESTESIA		ANESTESIA	
INSTRUMENTADORA		DATA	FIM
Qtd.		MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.
Qtd.		Bolsa Colostoma	Qtd.
Qtd.		Catet. p/ Óxg.	Qtd.
Qtd.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Qtd.
Qtd.		Compressa Grande	Qtd.
Qtd.		Compressa Pequena	Qtd.
Qtd.		Cotonoide	Qtd.
Qtd.		Dreno	Qtd.
Qtd.		Dreno Kerr nº	Qtd.
Qtd.		Dreno Penrose nº	Qtd.
Qtd.		Dreno Pezzer nº	Qtd.
Qtd.		Equipo de Macrogotas	Qtd.
Qtd.		Equipo de Sangue	Qtd.
Qtd.		Equipo de PVC	Qtd.
Qtd.		Esparadrapo Larco cm	Qtd.
Qtd.		Furacim ml	Qtd.
Qtd.		Gase Pacote c/ 10 unidades	Qtd.
Qtd.		H ₂ O ₂ ml	Qtd.
Qtd.		Intracath Adulto	Qtd.
Qtd.		Intracath Infantil	Qtd.
Qtd.		Lâmina de Bisturi nº 23	Qtd.
Qtd.		Lâmina de Bisturi nº 11	Qtd.
Qtd.		Lâmina de Bisturi nº 15	Qtd.
Qtd.		Luvas 7.0	Qtd.
Qtd.		Luvas 7.5	Qtd.
Qtd.		Luvas 8.0	Qtd.
Qtd.		Luvas 8.5	Qtd.
Qtd.		Oxigênio l/m	Qtd.
Qtd.		Poliflix	Qtd.
Qtd.		PVPI Degemante ml	Qtd.
Qtd.		PVPI Tópico ml.	Qtd.
Qtd.		Sabão Antisséptico	Qtd.
Qtd.		Saco coletor	Qtd.
Qtd.		Seringa desc. 10 ml	Qtd.
Qtd.		Seringa desc. 20 ml	Qtd.
Qtd.		Seringa desc. 05 ml	Qtd.
Qtd.		Sonda	Qtd.
Qtd.		Sonda foiley	Qtd.
Qtd.		Sonda Nasogática	Qtd.
Qtd.		Sonda Uretral nº	Qtd.
Qtd.		Sterydrem ml	Qtd.
Qtd.		Torneirinha	Qtd.
Qtd.		Vaselina ml	Qtd.
Qtd.		Gelcon 18	Qtd.
Qtd.		Latesa	Qtd.
Qtd.		MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.
Qtd.		Agulha desc. 25 x 7	Qtd.
Qtd.		Agulha desc. 28 x 28	Qtd.
Qtd.		Agulha desc. 3 x 4,5	Qtd.
Qtd.		Agulha p/ raque nº	Qtd.
Qtd.		Álcool de Enfermagem	Qtd.
Qtd.		Álcool Iodado ml	Qtd.
Qtd.		Ataduras de Crepon	Qtd.
Qtd.		Ataduras de Gessada	Qtd.
Qtd.		Azul metileno amp.	Qtd.
Qtd.		Benzina ml	Qtd.
Qtd.		FIOS	Qtd.
Qtd.		Catgut cromado Sertix	Qtd.
Qtd.		Catgut cromado Sertix	Qtd.
Qtd.		Catgut cromado Sertix	Qtd.
Qtd.		Catgut Simples	Qtd.
Qtd.		Catgut Simples Sertix	Qtd.
Qtd.		Catgut Simples Sertix	Qtd.
Qtd.		Catgut Simples Sertix	Qtd.
Qtd.		Cera p/ osso	Qtd.
Qtd.		Ethibond	Qtd.
Qtd.		Ethibond	Qtd.
Qtd.		Ethibond	Qtd.
Qtd.		Fio de Algodrão Sertix	Qtd.
Qtd.		Fio de Algodrão Sertix	Qtd.
Qtd.		Fio de Algodrão Sutupak	Qtd.
Qtd.		Fio de Algodrão Sutupak	Qtd.
Qtd.		Fila cardíaca	Qtd.
Qtd.		Mononylon	Qtd.
Qtd.		Mononylon	Qtd.
Qtd.		Prolene Serfix	Qtd.
Qtd.		Prolene Serfix	Qtd.
Qtd.		Prolene Serfix	Qtd.
Qtd.		Prolene Serfix	Qtd.
Qtd.		Vicryl Serfix	Qtd.
Qtd.		Vicryl Serfix	Qtd.
Qtd.		Vicryl Serfix	Qtd.
Qtd.		SOROS	Qtd.
Qtd.		SG Normotérmico-fr 500 ml	Qtd.
Qtd.		SG Gelado fr 500 ml	Qtd.
Qtd.		SG Hipertérmico fr 500 ml	Qtd.
Qtd.		SG Ringr fr 500 ml	Qtd.
Qtd.		SG fr 500 ml	Qtd.
Qtd.		ORTESE E PRÓTESE	Qtd.
Qtd.		Placa "T" PEI dupla angula	Qtd.
Qtd.		Coço de 08 furos	Qtd.
Qtd.		parafusos	Qtd.
Qtd.		EQUIPAMENTOS	Qtd.
Qtd.		Oxímetro de Pulso	Qtd.
Qtd.		Serra	Qtd.
Qtd.		Desfibrilador	Qtd.
Qtd.		Foco Frontal	Qtd.
Qtd.		Fonte de Luz	Qtd.
Qtd.		Foco Auxiliar	Qtd.
Qtd.		Eletrocautério	Qtd.
Qtd.		Oxicapiógrafo	Qtd.
Qtd.		Cardiomonitor	Qtd.
Qtd.		Perfurador Elétrico	Qtd.

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lucia B. Medeiros
TÉC. DE ENF. - RMACIF
COREN - PE 205.72

Vanda Lucia B. Medeiros
Sabrina

MOD 066

HUECC										FOLHA DE ANESTESIA										DOM 03 2020									
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA										DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES										PULSO 68									
ENFERMARIA										LEITO										IDADE 32 anos									
SEXO MASC.										COR										ALTURA									
TIPO SANGÜÍNEO										HEMÁCIAS										HEMOGLOBINA									
URINA										HEMATÓCRITO										GLICEMIA									
OUTROS										UREIA										PESO									
AP. RESPIRATÓRIO										ASMA										BRONquite									
AP. CIRCULATÓRIO										ELETROCARDIOGRAMA										AP. URINÁRIO									
AP. DIGESTIVO										DENTES										PESCOÇO									
ESTADO MENTAL										ATAXICOS										CORTICOIDES									
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO										ESTADO FÍSICO										RISCO									
ANESTESIAS ANTERIORES										MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA										EFEITO									
AGENTES ANESTÉSICOS										LÍQUIDOS										VÍDEOS									
AX - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO										O - PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO										VP. ARTERIAL: 0 - RESPIRAÇÃO									
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES										POSICÃO										AGENTES									
TÉCNICA										CÂNULAS										PERDA SANGÜÍNEA									
OBSERVAÇÕES										ANESTESISTAS										CIRURGIÕES									
ANESTESIAS										OPERAÇÃO										TÉCNICA									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.										FOLHA DE ANESTESIA - SRPB										MOD. 066									

1 hora 15 min 15 seg + 10 min 15 seg

Blowby 100% O2 + 100% O2

Pré-anestesia de rotina do paciente

Dr. Fozio SDA

Pré-anestesia de rotina

20

40

60

80

100

120

140

160

180

200

220

240

260

SG. SDO SP. 100 RL - 100

1 hora 15 min 15 seg + 10 min 15 seg

DESPERTAR

Reflexos na SO: 1

Co2: 1

Excit: 1

Náuseas: 1

Vômitos: 1

Outros: 1

Com câmbula: 1

Paro o Leito: Sim Não

CONDIÇÕES:

MANUTENÇÃO

Saliv: 1

Excit: 1

Tosse: 1

Laríngeo espasmo: 1

Náuseas: 1

Vômitos: 1

Outros: 1

ANESTESIA SATISF: Sim Não

Não, por quê?

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

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


Dra. Karoline S. Figueiredo
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PE 7300

Assinatura do anestesista

Hospital: Hospital de ... Código: ...
 Procedimento: ... Cód. Procedimento: ...
 Paciente: Roniel ...
 Data da Cirurgia: ... Nº prontuário: ... Convênio: ...
 Cirurgião: ... Código: ... ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa em T Super Angular P.E. 60x100			
	Blowdown			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 4,5 mm	Nº	28	30	31	44				
	Qtd.	01	01	01	01				
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº	45							
	Qtd.	02							
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

Dr. Fábio ...
 Ortopedia e Traumatologia

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: ...
 Faturar N.F para: ...
 Cód. do consultor: ... Total: ...
 Cód. Instrumentador: ...



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/03/2020

Horas: 11:49:17

Médico (a) Diarista : Claudia Ferreira Ribeiro Leao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 1

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 18/03/2020

MÉDICO(A): Claudia Ferreira Ribeiro Leao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 22 08
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	15 28 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	14 26 03
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 26 24 02
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	08
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 18/03/2020 HORA: 11:47:46

ORTOPEDIA

1 DPO - 12 HORAS DE EVOLUÇÃO

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÉRMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E SANGRAMENTO MODERADO EM JOELHO DIR

DOR: 3/4 +

CD:

VPM

AGUARDANDO RADIOGRAFIAS DE CONTROLE JÁ SOLICITADAS

MANTENHO ATB EV

ASSINATURA + CARIMBO
Claudia Ferreira Ribeiro Leao

Hallison Santos de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

18.03.20. 14h - 110x70 - Paciente consciente, orientado, com AUP,
restrito ao leite. Acuta dieta. Eliminação @. Sem quei-
nas. Com MIE mobilizado. Poliyona ~~~~~

58
03
2020

PA- 110x70

Segue observações
de enfermagem.
J.



PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/03/2020

Horas: 16:22:44

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 2

Clinica: NEUROBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 19/03/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	18 20 06 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	18 20 06 24 06
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 20 06 24 06
6	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 20 06 24 06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	18 20 06 24 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 20 06 24 06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/03/2020 HORA: 16:21:55

ORTOPEDIA

2 DPO

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E SANGRAMENTO MODERADO EM JOELHO DIR (AINDA PERSISTENTE)

DOR: 3/4 +

CD:

VPM

MANTENHO ATB EV

OTIMIZO ANALGESIA

OPA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

19
03
2020 8hs - Pcte consciente, eupneico, acito disto U.9., apresenta
perimento reacao icterica e MMII, SIC, diurese
presente, repere dor em MID, realizado cura-
PA=120x80 tivo. Kendall

11hs - Pcte repere dor intensa em MID (peleto), medi-
cado com tramal 400. Kendall

13/03/2020 paciente consciente orientado sem queixas ate o momento
segue aos cuidados de enfermagem - PA=120x70; 20hs Marjane



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/03/2020

Horas: 08:36:41

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: **RONIELE PEREIRA DONATO** Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 3

Clinica: NEUROBUCA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 20/03/2020

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	14 22 06
5	CRIOTERAPIA EM MIE 4 X DIA	12 18 24 06
6	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
10	FISIOTERAPIA MOTORA	Cte
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Cte
12	CURATIVOS	Cte

EVOLUÇÃO

DATA: 20/03/2020 HORA: 08:35:48

ORTOPEDIA

3 DPO

PCT EM BEG,
ESTAVEL CLINICAMENTE,
SEM DISTERMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E HEMATOMA IMPORTANTE EM MIE
DOR: 2+/4 +

CD:

VPM

MANTENHO ATB EV

OTIMIZO ANALGESIA

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6960
CPF: 043.079.784-20

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

20-03 20

30.15

PA: 120x80mmHg

T: 37°

P: 81 BPM

R: 22

Paciente consciente, orientado
acordado, afável, alerta, dista
afável com eliminação fisiológica
presente. Foi realizado curativo.
Até o momento sem infecções.
M-e-p. M e segw as unidades de
Equipe.

21 horas -> PA: 120 x 80. Valência ne - x - x -



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/03/2020

Horas: 09:00:17

Médico (a) Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 21/03/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	
5	CRIOTERAPIA EM MIE 4 X DIA	
6	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 21/03/2020 HORA: 08:59:29

ORTOPEDIA

4 DPO

PCT EM BEG,
ESTÁVEL CLINICAMENTE,
SEM DISTÉRMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E HEMATOMA IMPORTANTE EM MIE
DOR: 2+/4 +

CD: ALTA HOSPITALAR

Dr. Matheus Pedroso

MÉDICO
CRM-PB 12.869

ASSINATURA + CARIMBO
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza



PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: **RONIELE PEREIRA DONATO**

Data da Internação: **17/03/2020**

Data da Alta: **21/03/2020**

Registro: **2130509**

Tempo de Permanência: **-18339**

Diagnóstico Inicial: **FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA + FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA**

Diagnóstico Final: **O MESMO**

Cirurgia: **LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSINTESE**

Data: **17/03/2020**

Equipe:

Cirurgião: **FABIO DE MOURA SPA**

Aux 1: **ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES**

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: **SIM**

Coleta de Material: **NAO**

Bacteriologia: **NAO**

Anatomopatológico: **NAO**

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): **PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM LESAO SU'PRACITADA**

Orientações: **FISIOTERAPIA + RETORNO AMBULATORIAL + ANTIBIOTICOTERAPIA**

Medicações para Casa: **ARTROSIL 1CP 12/12 POR 5 DIAS CIPROFLOXACINO 500MG 1CP DE 12/12 POR 7 DIAS**

Condições de Alta: **Melhorado**

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.862

Data: **21/03/2020**

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL : **Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza**

PACIENTE:	RONIELE PEREIRA DONATO
DATA DO EXAME:	17/03/2020

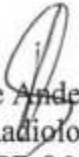
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

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

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos, retroperitônio e vísceras ocas.



Dr. Filipe Anderson
Médico Radiologista
CRM-PB 8649



SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário		Ala		Leito		Enfermaria	
Data	Hora	Data		Hora		Data		Hora	
20/03	1	20/03		1					
Renivel Pereira Demato		Prontuário		Ala		Leito		Enfermaria	
Recem alta Cooperativo, eupneico, normotensionado, aca. Volem aa, SDR ↓ ADM de MM II - RP: MUD em BATE 3/RA EF: Cinesio assistida de MM II, BR Genais — u —									

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente automobilístico no trânsito. Vem para o serviço de emergência com queixa de dor no tórax, dor de cabeça e dor no abdômen. História de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Foi tratado com analgésicos e antiácidos. Atualmente está em observação.

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2130433 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/03/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: RONIELE PEREIRA

CEP: 58400002

Nascimento: 19/12/1987

DONATO

Endereço: LUIZA CABRAL DE CASTRO

Sexo: M

Telefone: 986678680

Cidade: Campina Grande

Idade: 032

Bairro: SAO JOSE DA MATA

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA
DONATO

RG:

Nº: 129

CPF:

Profissão: AUX DE SERVICOS GERAIS

Responsável:

CNS: 708509310177778

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

CONVÊNIO: SUS

MOTIVACÃO: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Hora: 14:04:44

MECANISMOS DO TRAUMA

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

- 
1. Abrasão
 2. Amputação
 3. Avulsão
 4. Contusão
 5. Crepitação
 6. Derrame
 7. Edema
 8. Empalhamento
 9. Enfisema subcutâneo
 10. Esmagamento
 11. Equimose
 12. F. Amia branca
 13. F. Arma de fogo
 14. F. Cortado
 15. F. Cortante
 16. F. Corte-contuso
 17. F. Perfuro-contuso
 18. F. Perfuro-cortante
 19. Fratura óssea fechada
 20. Fratura óssea aberta
 21. Hematoma
 22. Injurgitamento Venoso
 23. Laceração
 24. Lesão tendinosa
 25. Luxação
 26. Mordedura
 27. Movimento torácico paradoxal
 28. Objeto Encaixado
 29. Otorrágia
 30. Paralisia
 31. Parestia
 32. Paratetania
 33. Queimadura
 34. Rindragia
 35. Sinais de isquemia
 - 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Politravmatizado.

Cirurgia

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente automobilístico no trânsito. Vem para o serviço de emergência com queixa de dor no tórax, dor de cabeça e dor no abdômen. História de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Foi tratado com analgésicos e antiácidos. Atualmente está em observação.

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2130433 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/03/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: RONIELE PEREIRA

CEP: 58400002

Nascimento: 19/12/1987

DONATO

Endereço: LUIZA CABRAL DE CASTRO

Sexo: M

Telefone: 986678680

Cidade: Campina Grande

Idade: 032

Bairro: SAO JOSE DA MATA

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA
DONATO

RG:

Nº: 129

CPF:

Profissão: AUX DE SERVICOS GERAIS

Responsável:

CNS: 708509310177778

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

CONVÊNIO: SUS

MOTIVACÃO: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Hora: 14:04:44

MECANISMOS DO TRAUMA

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

- 
1. Abrasão
 2. Amputação
 3. Avulsão
 4. Contusão
 5. Crepitação
 6. Derrame
 7. Edema
 8. Empalhamento
 9. Enfisema subcutâneo
 10. Esmagamento
 11. Equimose
 12. F. Amia branca
 13. F. Arma de fogo
 14. F. Cortado
 15. F. Cortante
 16. F. Corte-contuso
 17. F. Perfuro-contuso
 18. F. Perfuro-cortante
 19. Fratura óssea fechada
 20. Fratura óssea aberta
 21. Hematoma
 22. Injurgitamento Venoso
 23. Laceração
 24. Lesão tendinosa
 25. Luxação
 26. Mordedura
 27. Movimento torácico paradoxal
 28. Objeto Encaixado
 29. Otorrágia
 30. Paralisia
 31. Parestia
 32. Paratetania
 33. Queimadura
 34. Rindragia
 35. Sinais de isquemia
 - 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Politravmatizado.



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/03/2020

Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Nº ATEND: 2130433

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 17/03/2020 HORA : 14:07:13

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINANIS DE EMBRIAGUEZ : NAO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NAO HAS ()SIM (X)NAO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NAO

ALERGIAS :
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : REGUL
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILLOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO DO QUARTO
Tereza Viana Duarte
ENFERMEIRO N
COREN-PB 267.537

Recatatório Simples

Vamos médico

Declaro que o Sr.
Nivaldo P. Loureiro
foi submetido a fle-
bectomia de patina do
membro superior (E) e
fle-
bectomia da patela (D)
em março de 2020,
estando em alta
do ponto de vista
cirúrgico. CID T93

Ericsson A. Marques
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM - 47704/SP
Rua: Pedro II 429 - Foz de Iguaçu - Paraná - 84401-979
Tel. (83) 3341 - 4666

14.08.20

Data



GOVERNO
DA PARAÍBA

ATEST

SÉRIE

TRATAMENT

O PERÍODO

1206

Campina Grande 21/10/2020



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma de
Campina Grande Dom
Luis Gonzaga Fernandes

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

PARA O PACIENTE Renildo Pereira
Barbosa

COM DIAGNOSTICO Fratura Exposta
patela (D) + Fratura cominuta Perna (E)

SUBMETIDO A TRATAMENTO Osteossíntese

CAMPINA GRANDE, 21 / 10 / 2020.

Dr. Matheus Pedrosa
CRM: 95.11.493

AUTORIZAÇÃO

autorizo o
a registrar o diagnóstico

Eu,

Dr.,

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drograria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Matheus Pedrosa
MÉDICO
CRM-PB 17.869

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: Renata Vieira Donato 24,50

Endereço: rua subd. de carlos 129, 5º andar.

Prescrição: Verificar

Exame realizado em 20/03/2011

Terminar o tratamento em 7 dias.

Dr. Matheus Pedrosa
MÉDICO
CRM-PB 17.869

Assinatura do Médico

Data: 21 / 03 / 2011

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____ DATA: _____



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO

Data da Internação: 17/03/2020

Data da Alta: 21/03/2020

Registro: 2130509

Tempo de Permanência: -18339

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA + FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Final: O MESMO

Cirurgia: LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSSINTESE

Data: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: SIM

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM LESAO SU'PRACITADA

Orientações: FISIOTERAPIA + RETORNO AMBULATORIAL + ANTIBIOTICOTERAPIA

Medicações para Casa: ARTROSIL 1CP 12/12 POR 5 DIAS CIPROFLOXACINO 500MG 1CP DE 12/12 POR 7 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Matheus Pedroso
- MEDICO
CRM-PB 12.865

Data: 21/03/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL: Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Renildo Yvanna Dantas

PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 582.7 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 14 / 03 / 2020 A 21 / 03 / 2020 NECESSITANDO DE

120 (cento e vinte) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES Despeços Fedins:

Renildo
CRM-PB 1.500.000

Campina Grande 21 / 03 / 2020 Ass. do médico - Nº. do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável _____



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande
Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Rua Floriano Peixoto 4700 Malvinas
Campina Grande - PB CEP 58432809
CNPJ 08.778.268/0001-60

Nome: *Pamela Pereira Dantas*

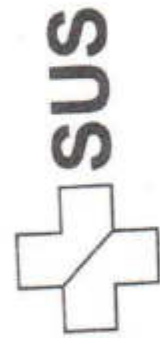
Uso oral

- 1 - Artrosil.....01 ex *26,32*
Tomar 01 cp 12/12 horas por cinco dias.
- 2 - Dipirona 1g.....01 ex *13,30*
Tomar 01 cp 6/6h caso dor

Dr. Mathias Redroso
MÉDICO
CRM-PB 12.859

Assinatura e carimbo do médico

Data: *21/10/2020*



UBSF ~~SECRETARIA~~ **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
Rua Iara ~~400~~ **400**
CNPJ 06.5485754

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPES - 3886689

REQUISIÇÃO DE CONSULTA

RG: _____

DATA NASC. ____/____/____

RENAN

RENATO

PACIENTE:

CARTÃO SUS:

ENDEREÇO:

BAIRRO/CIDADE:

NOME DA MÃE:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Doença após trauma*
exame / Póster e ossos da perna D

CÓDIGO:

ESPECIALIDADE SOLICITADA: *Fisioterapia*

Carimbo do médico

DATA: *16/05/10*

UNIDADE SOLICITANTE

CARIMBO DO MÉDICO

REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

UNID. PRESTADORA:

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

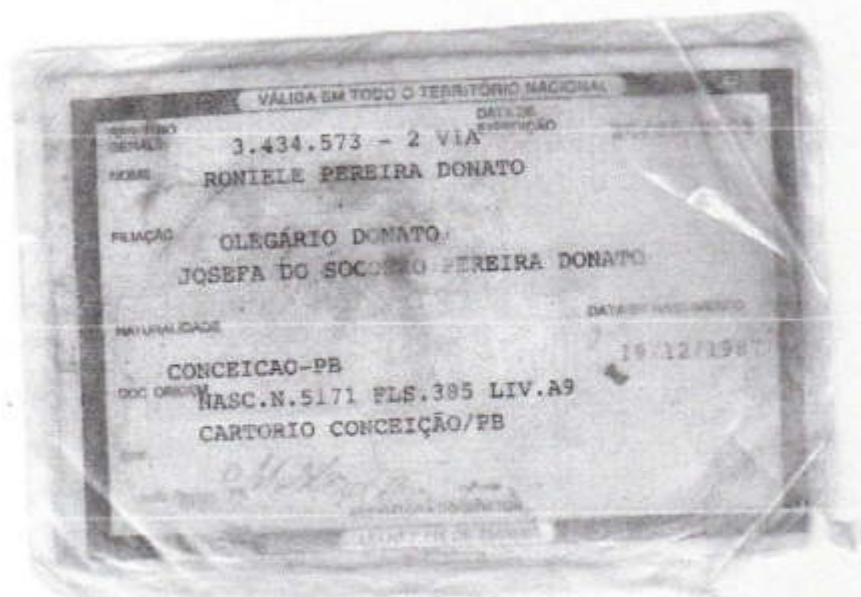
SENHA DA CENTRAL DE MARCAÇÃO:

MÉDICO:

POLEGAR DIREITO (ANALFABETO)

ASSINATURA DO USUÁRIO

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268128/20

Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO

CPF: 099.722.954-35

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 17/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONIELE PEREIRA DONATO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONIELE PEREIRA DONATO : 099.722.954-35

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: 22/09/2020
Nome: RONIELE PEREIRA DONATO
CPF: 099.722.954-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

RONIELE PEREIRA DONATO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200339871 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO **Data do acidente:** 17/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO COM FRATURA COMINUTIVA DE PATELA.
FRATURA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM JOELHO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA, PATELECTOMIA E OSTEOSÍNTESE COM FIO DE ETHIBOND), TÍBIA (OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
PÁG 3/4/8/25
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO JOELHO
DIREITO E 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00