

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200/125725

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF do beneficiário: 135.981.724-78

Nome do solicitante: JACILENE JANUARIO DA SILVA

CPF do solicitante: 069.635.644-93

DADOS PARA CONTATOTel. Celular: (83) 98889-3447
DDDTel. Comercial: (83) 3342-2471
DDDTel. Residencial: ()
DDD

E-mail: Pestolandia@hotmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☐ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☒ Outros: cópia laudos - prontuário - exames.

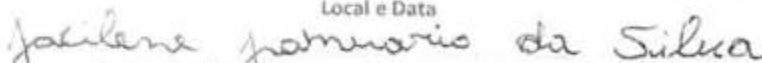
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

bom dia, venho aqui discordar do valor pago ao meu filho, pois ele ficou com bastante limitações, ou seja, depois o acidente: Ele hoje, perdeu vários dentes, ficou com bastante dificuldade de escutar, sente muita tontura, falta de atenção, além de tomar anticonvulsivo, não sente gosto, nem cheiro, e o olho esquerdo apenas com visão lateral. Segue Exame dos ouvidos, Ressonância Magnética da face, e Tomografia Computadorizada dos Seios Paranasais.

Santo Andre-PB, 24 de Abril de 2020

Local e Data


Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Solicitação de Reanálise

Soluto que seja realizado o meu
somatório com número 3200/125725, com
virtude de não concordar com o valor pago,
pelo segundo tabela de inculidez utilizada
para indenização de segure DPVAT, a seguir
em grau moderado em 90%, ou seja, comprometi-
mento a estética facial + TEE + politraumatismo
grave, no valor de R\$ 6.007,50 (seis mil,
sete reais e cinquenta centavos), Além da difi-
dade na fala e na visão do lado esquerdo
ou seja, perda da visão frontal R\$ 4.050,00
(quatro mil e cinquenta reais), e finalmente
a perda da audição surdo no ouvido direito,
e profundo no ouvido esquerdo, R\$ 4.590,00
(quatro mil quinhentos e noventa reais).

Formo novamente laudo médico e nome
de imagem, que comprovam a existência das
sequelas, em caso de dúvida, por favor, agendar
perícia, pois a avaliação da junta médica da
seguradora líder não conseguiu ser justa
quanto aos danos definitivos do meu
filho.

Por favor, analisem mais detalhadamente.

Muito Obrigado pela sua atenção

Jailene Jannuario da Silva

Santo André - PB, 24 de abril de 2020.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO / TRAUMA DE FACE

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO), PRESENÇA DE CICATRIZ EM FACE E CRÂNIO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO. ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILÍBRIO, SEM EDEMA, SEM ATROFIAS, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT NA ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE DICÇÃO; VINDO ACOMPANHADO DA MÃE, VESTIDO ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚRPIO DE COMPORTAMENTO, TEVE CRISE CONVULSIVA (EM USO DE CARBAMAZEPINA 200MG 1CP DE 8/8HS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO NO DIA 01/12/2017; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAME DE IMAGENS CONSTATANDO A LESÃO NEUROLÓGICA (TCE). REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 19/01/2018 (SIC). APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO).

Sequelas permanentes: Perda parcial bilateral da acuidade auditiva

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 10%. O "PI" ora estabelecido (37,5%) é complementar e contempla o dano auditivo (audiometria anexada ao processo).
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO / TRAUMA DE FACE

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO), PRESENÇA DE CICATRIZ EM FACE E CRÂNIO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO. ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILÍBRIO, SEM EDEMA, SEM ATROFIAS, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT NA ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE DICÇÃO; VINDO ACOMPANHADO DA MÃE, VESTIDO ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚRPIO DE COMPORTAMENTO, TEVE CRISE CONVULSIVA (EM USO DE CARBAMAZEPINA 200MG 1CP DE 8/8HS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO NO DIA 01/12/2017; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAME DE IMAGENS CONSTATANDO A LESÃO NEUROLÓGICA (TCE). REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 19/01/2018 (SIC). APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO).

Sequelas permanentes: Perda parcial bilateral da acuidade auditiva

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 10%. O "PI" ora estabelecido (37,5%) é complementar e contempla o dano auditivo (audiometria anexada ao processo).
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA CEREBRAL E MÚLTIPLAS FRATURAS DA FACE; TRAUMA TORACO-ABDOMINAL COM DERRAME PLEURAL E LÍQUIDO NA CAVIDADE ABDOMINAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA, DEMAIS CONSERVADOR)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE
TRAUMA ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA, DEMAIS CONSERVADOR)
ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT NEUROLÓGICO DO SNC

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE
TRAUMA ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA, DEMAIS CONSERVADOR)
ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE
TRAUMA ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA, DEMAIS CONSERVADOR)
ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 - ACATAR LAUDO MÉDICO?
MANTIVE CONDUTA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099318/20

Número do Sinistro: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF: 135.981.724-78

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 01/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 24/04/2020
Nome: JACILENE JANUARIO DA SILVA
CPF: 069.635.644-93

JACILENE JANUARIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099318/20

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF: 135.981.724-78

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 01/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JACILENE JANUARIO DA SILVA : 069.635.644-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ALISSON DA SILVA SANTOS : 135.981.724-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/03/2020
Nome: JACILENE JANUARIO DA SILVA
CPF: 069.635.644-93

JACILENE JANUARIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099318/20

Número do Sinistro: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF: 135.981.724-78

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 01/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 30/03/2020
Nome: ALISSON DA SILVA SANTOS
CPF: 135.981.724-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ALISSON DA SILVA SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

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

2 - Nº do sinistro ou ASE:
0099318-20

3 - CPF da vítima:
135.981.724-78

4 - Nome completo da vítima:
ALISSON DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo:
ALISSON DA SILVA SANTOS

6 - CPF:
135.981.724-78

7 - Profissão:
RECUSOU

8 - Endereço:
SÍTIO LAGOA

9 - Número:
S/Nº

10 - Complemento:

11 - Bairro:
ZONA RURAL

12 - Cidade:
SANTO ANDRÉ

13 - Estado:
PB

14 - CEP:
58.675-000

15 - E-mail:
RECUSOU

16 - Tel. (DDD):
(83) 9.9614-5661

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:
JACILENE JANUÁRIO DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:
069.635.644-93

19 - Profissão do Representante Legal:
RECUSOU

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSOU INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: **NUBANK**

AGÊNCIA: **0001** CONTA: **8913769**

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 ateu impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gou de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima deixou companheira(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 (se houver)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Se tinha nascituro, informar Vivos: Falecidos:

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 a aqueles 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 pedido (a rogo):

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SANTO ANDRÉ - 04 DE JUNHO DE 2020**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200125725 Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), pois não foi entregue.
-----------------------	--

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



Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

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: **JACILENE JANUARIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **000000496523-5**

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



Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 526,85
Juros:	R\$ 42,15
Total creditado:	R\$ 5.631,50
Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%	
Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 =	R\$ 5.062,50

Recebedor: **JACILENE JANUARIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 5.631,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000008913769-0**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200125725**

Nome do(a) Examinado(a): **ALISSON DA SILVA SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

sítio lagoa, sn - JD CIDADE UNIVERSITARIA - Santo André - PB - CEP 58675-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4.893.417**

Data e local do acidente: [**01/12/2017**] **SANTO ANDRÉ**

Data e local do exame: [**07/05/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO / TRAUMA DE FACE

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO), PRESENÇA DE CICATRIZ EM FACE E CRÂNIO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO NO DIA 01/12/2017; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAME DE IMAGENS CONSTATANDO A LESÃO NEUROLÓGICA (TCE). REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 19/01/2018 (SIC). APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO). ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILÍBRIO, SEM EDEMA, SEM ATROFIAS, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT NA ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE DICÇÃO; VINDO ACOMPANHADO DA MÃE, VISTINDO ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚBIO DE COMPORTAMENTO, TEVE CRISE CONVULSIVA (EM USO DE CARBAMAZEPINA 200MG 1CP DE 8/8HS).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO). ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILÍBRIO, SEM EDEMA, SEM ATROFIAS, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT NA ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE DICÇÃO; VINDO ACOMPANHADO DA MÃE, VISTINDO ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚBIO DE COMPORTAMENTO, TEVE CRISE CONVULSIVA (EM USO DE CARBAMAZEPINA 200MG 1CP DE 8/8HS).

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando

a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OUVIDO DIREITO

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

OUVIDO ESQUERDO

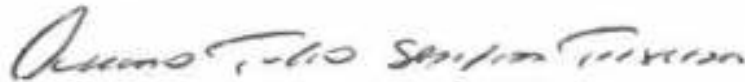
% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO)



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0099338/20 3 - CPF da vítima: 135.981.724-78 4 - Nome completo da vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: ALISSON DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 135.981.724-78
7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: SÍTIO LAGOA 9 - Número: S/Nº 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SANTO ANDRÉ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.675-000
15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel. (DDD): (83) 9.9614-5661

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: JACILGNE JANUÁRIO DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal: 069.635.644-93 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSOU

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: 0041 CONTA: 00496523 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (ou nasceu)? ☐ 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 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTO ANDRÉ - 20 DE MARÇO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



6277 8015 6508 6323

JACILENE JANUARIO SILVA
0041 013 00496523-5

elc

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

0099338/20

3 - CPF da vítima:

135.981.724-78

4 - Nome completo da vítima:

ALISSON DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo:

ALISSON DA SILVA SANTOS

6 - CPF:

135.981.724-78

7 - Profissão:

RECUSOU

8 - Endereço:

SÍTIO LAGOA

9 - Número:

S/Nº

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

SANTO ANDRÉ

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58.675-000

15 - E-mail:

RECUSOU

16 - Tel. (DDD):

(83) 9 9614-5661

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:

JACILGNE JANUÁRIO DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

069.635.644-93

19 - Profissão do Representante Legal:

RECUSOU

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ 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:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

00496523

5

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 resíduo (ou nasceu)?

☐ 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 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTO ANDRÉ - 20 DE MARÇO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



6277 8015 6508 6323

JACILENE JANUARIO SILVA
0041 013 00496523-5

elc



Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti - CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF - Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
TJPB - Habilitada para realizar Perícias DPVAT

LAUDO CINESICO FUNCIONAL

Alisson da Silva Santos

Rua. Sirio Lagoa, Santo André, Zona Rural, Santo André, PB

Descrição da vítima: acidente de moto x moto em 02 de dezembro de 2017.
Socorrido para Hospital de Trauma de Campina Grande, PB.

Apresentando: politraumatizado grave (TCE, fratura na face)

Tratamento: cirúrgico, suturas.

Sequela apresentada ao exame físico:

TCE/ Face

- Estética comprometida com suturas visíveis
- arcádia dentária comprometida
- Comprometimento da audição
- Anticonvulsivo
- Desequilíbrio
- Cefaleia constante
- Tontura
- Deficit de atenção

Conclusão: Sequela definitiva em grau moderado em 90% comprometendo a estética facial, audição, sistema nervoso central.

Campina Grande, 05 de fevereiro de 2020

Sonaly de Fatima Cavalcanti
Dra. Sonaly de F. Cavalcanti



CREFITO 6637 ABFF 145

Sonaly de F. Cavalcanti
Físio-Ponto - CREFITO 6637

20191212_150200.jpg



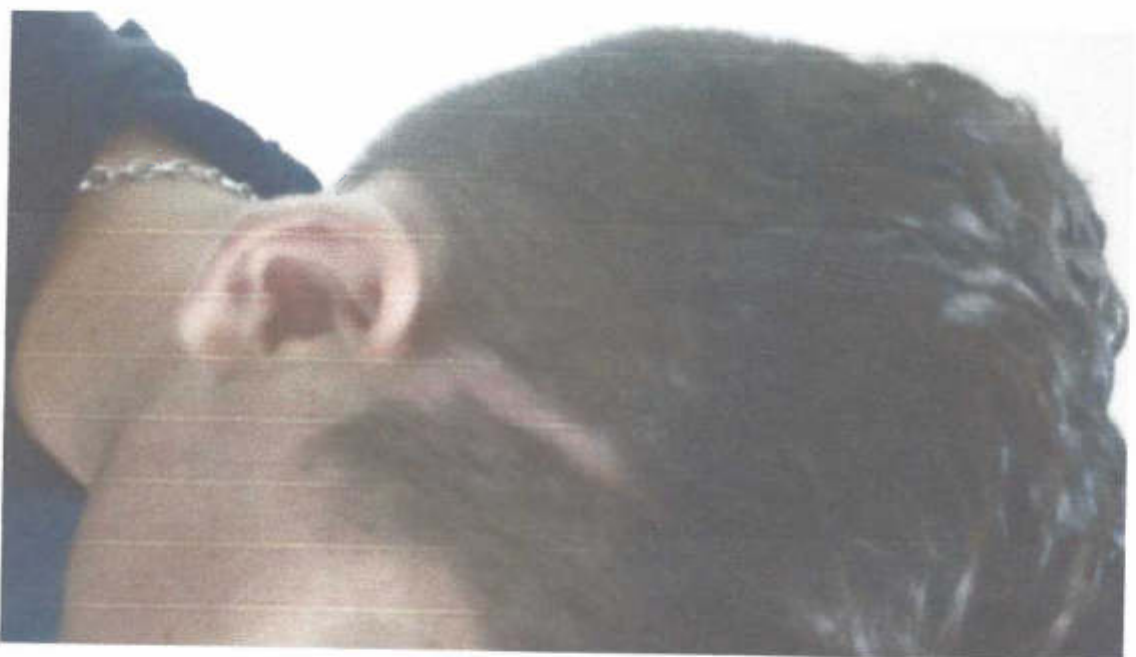
Baixar



Tela inteira



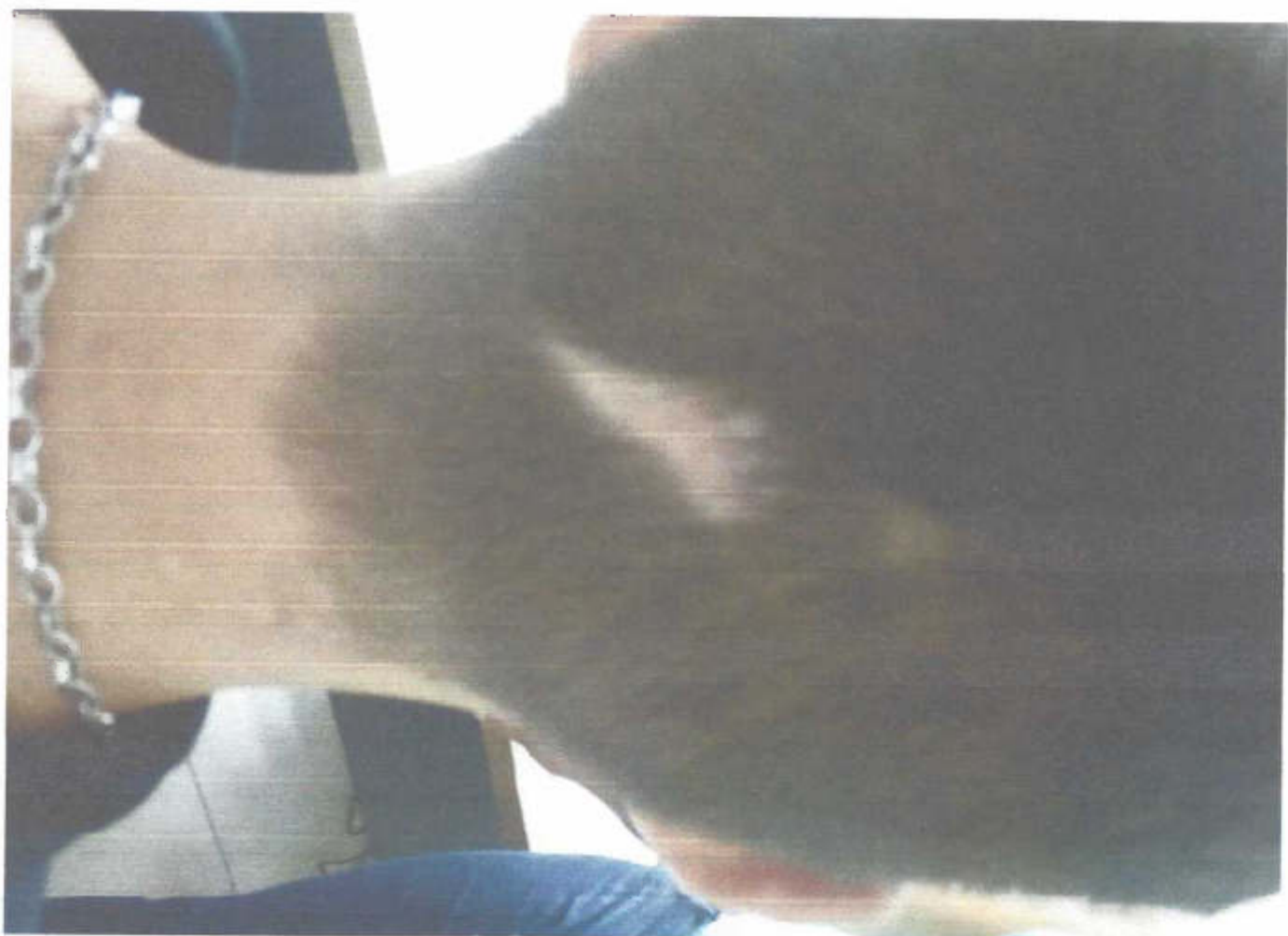
Imprimir



 Mostrar email







Idade: 14A
Sexo: F
150

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alisson da Silva Santos Admissão: 15/01 Leito: 1501 Convênio:

Polimorfismo de 1501
Lesão grave e séria e risco de vida
Faleceu em 15/01/2011

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/01/11	(1) Anest. VO. Lubrific. Respirat.		H. Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D10	(2) Férrea. Sulfonam. 300 mg		Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D10	(3) Vancomicina (300mg + 5.4 ml) - fôrma amarela	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(4) 100ml SE 0.87. EV. 100ml (218.1 mg)	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(5) Imunoglobulina (500mg / 500ml) - 500ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(6) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(7) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(8) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(9) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(10) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(11) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(12) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(13) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(14) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(15) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(16) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(17) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(18) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(19) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(20) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(21) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011
D1	(22) 100ml (100mg + 100ml) - 100ml	7h	Sobrevivente. Faleceu em 15/01/2011

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: ALYSSA C. SILVA SANTOS Alojamento: Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23-12-2017	P.M.F.		CRANIOLOGIA
24-12-2017	FACIAL - Aplicação de curativo no nariz e lábios com curativo de proteção e limpeza da ferida com solução fisiológica e pomada antibiótica.		P.O. com curativo de TCE com curativo de proteção e limpeza da ferida com solução fisiológica e pomada antibiótica.
	T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.		T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.
	P.O. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.		P.O. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.
	T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.		T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.
	P.O. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.		P.O. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.
	T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.		T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.
	P.O. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.		P.O. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.
	T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.		T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.
	P.O. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.		P.O. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.
	T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.		T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.
	P.O. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.		P.O. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.
	T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.		T.E. - febre controlada com paracetamol 1g a cada 6h.

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

16 anos
Adriana de Oliveira Lima

Admissão

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Admissão

- 1) Dor de cabeça
- 2) SNG 1600ml
- 3) Ventilação mecânica
- 4) Monitoragem cardíaca + oximétrica de pulso
- 5) Hidratação da pele

1) Dor de cabeça

2) SNG 1600ml

3) Ventilação mecânica

4) Monitoragem cardíaca + oximétrica de pulso

5) Hidratação da pele

6) Dor de cabeça

Política

Dor de cabeça

Monitoramento de sinais vitais

Monitoramento de sinais vitais

Monitoramento de sinais vitais

Monitoramento de sinais vitais

Monitoramento de sinais vitais

Monitoramento de sinais vitais

Monitoramento de sinais vitais

Monitoramento de sinais vitais

Monitoramento de sinais vitais

GOVERNO
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLÓGICA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDIS

UTI ROSA

LEITO 13

10/12/2017		PRESCRIÇÃO		APRATAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1	DIET A/NEO						
2	SE 0,9% 500ml EV 4/4h BAC 125mg/h	10	14	18	22	02	08
3	LEV OFLOXACINO 500mg 1x/3h	10	18	22	26	02	08
4	CLINDAMICINA 600mg + 5 0,9% 100ml EV 6/6h	10	18	22	26	02	08
5	REACTIDINA 100mg 1/5NE 12/12h	10	18	22	26	02	08
6	ONESPITE 200 60mg EV 2x/DIA	10	18	22	26	02	08
7	LASIX 1amp IV ACM	10	18	22	26	02	08
8	ORFING 1/2 1a mp + 440 IV 6/6h ACM	10	18	22	26	02	08
9	MAU-EURON 4mg + AED EV 6/6h ACM	10	18	22	26	02	08
10	DOLOMUNE 100mg + BENCAMIL 250 + 500 9% 100ml IV 6/6h ACM	10	18	22	26	02	08
11	GH50% 30ml EV se HGT < 70mg/dl	10	18	22	26	02	08
12	HGT 6/6h + INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO	10	18	22	26	02	08
13	CLEXANE 40mg SC 1x/DIA ACM	10	18	22	26	02	08
14	HIGIENE ORAL 3x/DIA	10	18	22	26	02	08
15	DICUUTO ELEVADO 30s/ CABEÇA POSIÇÃO NEUTRA	10	18	22	26	02	08
16	TRISID FERRA PIAGI ORAL INTESIVA	10	18	22	26	02	08
17	MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	10	18	22	26	02	08
18		10	18	22	26	02	08
19		10	18	22	26	02	08
20	PARECER DIÁRIO DA PEDIATRIA	10	18	22	26	02	08
21	TRANSFERÊNCIA IMEDIATA P/ UTI PEDIÁTRICA, ASSIM QUE POSSÍVEL	10	18	22	26	02	08
ARTURO		KATYNE / ALZENIR					
MÉDICO		ENFERMEIROS					

10/12/2017 19:50
KATYNE / ALZENIR

19/12/2017

ALYSSON DA SILVA SANTOS

PRESCRIÇÃO

ALPRAZOLAM

DIAGNÓSTICO

Admissão: 08/12/2017
Hora: 14h
Sócio: M
Módulo: 13

1	DIETA LÍQUIDA 500 ml/h + ÁGUA DOS INTERVALOS	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
2	SC 0,9% 300ml EV 6/4h SIC 12/5ml/h	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
3	CLONAZEPAM 30mg + SC 0,9% 100ml EV 6/6h	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
4	VALPROATO DE SÓDIO 500mg + SC 0,9% 100ml EV 12/12h	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
5	CLONAZEPAM 30mg EV 12/12h	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
6	OMEPRAZOL 40mg EV 12/12h	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
7	ASIN 1amp. EV 12/12h	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
8	DIPIRONA 1amp. + ASIN EV 4/4h	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
9	MAUSERON 1mg 1 Amp EV 8/8h ACW	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
10	FORMIDIN 100mg + FENITÓIN 200mg + SC 0,9% 100ml EV SIC ACW	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
11	G-50% 30ml EV se HGT < 70mg/dl	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
12	IGT 6/6h + INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
13	CLEXANE 40mg SC 1x/DIA ACW	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
14	TILATIL 40mg + SC 0,9% 100ml EV 12/12h	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
15	HIGIENE ORAL 3x/DIA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
16	FLUIDOTERAPIA CLONAZEPAM INTRAVENOSA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
17	DECÚBITO ELEVADO 30º/ CÂBEÇA POSIÇÃO NEUTRA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
18	MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMETRICA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
19	PARACETAMOL 300mg 4x/6h	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
20	PARECER DIÁRIO DA PEDIÁTRIA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
21	TRANSFERÊNCIA IMEDIATA P/ UTI PEDIÁTRICA, ASSIM QUE POSSÍVEL	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
ALYSSON		LEIDE GLAUCIA														
MÉDICO		ENFERMEIROS														

Assinatura do Médico
Assinatura da Enfermeira

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: Alisson dos S. Santa UN: _____ PRONT. Nº: _____
NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____
ADMISSÃO: 02/12/17 ALTA: 12/01/18

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Paciente vítima de acidente de trânsito, submetido a cirurgia de urgência.

2. Resultado dos principais exames

TCE Grau (LAD + HSD Parcial / (a. de. frontal));
Múltiplas fraturas de fêmur;
Pneumonia Aspiracional;
3. Evolução e complicações

Pneumonia RPE

4. Terapêuticas realizadas

Corporatômica Capilar + Soro Glicosado

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

TCE + fraturas múltiplas de fêmur + Pneumonia

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Retornar para cirurgia de urgência de fêmur

7. Condições da alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Menorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, 12 de 01 de 18

Roberto Pinheiro
LUIZ GONZAGA FERNANDES
CRD-PB 4369
Responsável pelo resumo

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
02/12/17	UTIP Noite	
	Eleva suspirif	
	Drafa 0	
	Diurese 23ml/kg/16	
	Evac aus	
	Em VMA FiO_2 40 PIP 20	
	PAP 5 RE 14 SpO_2 97%	
	Sedado, empregado, entubado,	
	irritado, inotomato	
	REN 110 g/m PA 108/63(82)	
	MI 11/11	
	Adorno - plano plano	
	Eleva facial c/ transporamento	
	sup m range of direct	
	porqueamento.	
	Orientação da BAF: evita	
	manipulação facial.	
	Não limpar	
	Eduardo Lima de Assis	
	CRM-PC 2486	
	Lima	

FILHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura fechada do fêmur direito
Vol. art. h. (ank)

Paciente: Alisson da Silva Lima | Admissão: 15/09/2023 | Algoritmo: 52144440 | Leito: 1004 | Convênio: ---

Prescrição Médica		Evolução Médica	
Data		Tórax	
17/09/2023		17/09/2023	
17/09/2023 - Paciente em repouso absoluto, com dor no membro superior direito, com dor leve a moderada, com dor leve a moderada, com dor leve a moderada. Prescrição Médica: Analgésico, anti-inflamatório, antibiótico, suporte de gesso.		17/09/2023 - Paciente em repouso absoluto, com dor no membro superior direito, com dor leve a moderada, com dor leve a moderada, com dor leve a moderada. Prescrição Médica: Analgésico, anti-inflamatório, antibiótico, suporte de gesso.	
18/09/2023		18/09/2023	
18/09/2023 - Paciente em repouso absoluto, com dor no membro superior direito, com dor leve a moderada, com dor leve a moderada, com dor leve a moderada. Prescrição Médica: Analgésico, anti-inflamatório, antibiótico, suporte de gesso.		18/09/2023 - Paciente em repouso absoluto, com dor no membro superior direito, com dor leve a moderada, com dor leve a moderada, com dor leve a moderada. Prescrição Médica: Analgésico, anti-inflamatório, antibiótico, suporte de gesso.	

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Inf. subaguda da tuberculose
do tipo 2

Paciente: Wesley de Sousa Silva Alojamento: 1201 Leito: 1 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
15/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
16/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
17/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
18/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
19/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
20/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
21/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
22/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
23/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
24/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
25/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
26/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
27/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
28/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
29/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
30/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
31/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
01/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
02/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
03/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
04/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
05/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
06/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
07/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
08/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg

Diagnóstico

part. I would like to see
to do for

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Parente	Alojamento	Le D. 1.256	Corrigido
<i>Handwritten signature</i>			

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alexsandro Silva Santos Admissão: 19/07/2023 Leito: 133 Convênio: União

Idade: 14 Anos
Peso: 40,6 kg

Prontuário: 158.000.000.000.000
TCE: gravel, resins, placa, 5 pontos PSS-TCE /
ITD com placa / resins, placas por 14cm /
placa de (trans) de 2cm de

Data		Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
CC ou IE				#	Relatório #
1.	Medic. no uso - presc.				Falta da radiografia
2.	IN: 95 ST 475ml				Por cuidados de EMT
	NOX 200 4ml	EV 6h			
	KCL 40 4ml				
3.	Vancomicina 1500mg + 500mg (500mg) - 100mg 6h				Solução de 100mg 6h
4.	100mg 300mg EV Lento 6h				medic. de 100mg 6h
5.	Vancomicina (500mg) - 100mg 6h				
6.	EV 6h de 100mg 6h de 100mg 6h de 100mg 6h				
7.	Chloramphenicol 400mg + 100mg de 100mg 6h				
8.	EV 6h de 100mg 6h de 100mg 6h de 100mg 6h				
9.	Clonazepam 0,5mg 2x				
10.	Clonazepam 0,5mg 2x				
11.	Clonazepam 0,5mg 2x				
12.	Clonazepam 0,5mg 2x				
13.	Clonazepam 0,5mg 2x				
14.	Clonazepam 0,5mg 2x				



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

19A
20/5/20

Resumo (Pr. Cirúrgico) e exames feitos 17/5
exames laboratoriais: glicose 125 mg/dl, TO 20 mmHg
temperatura por 100/110 mmHg, pressão 100/70
deglutir bem.

Paciente: ALVES, DR. GILVA SANTOS

Alojamento: 1501

Leito: 1501

Convenção: 1501

Prescrição Médica

Horário

Exatidão Médica

04.01.18 1. Bula no 100 - 100 mg

2. IV: 500 mg 4x/dia

3. IV: 200 mg 4x/dia

4. IV: 4x/dia

5. 3. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia +

6. 100 mg 4x/dia, EV 100 mg 4x/dia

7. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

8. 100 mg 4x/dia

9. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

10. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

11. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

12. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

13. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

14. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

15. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

16. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

17. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

18. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

19. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

20. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

21. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

22. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

23. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

24. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

25. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

26. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

27. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

28. 100 mg 4x/dia (500 mg + 500 mg) - 100 mg 4x/dia

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

14a
40,6 kgPoutragem 18x vômito e diarreia +
TCE grave (neuropraxia elétrica pós-TCE)
ITU complicada (crômico) por ura
Uretero da pressão sanguínea 3

Paciente Ausente do sistema

Alojamento ISOI

Leito

Convênio

Prescrição Médica

número

Evolução Médica

Data

03.07.18 1. Medicação - Prescrição

2. Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Medicação - Prescrição

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

NOME: Alisson Silva Santos

IDADE: 11 An

PESO: 60 kg

Hipóteses diagnósticas

Diagnóstico	Data de início	Data da resolução
Ressecamento das Amígdalas de Morte		
TIA - 2016		
Hematomas Superficiais - Frontal		
Fraturas múltiplas em Face		
Fracturas de Esqueleto		

Procedimentos Invasivos

Tipo de procedimento	Data de inserção	Responsável	Data de retirada
TOT	02/12/17		
AVC - VSD	02/12/17		

Tabela de uso de antimicrobianos

Tipo de antimicrobiano	Data de início	Data do fim	Motivo
Clotrimazol	04/12/17		
Levofloxacina	04/12/17		

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 11/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 12/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 13/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 14/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 15/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 16/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 17/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 18/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 19/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 20/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 21/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 1 / 1

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

 SUS	Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CID	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIALIZADO		4 - CID	

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Alisson da Silva Santos</i>		6 - SPDO MINUTIA 43	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - TELEFONE DO CONTATO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - CID DO DOENÇA	
13 - MARCA DO RESUMO		14 - CID DO DOENÇA	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		19 - CID DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MEDICINA		21 - CID DO PROCEDIMENTO - MEDICINA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID DO DOENÇA	
24 - CID DO DOENÇA		25 - CID DO DOENÇA	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		27 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		29 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>TC e exame Neuropatia Óptica Anterior???</i>		37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>BAU @ + RF AIH direto ao médico</i>	
--	--	---	--

PROFISSIONAL SOLICITANTE		38 - DATA DE SOLICITAÇÃO <i>24/12/17</i>	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO		43 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		45 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
46 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		47 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

NOME: ALISSON DA SILVA SANTOS

SEXO: M

IDADE: 14 ANOS

DATA NASCIMENTO: 10/03/2003

PRONTUÁRIO: 1554270

ADMISSÃO (UTI): 08/12/17

LEITO: 13

ADMISSÃO HOSPITAL: 02/12/17

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1.	POLITRAUMA
2.	TCE GRAVE → LAD/HSD FRONTAL / CONTUSÃO FRONTAL / HEMOVENTRÍCULO
3.	MULTIPLAS FRATURAS DE FACE
4.	PO LE (BRANCA?)
5.	PÓS PCR (02/12/17)
6.	PNEUMONIA ASPIRATIVA
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

CONTROLE MEDICAÇÕES

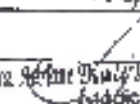
Medicação	Via Administração	Dose	Início	Término
LEVOFLOXACINO	EV	500MG		
CLINDAMICINA 150MG	EV	8/8H		



NOME:	Alisson da Silva Santos		N.º PRONTUÁRIO
	UTI	ENF.	LETO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a faz.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
06.01.18	# EVOLUÇÃO PEDIÁTRICA # 36 ° DIA Idade: 14a. Peso: 40,6 kg HD: Politraumatismo TCE grave + Fr. oróbito e ossos do face BAV em CE (neuropatia óptica p63-TCE?) ITU complicada Colonização por KPC (cultura sem TOT) Em uso de Vancomicina 500mg/kg/d - BID Feg uso de: Levofloxacino - BID Controles DT=RTG Restante dos controles não anota- dos pela enfermagem.	
	Evolução: Paciente segue internado em leito comum da enfermagem, respirando em ar ambiente, sono e apetite preservados diurese e evacuações presentes e fisiológicas. Queixa-se de dor abdominal.	
	No exam: CGR. consciente, orientado, anicticos, acia- nótico, normotensa, hidratado e apnéia ao tosse. RCV: RCR em ET, BNF, S1 Sopro AR- MV + em ARI, S1 RA ABD+ PUA +, crepites nucleares, plúrio flácido, depres- sível, doloroso à palpação superficial e profunda ven- tral, S1H: visceromegalias palpáveis. MMII: Sem edema, presença de escorições e sinais de pressão grave + em calcâneo da	

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	# EXAMES #	
	24.01.18 - PB 11,3 H+ 34 UNIC 7.000 BE 508 P109.225.000	
	U22 CRO.4 TAP 24 TAP 47 CLING NA 43 CA 1,23	
	K4,9 + P 14,95 TPA 245	
	cd: Condições mantidas	
	Aguarda término do voo - B21.	
	 António José Gomes CRP 6107	

NOME: <u>Alisson da Silva Santos</u>	N.º PRONTUÁRIO	
UTI	ENC. <u>isol</u>	LEITO

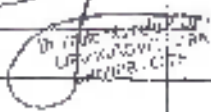
Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
29/12/13	EVOLUÇÃO DIÁRIA - 28º dia - idade: 14 - Peso: 60 kg - HD: Polimiosarcoma - TCE grave - Fr. crânio e base do crânio - BAV em OE (Neuroma e/ou NF-TC?) - ITU complicada - Colostomia por KPC (coluna no momento de TET) - FEM 12/12 - Veneoclise 60g/Kg/dia - D13 - Imunização SDF 12/12 - D4 - Controles: T=37° no 45h - Demais exames em andamento no Pronto-Socorro - Inesistível: AVB em MSF - EVOLUÇÃO: Paciente segue em leito isolado, respirando AR, com BAV aumentada da última VD, com sinais fisiológicos, com Níveis ④ e ⑤ e ⑥ e ⑦ sem necessidade de SOT que em 1m - sem febre, taquicardia de 44bpm, ainda não demandada mais nas vitais 24h constante saturação e Hct de 27 com vitais constantes a aproximadamente vitais em presença em cuidados diários (Grav II) sem quadro de agravamento. - Exame físico: ECR, consciente, orientado (mas ainda não sabe falar), normotensa, hidratado, asséptico no trato. - AR: MV+ART, sem RA; cianótico, FR=10l/min, SpO ₂ =95% em AR - ACV: ECR em 2T, ACNE, SL, sem, FC=100bpm - Absc: semiduros, BHA, não turgor, depressível, com dor moderada a palpar no abdome em nível superior IV abdominal, sem sinais de perfuração. - Exames: urina, soro, sem urina. Paciente em MIO (+14h) - Última por pressão em colostomia ④ (Grav II)	



NOME: <u>Glisson da Silva Santos</u>		N.º PRONTUÁRIO	
UTI		LEITO	LEITO
		9	3

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pela profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
24/02/2007	Pelo E.P.D. man. PO <u>trabalho</u> a destruição <u>de</u> <u>man.</u> por <u>destruição</u> <u>de</u> <u>man.</u> + 100 <u>gras</u>, <u>destruição</u> <u>de</u> <u>man.</u> <u>trabalho</u> <u>de</u> <u>man.</u> <u>trabalho</u> <u>de</u> <u>man.</u>	



NOME:	ALISSON DA SILVA SANTOS		
UTI	RE. PRECATÓRIO	ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
------	----------	---------

02/12/19 15h	Id: P: 1º QUTIP: Politraumático Fratura de Face. + TCE (HSD)	
-----------------	---	--

Adolescente politraumatizado
Vítima de colisão entre motos
procedente do Centro Clínico
Gravemente ferido submetido a tempo
necrosado total de pernas rasadas
(p/ fratura cominativa de face)
+ laparotomia de urgência
Recebeu várias bolsas de hemotransfusão
Em VMA (TOT=8,5) FIO₂ 40% PIP 20
PEEP 5 FC 15 q SPQ 100%.

Sedado, eufórico, entubado,
hidratado, normotenso
Rin.

RM: MM RO Spr. PA 41x65 (82)

Abdomen - plano físico
FO Lúpus

Membros - não edemaciados
Edema facial

eq: VMA + oxigenação + hidratação
analgesia + antibiótico + furosemida
VIGILANTE

Edgardo Lira de Assis
CRM-PE 7740

Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 02/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa do contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Coleção extra-axial em região frontal esquerda, medindo 1,1 cm, sugerindo hematoma extradural.
- Múltiplos focos corticais hiperdensos em região frontal bilateral, com halo hipodenso de edema, sugerindo contusões cerebrais hemorrágicas.
- As lesões à esquerda promovem em conjunto compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo, sem desvio das estruturas da linha média.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anômico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano.
- Presença de fraturas crânio-faciais, conforme descrito abaixo:
 - o No osso frontal existe fratura cominutiva, com afundamento de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte orbital do frontal, etmóide e esfenoide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura cominutiva, com comprometimento dos ossos nasais, seios frontais e parede medial das órbitas.
 - o No seio maxilar direito existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o No seio maxilar esquerdo existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o Na órbita direita existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o Na órbita esquerda existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o No palato duro existe fratura na linha média, sem desalinhamento.
 - o Presença de hemossinus em seios paranasais.

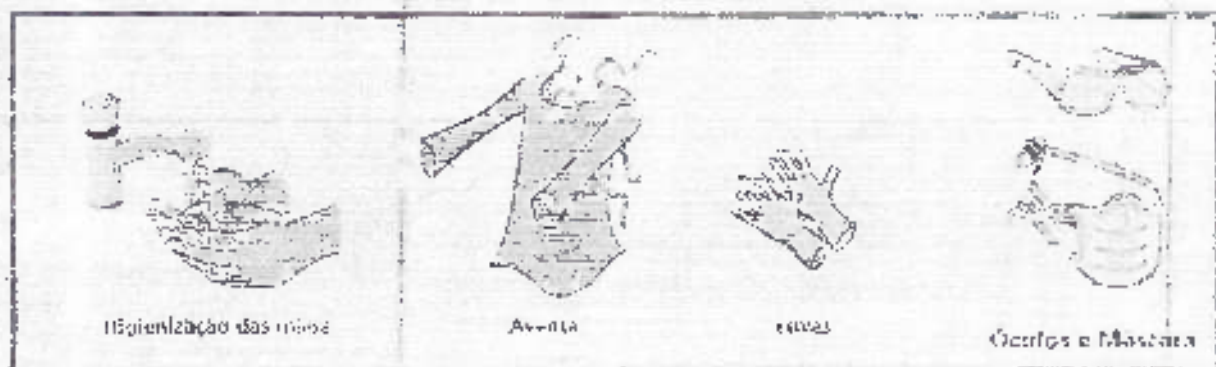
Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega
CRM/PE: 6481



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

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

ATENÇÃO! PRECAUÇÕES PADRÃO/CONTATO*



*até a alta hospitalar

Paciente:

Alisson da Silva Santos

Material coletado: Sec.traqueal

Klebsiella pneumoniae - KPC
(Cepo possivelmente produtor de carbapenemase)
(Teste de hidrizer positivo)

Obs.: Esta sinalização deve permanecer no prontuário do paciente durante todo o período de sua internação!

Informações e/ou dúvidas: RAMAL - 5867 (CCIH)

Data: 22/12/18

Hospital de Emergência e Trauma
Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Favreiros - Campina Grande/PB

Revisão





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Alisson da Silva Santos Idade: _____ anos

Exame: Urg. Ab. Geral Data: 24/11/12

Médico solicitante: _____ Sexo: masculino

RELATÓRIO



FÍGADO: ☒ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☒ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☒ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☒ Normal ☐ Alterado

BAÇO: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM DIR.: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM ESQ.: ☒ Normal ☐ Alterado

BEXIGA: ☐ Normal ☐ Alterado

Outras observações:

*Coleção focal
inflada no seu interior.
Presença de líquido
livre.*

CONCLUSÃO

*Dr. [Assinatura]
[Assinatura]*

Campina Grande, 24/11/12



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CATEGORIA	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		4 - ENDEREÇO	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - RUA DO PACIENTE	
7 - DATA DE NASCIMENTO		8 - SEXO	
9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL		12 - CIDADE DO RESPONSÁVEL	
13 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIM)			

14 - DEBENEFICIÁRIO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		15 - CID DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - VARIANTE		17 - CID DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
18 - NOME DO RESPONSÁVEL		19 - CID DO PROCEDIMENTO	
20 - CID DO PROCEDIMENTO		21 - CID DO PROCEDIMENTO	

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		23 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		25 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		27 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		29 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

30 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
-----------------------------------	--

31 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		32 - DATA DE ASSINATURA	
33 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		34 - DATA DE ASSINATURA	

35 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		36 - DATA DE ASSINATURA	
37 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		38 - DATA DE ASSINATURA	

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CATEGORIA	
3 - NÚMERO DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE		4 - CATEGORIA	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5.1 - NOME DO PACIENTE			
6 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		7 - DATA DE NASCIMENTO	
8 - NOME DA MÃE (ou do pai)		9 - SEXO	
10 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (RG)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)		13 - CID - 10 PRIMÁRIO	
14 - CID - 10 SECUNDÁRIO		15 - CID - 10 OUTRO	

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIORMENTE		18 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		20 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		22 - CID - 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID - 10 OUTRO		24 - CID - 10 OUTRO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		26 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
27 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI COM DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		28 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DATA DE INÍCIO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DATA DE TÉRMINO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa da solicitação:

PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		37 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
38 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
40 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO		41 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO	

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		43 - DATA DE AUTORIZAÇÃO	
44 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
46 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO		47 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO	



	Sistema União da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2

Identificação de Estabelecimento de Saúde Nome do Estabelecimento de Saúde:		2 - CRES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		4 - CRES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Juliana da Silva Santos</i>		6 - NOME DO PROLÁBIO	
7 - DATA NACIONAL DE SAÚDE (DNIS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masculino ☐ Feminino ☒
10 - NOME DA VALOR RESPONSÁVEL		11 - TIPO DE CONTATO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO DA VALOR RESPONSÁVEL		13 - ENDEREÇO DA VALOR RESPONSÁVEL	
14 - ENDEREÇO DA VALOR RESPONSÁVEL		15 - ENDEREÇO DA VALOR RESPONSÁVEL	

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AMI) -

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
17 - PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIORMENTE		18 - CÓD. DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIORMENTE	
19 - PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		20 - CÓD. DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	
21 - CATEGORIA DE PROCEDIMENTO	22 - CÓD. DE PROCEDIMENTO	23 - CÓD. DE PROCEDIMENTO	24 - CÓD. DE PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TC de exclusão de contaminação</i>		26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
27 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO IV ☐			
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

34 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente politraumatizado com TCE grave, portador de fratura bilateral de fêmur. Última TC no dia 02/12/17.

PROFISSIONAL SOLICITANTE		35 - DATA DE SOLICITAÇÃO 09/12/17
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>ELIANE MORAES FERNANDES</i>	37 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	38 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO
39 - DOCUMENTO 1035 1035	40 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO	41 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO		42 - DATA DE SOLICITAÇÃO
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	44 - CÓD. CBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45 - DATA DE SOLICITAÇÃO
46 - DOCUMENTO 1035 1035	47 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	48 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		1.2 - ENDEREÇO	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE		2.1 - ENDEREÇO	
3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3.1 - NOME DO PACIENTE <u>Alisson de Silva Santos</u>		3.2 - Nº DO REGISTRO	
4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		5 - SEXO 5.1 - MASCULINO ☐ 5.2 - FEMININO ☒	
6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - DATA DE NASCIMENTO	
8 - ENDEREÇO DO ALMOGADO		9 - ENDEREÇO DO ALMOGADO	
10 - ENDEREÇO DO ALMOGADO		11 - ENDEREÇO DO ALMOGADO	
12 - ENDEREÇO DO ALMOGADO		13 - ENDEREÇO DO ALMOGADO	
14 - ENDEREÇO DO ALMOGADO		15 - ENDEREÇO DO ALMOGADO	
16 - ENDEREÇO DO ALMOGADO		17 - ENDEREÇO DO ALMOGADO	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AMI)	
---	--

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIORMENTE	
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	
20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
21 - DATA DE INÍCIO	
22 - DATA DE TÉRMINO	
23 - DATA DE INÍCIO	
24 - DATA DE TÉRMINO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
26 - DATA DE INÍCIO	
27 - DATA DE TÉRMINO	
28 - DATA DE INÍCIO	
29 - DATA DE TÉRMINO	
30 - DATA DE INÍCIO	
31 - DATA DE TÉRMINO	
32 - DATA DE INÍCIO	
33 - DATA DE TÉRMINO	
34 - DATA DE INÍCIO	
35 - DATA DE TÉRMINO	

36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
3º grau laparot. explorat + extirpamento de linfa, apresentando linfonodo metastático na USG A24, lesão de ducto linfático? Cistite de quilo? lesão de ducto de Wirsung.	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <u>Quelton Franco</u>	
38 - DATA DE ASSINATURA <u>10/12/17</u>	
39 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
40 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO	
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
42 - DATA DE ASSINATURA	
43 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
44 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	

 SUS Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CIDES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4 - CIDES	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5.1 - NOME DO PACIENTE ALISSON DA SILVA SANTOS			
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		7 - DATA DE NASCIMENTO	
8 - NOME DO RESPONSÁVEL		9 - TELEFONE DO SUJEITO	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - CID	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		13 - UF	

14 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ATUAL		16 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		18 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
19 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO POLITRAUMATISMO		20 - CID - O PRINCIPAL	
21 - CID - O SECUNDÁRIO		22 - CID - O TERCIO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC DE CRÂNIO SIMPLES		24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TOMOGRAFIA		26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL REALIZADA EM: 11/12/2017		28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
29 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO		30 - CID - O PRINCIPAL	
31 - CID - O SECUNDÁRIO		32 - CID - O TERCIO	

33 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO * HED FRONTAL / LAD / HEMIOVENTRÍCULO * CONTROLE EVOLUTIVO	
--	--

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ARTURO FERNANDO PEREZ NOGALES		35 - DATA DE ASSINATURA 11/12/2017	
36 - DOCUMENTO 36.1 - DOCUMENTO CREDENCIAMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 36.2 - CIDES		37 - ASSINATURA E CAPSULA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		39 - DATA DE ASSINATURA	
40 - ASSINATURA E CAPSULA DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		41 - DATA DE ASSINATURA	

SUS	Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
-----	------------------------------	---------------------------	---	--------------

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
2 - NOME DO ESTADO DE ORIGINAMENTO		3 - CIDADE	
Identificação do Paciente			
4 - NOME DO PACIENTE Everardo Bonfio Augusto		5 - Nº DO PROCTUÁRIO	
6 - DATA DO NASCIMENTO		7 - Nº DO	
8 - ALCE DA SAÚDE DO PACIENTE		9 - TUBERÍCULO DO PACIENTE	
10 - ENDEREÇO DO PACIENTE		11 - CIDADE DO PACIENTE	
12 - CIDADE DO PACIENTE		13 - CEP	
14 - CIDADE DO PACIENTE		15 - CEP	
16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		18 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - NOVA		20 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - NOVO	
21 - DIAGNÓSTICO II		22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO	
23 - CÓD. DO PROCEDIMENTO		24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Tomografia de crânio e orbitas		26 - Nº DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
27 - SOLICITANTE (NOME DO TCE OU DE OUTRO ACOMPANHANTE)		28 - Nº DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
29 - DATA DE ACOMPANHANTE		30 - DATA DE UTI TIPO II	
31 - DATA DE UTI TIPO II		32 - DATA DE UTI TIPO II	
33 - DATA DE UTI TIPO II		34 - DATA DE UTI TIPO II	
35 - DATA DE UTI TIPO II		36 - DATA DE UTI TIPO II	
37 - DATA DE UTI TIPO II		38 - DATA DE UTI TIPO II	

39 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO TCE novo neuropatia óptica transtorno?? BAV (E) + RFM direito amarelo	
---	--

PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO 13/12/17	
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Flávio Diniz		42 - DATA DE SOLICITAÇÃO 13/12/17	
43 - Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 05938349160		44 - DATA DE SOLICITAÇÃO 13/12/17	
45 - DATA DE SOLICITAÇÃO 13/12/17		46 - DATA DE SOLICITAÇÃO 13/12/17	
47 - DATA DE SOLICITAÇÃO 13/12/17		48 - DATA DE SOLICITAÇÃO 13/12/17	
49 - DATA DE SOLICITAÇÃO 13/12/17		50 - DATA DE SOLICITAÇÃO 13/12/17	

SUS	Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
-----	------------------------------	---------------------------	---	--------------

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - ENDEREÇO
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	4 - CIDADE

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE Everaldo Bonifácio Augusto	6 - NOME DO PROFISSIONAL
7 - IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DO PACIENTE	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - IDADE DO PACIENTE	10 - SEXO
11 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DO RESPONSÁVEL
13 - ENDEREÇO DO PACIENTE	14 - CIDADE DO PACIENTE
15 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL	16 - CIDADE DO RESPONSÁVEL

17 - CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
22 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO	23 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO
24 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO	25 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
28 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
TCE grave. Nemofalip optica homotica?? BAV (OE) + RFM direto imediato.

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Ricardo Diniz	38 - DATA DE EMISSÃO 13/12/14
39 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
41 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	42 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
43 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	44 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
45 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	46 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

GOVERNO
DA PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ GONZÁLES FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONTI (B.E) Nº 1554270

CLAS. DE RISCO: VERMELHO

TOMOCINATIA
REALIZADA EM

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ GONZÁLES FERNANDES

Av. Bial Figueira Pinheiro, 4700 - Médicos: Companhia Ernesto - RJ, CEP: 55022-909

Bairro: T. de Oliveira (Jardim) - Maracá 02

Atendimento: Clínica De Ortopedia e Trauma

Data: 02/12/2017

PACIENTE: ALISSON DA SILVA

Número: 510302003

SAINTOS

Telefone: 980413698

Fundação: LAGOA

Cidade: Santo André

Idade: 19

Sexo: F

Nome de Mãe: JACILENE MARISSA DA SILVA

RG: 1000000000000000000

Prof: 5500

CNPJ: 080007261519007

Residência: J. P. M. D. O. S. SANTOS

Data de Nascimento: 02/12/2017

CONVÊNIO: SUS

Médico: J. P. M. D. O. S. SANTOS

Hora: 08:15:00

Especialidade: Ortopedia

Tipo de Lesão: Contusão

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

Mecanismo de Lesão: Queda de altura

Local de Lesão: Tornozelo

Especialidade: Ortopedia

EXAME PRIMÁRIO - História da doença

Cirurgião

História da doença: Queda de altura de cerca de 1,5m de altura, no local de trabalho, em 02/12/2017.

Sintomas: Dor no tornozelo, inchaço, dificuldade para andar.

Exame físico: Dor à palpação, inchaço, vermelhidão.

Exames complementares: Radiografia de tornozelo.

Diagnóstico: Entorse de tornozelo.

Tratamento: Repouso, gelo, elevação do membro.

Prognóstico: Bom.

Exame físico: Dor à palpação, inchaço, vermelhidão.

Exames complementares: Radiografia de tornozelo.

Diagnóstico: Entorse de tornozelo.

Tratamento: Repouso, gelo, elevação do membro.

Prognóstico: Bom.

Exame físico: Dor à palpação, inchaço, vermelhidão.

Exames complementares: Radiografia de tornozelo.

Diagnóstico: Entorse de tornozelo.

Tratamento: Repouso, gelo, elevação do membro.

Prognóstico: Bom.

Exame físico: Dor à palpação, inchaço, vermelhidão.

Exames complementares: Radiografia de tornozelo.

Diagnóstico: Entorse de tornozelo.

Tratamento: Repouso, gelo, elevação do membro.

Prognóstico: Bom.

Exame físico: Dor à palpação, inchaço, vermelhidão.

Exames complementares: Radiografia de tornozelo.

Diagnóstico: Entorse de tornozelo.

Tratamento: Repouso, gelo, elevação do membro.

Prognóstico: Bom.

Exame físico: Dor à palpação, inchaço, vermelhidão.

Exames complementares: Radiografia de tornozelo.

Diagnóstico: Entorse de tornozelo.

EXAME SECUNDÁRIO - PARCEIRO MÉDICO

C: 45h

C: 45h

paciente vítima de acidente de moto ocasiona
com fratura no local da colisão (SAI), há 04hs.
Atende primeiramente, sendo dada a via de vida.

RA = 75.1.15 mmHg FC = 156 bpm Hipertensão

ABO: B/ama, Rh+ (se não for)

Primeira estadia no SAI. Ligando protina de fibrina

TC Abdome: (seja a primeira protina de fibrina)

TC Saco: (seja a primeira protina de fibrina)
Hb = 3.4 Hto 33.4%

CD: Registra 08h de fibrina (TC 0.00)

Exame de urina: (seja a primeira protina de fibrina)
Hb = 3.4 Hto 33.4%

DESTINO DO PACIENTE: / / às / hs.

() Centro Cirúrgico

() Pronto Soc. (Socor.)

() Transferência a outro SETOR: 415/114

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário):
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário):

DATA	09/12/2017
HORA	15h
LOCAL	SAI
EXAME	TC
RESULTADO	0.00

DATA	09/12/2017
HORA	15h
LOCAL	SAI
EXAME	TC
RESULTADO	0.00

Exame de urina: (seja a primeira protina de fibrina)
Hb = 3.4 Hto 33.4%

CODIGO DO PACIENTE

CD

ICAD

BMT



GOVERNO
DA FARRAIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Allison dos Santos		
End:	São Carlos	Bairro:	São José
Data de Nascimento:	16-03-03	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidose	Data do Atendimento:	02-10-13
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

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

Estratificação

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Verde - atendimento até 4 horas

Assinatura e carimbo do profissional



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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Alison de Sousa Santos			
Data da Operação	02/12/2022	Enf.	Leito
Operador	Everson Farias	1º Auxiliar	Instrumentador
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesiado	Levin Catão	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		Polipólio TCR fove 4 de 12.5mm	
Tipo de Operação		Polipólio TCR fove 4 de 12.5mm	
Diagnóstico Pós-Operatório		Polipólio TCR fove 4 de 12.5mm	
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Enxugado - Aspecto Viscoso

- Anest + Antimicrob
- Colocar o cor. de fora
- Técnica de sutura - intervenção - pele e tes
- Morte - por plasma
- Fecundação - Espina - Aquilão - Placenta
- Sutura - sutura - sutura de fundo
- Aspiração - Cuidado - e o. de limpeza
- Cuidado - e o. de limpeza
- Fecundação - por plasma
- Cuidado

Intervenção Ativa no Cuidado do Nascimento - Sutura - Sutura - Sutura

Intervenção Ativa no Cuidado do Nascimento - Sutura - Sutura - Sutura

Hospitais de Emergência : Trauma de Cabeça : Grandes

$$\text{PEHMDI} \cdot \text{D} \cdot \text{P}(\text{K}^+ \text{H}^+ \text{O} \text{C} \text{N} \text{C} \text{N} \text{O} \text{C} \text{H})_n \text{O} \text{C} \text{H}$$

50 60 70 80 90

346 *Journal of Management Inquiry* 16(3)

201 214 22 11

附錄 17 YCE

~~CONFIDENTIAL - CLASSIFIED~~

Resolução 1997/13 da Comissão de Grande

[illegible]

96 12 17

1. *Chlorophyll a* (Chl *a*)













[illegible]

Percentage of the population aged 15 and over who are illiterate

1950 1960 1970 1980

Legend: — Percentage of the population aged 15 and over who are illiterate; - - - Percentage of the population aged 15 and over who are illiterate in 1950

Approximate data points from the graph:

Country	1950 (%)	1960 (%)	1970 (%)	1980 (%)
Algeria	~85	~75	~65	~55
Angola	~85	~75	~65	~55
Argentina	~85	~75	~65	~55
Australia	~85	~75	~65	~55
Austria	~85	~75	~65	~55
Bahamas	~85	~75	~65	~55
Bangladesh	~85	~75	~65	~55
Barbados	~85	~75	~65	~55
Belize	~85	~75	~65	~55
Bhutan	~85	~75	~65	~55
Bolivia	~85	~75	~65	~55
Bosnia and Herzegovina	~85	~75	~65	~55
Brazil	~85	~75	~65	~55
Bulgaria	~85	~75	~65	~55
Burkina Faso	~85	~75	~65	~55
Burundi	~85	~75	~65	~55
Cameroon	~85	~75	~65	~55
Canada	~85	~75	~65	~55
Cape Verde	~85	~75	~65	~55
Cayman Islands	~85	~75	~65	~55
Czechia	~85	~75	~65	~55
Dominica	~85	~75	~65	~55
Dominican Republic	~85	~75	~65	~55
Ecuador	~85	~75	~65	~55
Egypt	~85	~75	~65	~55
El Salvador	~85	~75	~65	~55
Equatorial Guinea	~85	~75	~65	~55
Eritrea	~85	~75	~65	~55
Estonia	~85	~75	~65	~55
Fiji	~85	~75	~65	~55
Finland	~85	~75	~65	~55
France	~85	~75	~65	~55
Gabon	~85	~75	~65	~55
Gambia	~85	~75	~65	~55
Germany	~85	~75	~65	~55
Ghana	~85	~75	~65	~55
Greece	~85	~75	~65	~55
Guatemala	~85	~75	~65	~55
Honduras	~85	~75	~65	~55
Hungary	~85	~75	~65	~55
Iceland	~85	~75	~65	~55
India	~85	~75	~65	~55
Indonesia	~85	~75	~65	~55
Iran	~85	~75	~65	~55
Ireland	~85	~75	~65	~55
Israel	~85	~75	~65	~55
Italy	~85	~75	~65	~55
Jamaica	~85	~75	~65	~55
Japan	~85	~75	~65	~55
Jordan	~85	~75	~65	~55
Kazakhstan	~85	~75	~65	~55
Kenya	~85	~75	~65	~55
Korea	~85	~75	~65	~55
Kuwait	~85	~75	~65	~55
Latvia	~85	~75	~65	~55
Lebanon	~85	~75	~65	~55
Lesotho	~85	~75	~65	~55
Lithuania	~85	~75	~65	~55
Luxembourg	~85	~75	~65	~55
Macao	~85	~75	~65	~55
Madagascar	~85	~75	~65	~55
Malawi	~85	~75	~65	~55
Malaysia	~85	~75	~65	~55
Mali	~85	~75	~65	~55
Malta	~85	~75	~65	~55
Mexico	~85	~75	~65	~55
Moldova	~85	~75	~65	~55
Morocco	~85	~75	~65	~55
Mozambique	~85	~75	~65	~55
Nicaragua	~85	~75	~65	~55
Niger	~85	~75	~65	~55
Nigeria	~85	~75	~65	~55
North Macedonia	~85	~75	~65	~55
Norway	~85	~75	~65	~55

100-443887-100

22

Journal of Management Inquiry 23(1) 3-17

DATE: 10/10/2014

24

(continued)

.....

10/10/19

1576

_____ **Oliver** _____

Registered in Pennsylvania: Training to Save • 000000

PROPERTY OF: Adrian S. M.

2014/04/14

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

Fig. 3. Δ vs. Δ for the Δ vs. Δ plot.

Percentage of population aged 65 and over

Year

U.S.

19.0000

— 22 —

3.1.1. *Construction of the Space of Bump Functions*

Figure 1. The effect of the concentration of the polymer on the gelation time of the polymer solution.

Figure 1. The effect of the concentration of the solution on the adsorption of the dye.

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

DOI: 10.1002/for

.....

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

Paciente: Aílson da Silva Santos

Data do Exame: 28/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio e Órbitas

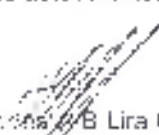
Técnica:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a injeção endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE

Análise:

- Hipotenuação do espaço basal dos lobos frontais por edematosos.
- Trajeto com atenuação semelhante à do LCR (unifalcomatária) estendendo-se desde a cortical do lobo frontal esquerdo até o nível do cornu frontal do ventrículo lateral esquerdo.
- Pequena quantidade de material hemático depositado no cornu occipital do ventrículo lateral esquerdo.
- Discreta proeminência do espaço extra-axial bifrontal
- Estruturas da fossa posterior preservadas
- Aspecto anatômico das cisternas basais
- Fratura cominutiva do nariz frontal acometendo os seios frontais e estendendo-se às paredes mediais e laterais das órbitas, parede lateral da órbita esquerda, células etmoidais, osso nasal, paredes dos seios maxilares e processo alveolar da maxila.
- Globos oculares simétricos e de dimensões normais, contornos regulares e bem definidos, não havendo evidências de lesões intra-oculares
- Nervos ópticos simétricos, de calibre e curso naturais
- Gordura retro-bulbar preservada.
- Musculatura extrínseca sem alterações detectáveis.


Dr. Argemiro de B. Lira CRM: 7197
Médico Radiologista

Paciente: Alisson da Silva Santos

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada do Abdomem Total

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a injeção endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Indicação: Trauma abdominal fechado.

Análise:

- Pequena quantidade de líquido livre peri-hepático, peresplênico e na escavação pélvica.
- Atenuação e volume normais do fígado.
- Bazo de atenuação homogênea e dimensões normais.
- Vesícula biliar de topografia normal, conteúdo homogêneo.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Rins de alongação, forma, volume e topografia normais.
- Bexiga de forma, volume, contornos e situação normais.
- Alças delgadas e colônias de calças e distribuição habituais. Apêndice cecal de aspecto tomográfico preservado.
- Arco da veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Planos musculares sem modificações patológicas identificáveis.
- Elementos ósseos sem alterações patológicas perceptíveis ao método.
- Nos cortes oblíquos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos posteriores dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.

Impressão Diagnóstica:

- Pequena quantidade de líquido livre abdominal.
- Nos cortes oblíquos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos posteriores dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.


Dra. Wilena Vega
Médica Radiologista
CRM 105517

Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Coleção extra-axial em região frontal esquerda, medindo 0,4 cm, sugerindo hematoma extradural. Múltiplos focos corticais hiperdensos em região frontal bilateral, com halo hipodenso de edema, sugerindo contusões cerebrais hemorrágicas.
- Foco hiperdenso em topografia do núcleo caudado a esquerda, sem efeito de massa, sugerindo hemorragia intraparenquimatosa.
- As lesões à esquerda promovem em conjunto compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo, sem desvio das estruturas da linha média.
- Sinais de herniação de parênquima cerebral do lobo frontal esquerdo, para células estomocais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais, notando-se material hiperdenso no interior dos ventrículos laterais, sugerindo material hemático.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anômico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano.
- Presença de fraturas crânio-faciais, conforme descrito abaixo:
 - o No osso frontal existe fratura cominativa, com comprometimento de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte medial do frontal, etmoides e esfenóide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura cominativa, com comprometimento dos ossos nasais, seios frontais e parede medial das órbitas.
 - o No seio maxilar direito existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-esfemática.
 - o No seio maxilar esquerdo existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-esfemática.
 - o Na órbita direita existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o Na órbita esquerda existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o No galateo duro existe fratura na linha média, sem desalinhamento.
 - o Presença de hemossinus em seios paranasais.

Dr. Arthur José Ventura da Mota
CRM/PR: 6481

Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 08/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

Laudo comparado com o do dia 03/12 tendo as seguintes alterações em relação ao mesmo:

- Acentuada redução da coleção hemática extra axial frontal esquerda, medindo cerca de 0,3 cm no atual estudo.
- Hemovertebra, sem dilatação ventricular relevante.
- Demais achados sem alterações relevantes em relação ao estudo prévio.


Dr. Ygor Barbosa
Médico Radiologista
CRM 11.160



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000298/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000298/19 registrada em 12/12/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos doze dias do mês de dezembro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:47 horas, compareceu a Sra. JACILENE JANUÁRIO DA SILVA, com 32 anos de idade, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, profissão S/N, portadora da Cédula de Identidade Nº 3.236.546, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SITIO LAGOA, S/N, bairro AREA RURAL, na cidade de SANTO ANDRÉ - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 23h55min do dia 01.12.2017, a vítima ALISSON DA SILVA SANTOS, nascido em 10.03.2003, com 16 anos de idade, portador do RG nº 4.893.417 - SSP/PB e CPF nº 135.981.724-78, filho de Fabio Junio dos Santos Trajano e Jacilene da Silva, residente no Sítio Lagoa, área rural de Santo Andre/PB, estava trafegando pela Rodovia Estadual que liga as cidade de Santo Andre/PB a Parari/PB, ocupando como "carona" a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN ES - ano/modelo 2002/2003, cor vermelha, de placa KLD-6042/PB, CHASSI nº 9C2JC30203R111111, licenciada em nome de Acacio Moraes Leite, conduzida pelo Sr. conhecido por Eduardo, quando foram surpreendidos por outra motocicleta, de placa, condutor e outras características não identificadas, que cruzou na frente do condutor, sendo inevitável a colisão lateral, sendo jogados ao solo, resultando em ferimentos graves na vítima ALISSON DA SILVA SANTOS, que foi socorrida por uma ambulância da cidade de Santo Andre/PB e encaminhada para o hospital da cidade, se posteriormente foi transferido pelo Samu sendo posteriormente encaminhada para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme prontuário medico hospitalar em anexo, enquanto que o causador do acidente não prestou socorro e tomou destino ignorado; Que, no momento do acidente não estava chovendo e não existe iluminação no local, não encontrando-se a vítima ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local para realizar os devidos levantamentos técnicos; Que, a comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motocicleta causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. 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 FE.

Campina Grande, Quinta-feira, 12 de Dezembro de 2019

Jacilene Januário da Silva

JACILENE JANUÁRIO DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 609.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0099338/20

3 - CPF da vítima:

135.981.724-78

4 - Nome completo da vítima:

ALISSON DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo:

ALISSON DA SILVA SANTOS

6 - CPF:

135.981.724-78

7 - Profissão:

RECURSOU

8 - Endereço:

SÍTIO LAGOA

9 - Número:

S/Nº

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

SANTO ANDRÉ

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.675-000

15 - E-mail:

RECURSOU

16 - Tel. (DDD):

(83) 9.9614-5663

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:

JACILONE JANUÁRIO DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

069.635.644-93

19 - Profissão do Representante Legal:

RECURSOU

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSOU 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. Apasine uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

00496523

5

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a nascituro)?

☐ 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 (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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SANTO ANDRÉ - 20 DE MARÇO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o usuário **ALISSON DA SILVA SANTOS**, foi socorrido pela equipe de Pronto Atendimento - vítima de acidente de moto na estrada que liga Santo André a Pombal, tendo como ponto de referência a residência de seu Fencelon Medeiros Sobrinho, em data de 26 de Dezembro de 2017, por volta das 23:55 min, feito a estabilização no local. Em seguida foi encaminhado pela equipe do SAMU para a Unidade de referência para o hospital de Trauma Dão Luiz Gonzaga Fernandes – Campina Grande - PB, acompanhado da equipe de enfermagem.

Do que para os devidos fins dou a presente declaração.

Santo André 27 de Novembro de 2019.


ANEIDE NERY LOPES
Secretaria Municipal de Saúde


PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FONE: (83) 3503-1065

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320012572501

VALOR TOTAL:

1.350,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JACILENE JANUARIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000496523

Número da Autenticação

B93436FE409D7BB6



Ligação: MONTAFASCO
 Cliente: RES VCS 2 / RESIDUOS CAVAL. REMOVIDO ML
 Medic: 00013495504

[illegible]

Mostrando 1 resultado 1 a 1 de 1

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Access: www.enr.com, bu

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da

CPF/CNPJ/RANI

Nov / 2019

05/11/2019

05/12/2019

D23.464.014-54

UC (Unidade Consumidora):

5/1596723-5

Canal de contato

Canal de o

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data 07/07/96	Leitura 3410	Data 08/07/96	Leitura 3210				
Demonstrativo							
Consumo	Telex	Var Base C	Var Base R	Var Base C	Var Base R	Var Base C	
Consumo	Telex	Var Base C	Var Base R	Var Base C	Var Base R	Var Base C	
6801	Custo de Disponibilização	20,27	23,77	25	1,02	26,27	0,20
9331	Avio H. Arterial	0,50	0,61	25	0,2	0,50	0,01
1001	Aloj. H. Vermeio	0,04	0,34	25	0,09	0,34	0,01

613 Cédigo de Cuentas de orden	TC AL	24,1	24,11	3,02	24,11	0,50	0,50
Tercer Tributo	0245101						

Media últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
12/11/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 24,11

Histórico do Consumo (kWh)											
S	SA	43	50	70	S.	10	30	2	0	0	0
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19

RESERVADO AO FISCO

e267.7a9d.d033.3c73.f78c.5943.5cd4.8184

[illegible]

Descrição	Valor (R\$)	%
Salário Base do Colaborador	8,15	25,66
Imposto de Renda	0,92	2,77
Seguro de Vida	1,32	3,95
Seguro Saúde	1,32	3,95
Imposto de Renda do Colaborador	7,2	21,88
Custo Serviço	9,17	27,99
Total	28,97	100,00

Standard: ELCC, 100% to 100%; R=100%

ATENÇÃO

ATENÇÃO

Seu computador pode estar infectado por vírus. Constatamos isso através de uma análise realizada em 26/01/2012. Constatamos a presença de vírus e malware no seu computador. O computador pode estar infectado por vírus e malware, o que pode causar danos ao seu sistema. Recomendamos que você faça uma cópia de segurança de seus arquivos e dados importantes para evitar a perda de dados. Recomendamos que você faça uma cópia de segurança de seus arquivos e dados importantes para evitar a perda de dados. Recomendamos que você faça uma cópia de segurança de seus arquivos e dados importantes para evitar a perda de dados.

Estatísticas em atraso

Out 18	23.86
In 10	27.11

Sub 19	27.19
App 19	31.32



Ligação: MONTAFÁSKO
 Cliente: RES V.C.B. / RESID. CACA. REMENDI: ML
 Medico: 00013495004

ENERGIA PAPER DEL DODU-TEEM R&D
Brix, Amy L. amy.l.brix@fl.nrc.gov
CNPIC-9675000-00, Instr. 1804: 0200

Nov. 2007, Outubro de 2007, Edição 14, 000 000 762
 Cód. para Dab. Automático: 000 000 762

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Access: www.energysa.com.au

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da

CPF/CNPJ/RANI

Nov / 2019

05/11/2019

05/12/2019

D23.4E4.414-64

UC (Unidade Consumidora):

5/1596723-5

Canal de contatin

Canal de o

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data 07/07/96	Leitura 3410	Data 08/07/96	Leitura 3210				
Demonstrativo							
Consumo	Taxa	Taxa Base C	Arq	Consumo Base C	Preço	Consumo	
		Unidade (R\$)	kWh (R\$)	C	R\$ (R\$)	R\$ (R\$)	
6601	Custo de Desmontagem	20,27	23,77	25	5,02	26,27	0,27
6601	Auto H. Arterial	0,50	0,61	25	0,2	0,50	0,11
1001	Auto H. Vertebral	0,04	0,34	25	0,09	0,34	0,01

643 Cédigo de Cuentas de orden	TC AL	24,1	24,11	3,02	24,11	0,50	0,50
Tercer Tributo	0245101						

Media últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
12/11/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 24,11

Historico de Consumo (kWh)											
5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Nov16	Dez16	Jan17	Fev17	Mar17	Abr17	Mai17	Jun17	Jul17	Ago17	Set17	Out17

RESERVADO AO FISCO

e267.7a9d.d033.3c73.f78c.5943.5cd4.8184

Indicadores de Qualidade		MÉDIA - JUZUEIRAMA	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
PERDA ATIVIDADE	7,48	0,00	
PERDA ATIVIDADE	48,66		4,4000
PERDA ATIVIDADE	7,87		
PERDA ATIVIDADE	12,34	3,00	CONTRALADA
PERDA ATIVIDADE	20,66		LM.FINFOR
PERDA ATIVIDADE	6,49	3,31	UNITEGL-FROR
PERDA ATIVIDADE	18,41		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dst. de Energia	8,15	25,46
Imposto de Engr.	8,92	27,67
Serviço de Manutenção	1,32	4,03
Energia Elétrica	7,15	22,08
Imposto Dist. de Energia	7,15	22,08
Custo Serviço	9,11	28,16
Total	24,11	100,00

Standard: ELCC, 100% to 100%; R=100%

ATENÇÃO[illegible]

Estatísticas em atraso

Out 18	28.86
--------	-------

Set/19 27,19

Ago/19 31,32



Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti - CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF - Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
TJPB - Habilitada para realizar Perícias DPVAT

LAUDO CINESICO FUNCIONAL

Alisson da Silva Santos

Rua. Sirio Lagoa, Santo André, Zona Rural, Santo André, PB

Descrição da vítima: acidente de moto x moto em 02 de dezembro de 2017.
Socorrido para Hospital de Trauma de Campina Grande, PB.

Apresentando: politraumatizado grave (TCE, fratura na face)

Tratamento: cirúrgico, suturas.

Sequela apresentada ao exame físico:

TCE/ Face

- Estética comprometida com suturas visíveis
- arcádia dentária comprometida
- Comprometimento da audição
- Anticonvulsivo
- Desequilíbrio
- Cefaleia constante
- Tontura
- Deficit de atenção

Conclusão: Sequela definitiva em grau moderado em 90% comprometendo a estética facial, audição, sistema nervoso central.

Campina Grande, 05 de fevereiro de 2020

Sonaly de Fatima Cavalcanti
Dra. Sonaly de F. Cavalcanti



CREFITO 6637 ABFF 145

Sonaly de F. Cavalcanti
Físio-Ponto - CREFITO 6637

20191212_150200.jpg



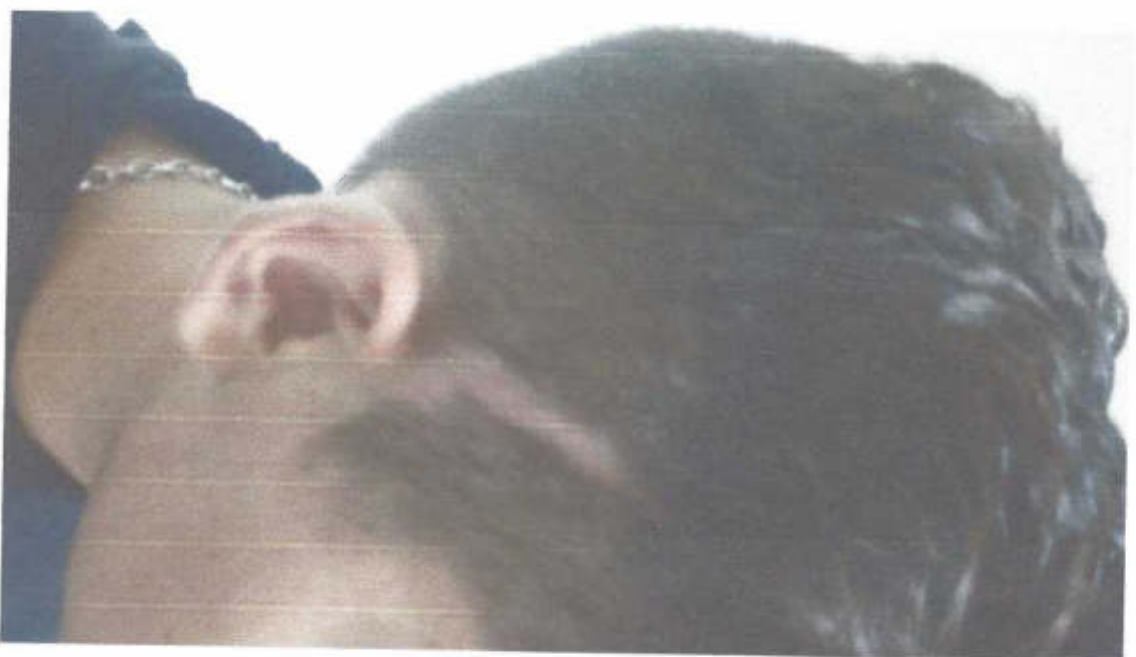
Baixar



Tela inteira



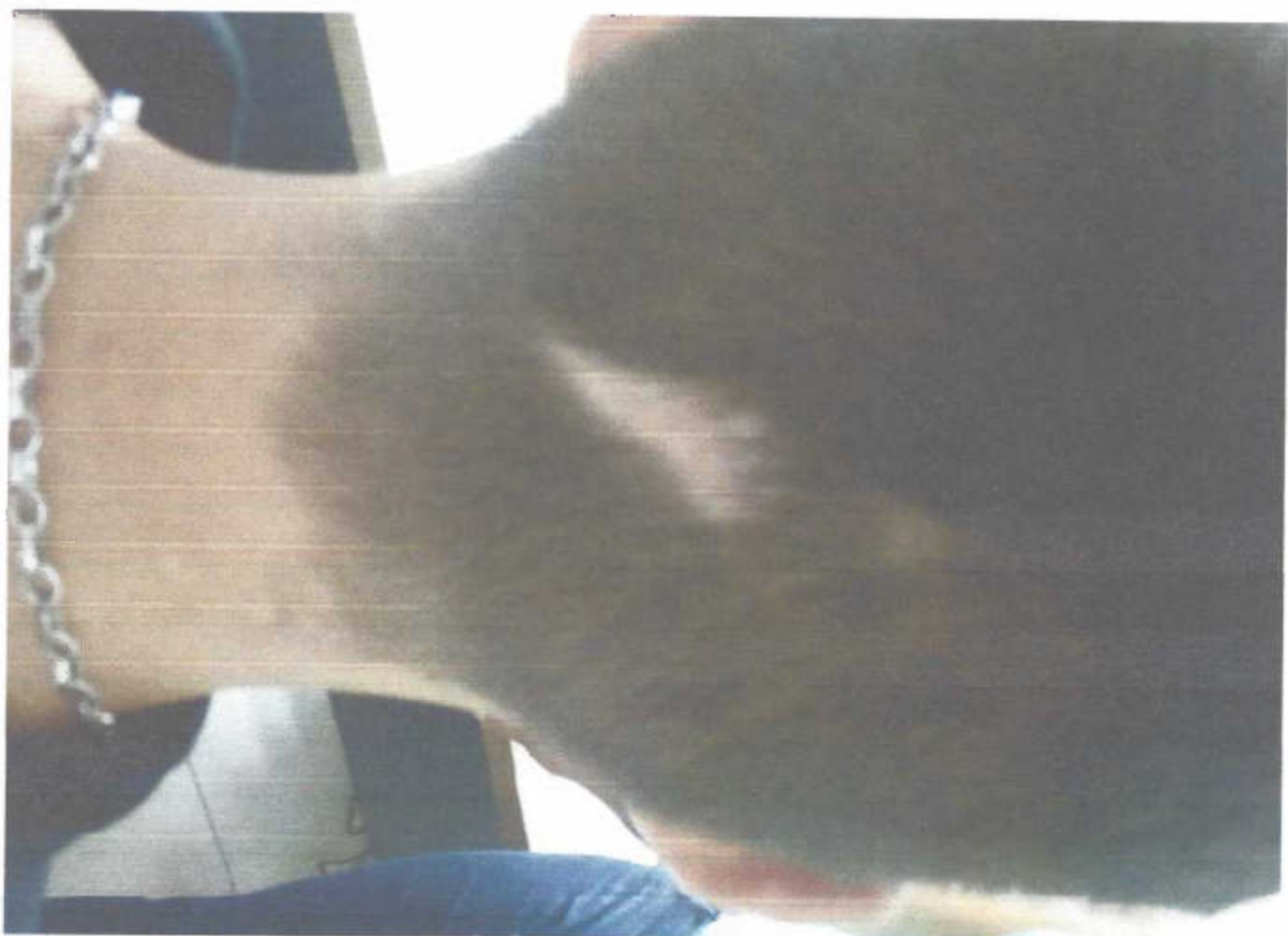
Imprimir



 Mostrar email







Diagnóstico

Idade: 14A
Sexo: F
150

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alisson da Silva Santos Admissão: 15/01 Leito: 1501 Convênio:

Polimorfismo
Lesão grave e séria e risco de vida
FAC na 1501
15/01/2014

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/01/14	(1) Anest. VO. Lubrific. Respirat.		At. Sob. em sala de re. 1501
D10	(2) Férrea. Sulfon. 300 mg		Sob. em sala de re. 1501
D10	(3) Vancomicina (300mg + 5ml AG) - f. 1501	7h	V. 1501
D1	(4) 100ml SE 0.87, EV 1501 (218.1500)	7h	V. 1501
D1	(5) Imunoglobulina (500mg / 500ml) - 1501	7h	V. 1501
D1	(6) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(7) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(8) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(9) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(10) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(11) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(12) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(13) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(14) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(15) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(16) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(17) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(18) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(19) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(20) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(21) 100ml 1501	7h	V. 1501
D1	(22) 100ml 1501	7h	V. 1501

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Faerie

16 hours
Examination of the slides

Añojamiento

Leico

Convenient

Data

Prescrição Médica

H₂O 2añno

Evolução Médica

04/12/2017

0.000000

Shirley

5 Whittaker Martin

Mrs. Faye E. Edwards

5. Will you send the file home

Walden, 27th

6-10-78

Elva L. Myers

Confidential by the DM

Chrysomelidae

26. 1000

—

لا بد من

2010

[illegible]

100

100

Polite

Dee C. Price

As first book

73674164

1892

[illegible]

Decorative A-Catelaine

Plan 63 B7: Thalassium lilioides

Over the past 10 years, the

1876

Debt Priority

Erwin Schrödinger

GOVERNO
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLÓGICA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

UTI ROSA

LEITO 13

10/12/2017		PRESCRIÇÃO		AVALIAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1	DIET A/NEO						
2	SE 0,9% 500ml EV 4/4h BAC 125mg/h	10	14	18	22	02	08
3	LEV OFLOXACINO 500mg 1x/3h	10	18	22	26	02	08
4	CLINDAMICINA 600mg + 5 0,5% 100ml EV 6/6h	10	18	22	26	02	08
5	REACTIDINA 100mg 1/5NE 12/12h	10	18	22	26	02	08
6	ONESPITE 200 60mg EV 2x/DIA	10	18	22	26	02	08
7	LASIX 1amp IV ACM	10	18	22	26	02	08
8	ORFEN 1/2 1a mp + 400 IV 6/6h ACM	10	18	22	26	02	08
9	MAU-EURON 4mg + AED EV 6/6h ACM	10	18	22	26	02	08
10	DOLOMUNE 100mg + BENCAMIL 250 + 500,5% 100ml IV 6/6h ACM	10	18	22	26	02	08
11	GH50% 30ml EV se HGT < 70mg/dl	10	18	22	26	02	08
12	HGT 6/6h + INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO	10	18	22	26	02	08
13	CLEXANE 40mg SC 1x/DIA ACM	10	18	22	26	02	08
14	HIGIENE ORAL 3x/DIA	10	18	22	26	02	08
15	DICUUTO ELEVADO 30s/ CABEÇA POSIÇÃO NEUTRA	10	18	22	26	02	08
16	TRISID FERRA PLAGIOLAL INTESIVA	10	18	22	26	02	08
17	MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	10	18	22	26	02	08
18		10	18	22	26	02	08
19		10	18	22	26	02	08
20	PARECER DIÁRIO DA PEDIATRIA	10	18	22	26	02	08
21	TRANSFERÊNCIA IMEDIATA P/ UTI PEDIÁTRICA, ASSIM QUE POSSÍVEL	10	18	22	26	02	08
ARTURO		KATYNE / ALZENIR					
MÉDICO		ENFERMEIROS					

10/12/2017 19:50
KATYNE / ALZENIR

19/12/2017

ALYSSON DA SILVA SANTOS

PRESCRIÇÃO

ALPRAZOLAM

DIAGNÓSTICO

MONITOR

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

ASSINATURA

DATA

HORA

VALOR

UNIDADE

NOTAS

SIGNATURA

GOVERNO
ESTADO DO PARANÁ

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO
DOMÍLIO GONZAGA LEAL ANDRIS

UTI ROSA

LEITO 13

PAISSON DA SILVA SANTOS

08/12/2017

APRIL/INMETRO

125494

21/12/2017		PRESCRIÇÃO		ADMISSÃO		BAIXE		MORTE		MORTE	
1	DIETA LÍQUIDA 306 3/3 - AGU/ AOS INTENSIVO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	SC 0,3% SODIUM EV 4/4h B/C 125ml/h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	UNASIN 500 100mg EV 6/6h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	UNASIN 500 100mg EV 6/6h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	FINOTINA 100mg POSNE 12/12h	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Assinatura do Médico
Médico Responsável
C.R.M. 12.345.678

Assinatura do Enfermeiro
Enfermeiro Responsável
C.R.M. 12.345.678

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: Alisson dos S. Santa UN: _____ PRONT. Nº: _____
NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____
ADMISSÃO: 02/12/17 ALTA: 12/01/18

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Paciente vítima de acidente de trânsito, submetido a cirurgia de urgência.

2. Resultado dos principais exames

TCE Grau (LAD + HSD Parcial / la. grau parcial);
Múltiplas fraturas de fêmur;
Pneumonia Aspiratória;
3. Evolução e complicações

Pneumonia RPE

4. Terapêuticas realizadas

Corporatômica Capilar / Grau Grau

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

TCE + fraturas múltiplas de fêmur + Pneumonia

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Retornar para cirurgia de urgência de fêmur

7. Condições da alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Menorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, 12 de 01 de 18

Roberto Pinheiro
LUIZ GONZAGA FERNANDES
CRD-PB 4369
Responsável pelo resumo

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
02/12/17	UTIP Noite	
	Eleva suspeito	
	Drafa 0	
	Diurese 23ml/kg/6h	
	Evac aus	
	Em VMA FiO_2 40 PIP 20	
	PAP 5 RE 14 SpO_2 97%	
	Sedado, empregado, entubado,	
	irritado, inotomato	
	REN 110 g/m PA 108/63(82)	
	MI 100%	
	Adorno - plano plano	
	Eleva facial c/ transporamento	
	sup m range of direct	
	porqueamento.	
	Orientação da BAF: evita	
	manipulação facial.	
	Não limpar	
	Eduardo Lima de Assis	
	CRM-PC 2486	
	Lima	

FILHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura de fêmur
Vol. cat. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 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, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215

Frank, Rafael V. Rodrigues
Odeket Mendes

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Admission de Saúde Família

Alojamento

Sala de Emergência

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

14/04/10 08:00 Dr. Paulo Roberto de Souza
Exame físico: T 36,6°C, P 90, S 70, RR 18, FC 100, PA 120/80, Hta. 180cm, Pso 70kg.

Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica.

Prescrição: 1. 1 comprimido de Amlodipino 5mg, 1 vez ao dia, após o almoço.
2. 1 comprimido de Lisinapril 10mg, 1 vez ao dia, após o jantar.Dr. Paulo Roberto de Souza
CRM: 10.100.000-0Dr. Paulo Roberto de Souza
CRM: 10.100.000-0

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Inf. subaguda da tuberculose
do tipo 2

Paciente: Wesley de Sousa Silva Alojamento: 1201 Leito: 1 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
15/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
16/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
17/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
18/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
19/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
20/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
21/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
22/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
23/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
24/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
25/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
26/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
27/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
28/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
29/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
30/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
31/01/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
01/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
02/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
03/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
04/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
05/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
06/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
07/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg
08/02/2010	D. 1000 mg		M. 1000 mg

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

14C
40,6 kg

Paciente: AUGUSTO DA SILVA SANTOS Admissão: 1902 Leito: 133 Convênio:

Plano de tratamento: Fx de abdome com 5 cm / TC e gravel perinefrática, apófise pso-TCE / ITD com pleurotor / toracocentese por 14C / 14C de (trans) de abdome

Data		Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
CC ou IE				# REPARAÇÃO #	
1. IN: 95 ST 475ml				FILHA DA PATRIÓTIKA	
2. IN: 95 ST 475ml				POB. QUADROS DO EMT	
3. VENOCLAVADO (500ml + 5ml DO) - TCCM 6ml				SERVIÇO DE CURAÇÃO - SMC - SMC PORTA-PORTA	
4. VENOCLAVADO (500ml) - FORTA 1,2ml + 3,2ml				INICIAÇÃO DE CURAÇÃO	
5. CENSO 40ml + 10ml de soro - FORTA - FORTA					
6. IN: 95 ST 475ml					
7. IN: 95 ST 475ml					
8. IN: 95 ST 475ml					
9. IN: 95 ST 475ml					
10. IN: 95 ST 475ml					
11. IN: 95 ST 475ml					
12. IN: 95 ST 475ml					
13. IN: 95 ST 475ml					
14. IN: 95 ST 475ml					

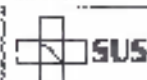
Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Ausson de Silva Santos Alojamento: ISOI Leito: 14A 40,6 kg

Politrauma (fx. vnto e ossos cost +
TCE grave) Intubação orotraqueal, RCP, TCEI
ITU complicada (craniopatia por TCE)
Útero em posição sagitada B.

Data		Prescrição Médica		motivo		Evolução Médica	
03.07.18	1	Medic. no sig. - prescrite				Solicito radiografia de Tórax	
	2	Med. sig. 5x 475 mg				Leuado de Tó. admitido na evolução da	
		Med. sig. 4x 400 mg				da. Sinais de desidratação com o SNG	
		Med. sig. 4x 200 mg				para o SNG. Prescrição de SNG	
	3	2. Vencimento: (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 6x 200 mg				completa	
	4	1. Vencimento: (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg				Solicito radiografia de Tórax	
		5x 200 mg				paciente sem quadro clínico sintomático	
		5. Dispnéia (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg + 3 SNG AB				completa e controle da GNF e Vaz. Vnto	
		6. Dispnéia (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg				radiografia para controle	
		10x 200 mg (1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg					
		4. Nausea (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg + 1 SNG AB					
		5x 200 mg					
		8. Dispnéia (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg					
		9. Dispnéia (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg					
		10. Dispnéia (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg					
		11. Dispnéia (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg					
		12. Dispnéia (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg					
		13. Dispnéia (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg					
		14. Dispnéia (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg					
		15. Dispnéia (500 mg 1 SNG AB) - Fazer 4x 200 mg					



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

4 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE

5 - TIPO DE PROCEDIMENTO

6 - NOME DO PACIENTE

7 - SEXO

Unidade 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - NÚMERO DA RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ATUAL

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRIMÁRIO

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS SEQUELAS

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ATUAL

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

28 - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO INTERMEDIÁRIO DE ACOMPANHANTE

☐ QUARTO DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Dr. João Paulo (700) (10/11)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

37 - ENDEREÇO

38 - NÚMERO DO C.R.C.P. DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - CID

40 - CID

41 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

43 - CÓD. DO C.R.C.P. DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

44 - ENDEREÇO

45 - NÚMERO DO C.R.C.P. DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - CID

48 - CID

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

NOME: Alisson Silva Santos

IDADE: 11 An

PESO: 60kg

Hipóteses diagnósticas

Diagnóstico	Data de início	Data da resolução
Respiração com ruídos de Murm.		
T.T. 2036		
Hematomas superficiais - Frontal		
Fraturas múltiplas em face		
Fractura de maxila		

Procedimentos Invasivos

Tipo de procedimento	Data de inserção	Responsável	Data de retirada
TOT	02/12/17		
AVC - VSD	02/12/17		

Tabela de uso de antimicrobianos

Tipo de antimicrobiano	Data de início	Data do fim	Motivo
Clavulânico	04/12/17		
Levofloxacina	04/12/17		

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 11/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 12/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 13/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 14/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 15/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 16/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 17/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 18/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 11/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 20/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 21/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 1 / 1

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo Médico (a)

 SUS	Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
--	------------------------------	---------------------------	---	--------------

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CID	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIALIZADO		4 - CID	

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Alisson da Silva Santos</i>		6 - SPED. MINIST. 43	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DO CONSULTÓRIO	
13 - MARCA DO RESUMÃO		14 - DATA DO RESUMÃO	

15 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		17 - CID DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MEDICINA		19 - CID DO PROCEDIMENTO - MEDICINA	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID DO SECUNDÁRIO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>Neurologia e Cirurgia</i>		23 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - MEDICINA		25 - CID DO PROCEDIMENTO - MEDICINA	
26 - DATA DE ACOMPANHANTE		27 - DATA DE ACOMPANHANTE	
TOMOGRAFIA		28 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
29 - DATA DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>24/12/17</i>		30 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>TC e Ressonância Magnética</i> <i>Neurologia e Cirurgia</i>		<i>BAU @ + RF AI direto no local</i>	
---	--	--------------------------------------	--

PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - DATA DE SOLICITAÇÃO <i>24/12/17</i>	
40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		41 - Nº DO DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO		42 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		44 - DATA DE AUTORIZAÇÃO	

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

NOME: ALISSON DA SILVA SANTOS

SEXO: M

IDADE: 14 ANOS

DATA NASCIMENTO: 10/03/2003

PRONTUÁRIO: 1554270

ADMISSÃO (UTI): 08/12/17

LEITO: 13

ADMISSÃO HOSPITAL: 02/12/17

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1.	POLITRAUMA
2.	TCE GRAVE → LAD/HSD FRONTAL / CONTUSÃO FRONTAL / HEMOVENTRÍCULO
3.	MULTIPLAS FRATURAS DE FACE
4.	PO LE (BRANCA?)
5.	PÓS PCR (02/12/17)
6.	PNEUMONIA ASPIRATIVA
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

CONTROLE MEDICAÇÕES

Medicação	Via Administração	Dose	Início	Término
LEVOFLOXACINO	EV	500MG		
CLINDAMICINA 150MG	EV	8/8H		



NOME:	Alisson da Silva Santos		N.º PRONTUÁRIO
	UTI	ENF.	LETO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a faz.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
06.01.18	# EVOLUÇÃO PEDIÁTRICA # 36 ° DIA Idade: 14a. Peso: 40,6 kg HD: Politraumatismo TCE grave + Fr. oríbital e ossos do face BAV em CE (neuropatia óptica p63-TCE?) ITU complicada Colonização por KPC (cultura sem TOT) Em uso de Vancomicina 500mg/kg/d - BID Feg uso de: Levofloxacino - BID Controles DT=RTG Restante dos controles não anota- dos pela enfermagem.	
	Evolução: Paciente segue internado em leito comum da enfermagem, respirando em ar ambiente, sono e apetite preservados diurese e evacuações presentes e fisiológicas. Queixa-se de dor abdominal.	
	No exame: CGR. consciente, orientado, anisócitos, acq. nítido, normotensa, hidratado e apnéu ao tosse. RCV: RCR em ET, BNF, S1 sopro AR- MV + em AIT, S1 RA ABD+ PUA +, crepites nucleares, plúrio flácido, depres- sível, doloroso à palpação superficial e proxi vent- ral, S1H: wheezingais auscíveis. MMII: Sem edema, presença de escorições e sinais de pressão grave + em calcâneo da	

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
# EXAMES #		
24/01/18 - 25/11/3	A+34 UNIC 1000 BE 368 P129.225.000	
U22 CRO.4	T6P 24 T6P 47 CLING NA 43 CR 1.23	
K4,9	+P 14.45 TTPa 245	
cd	Condições mantidas	
	Aguarda término do voo - 021.	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	
Circ. 9/1911	Circ. 9/1911	



NOME <u>Alisson da Silva Santos</u>	N.º PRONTUÁRIO	
UTI	ENC. <u>isol</u>	LEITO

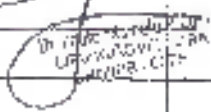
Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
29/12/13	EVOLUÇÃO DIÁRIA - 28º dia - idade = 14 - Peso = 60 kg - HD: Polimiosarcoma - TCE grave - Fr. crânio e bases do crânio - BAV em OE (Neuroma e/ou NF-TC?) - ITU complicada - Colostomia por KPC (coluna no momento de TET) - FEM 12/12 - Veneclima 60g/Kg/dia - D13 - Veneclima 80g/dia 12/12 - D14 - Controles = T=37° no 45h - Demais exames em andamento no Pronto-Socorro - Inesistível: AVB em MSF - EVOLUÇÃO: Paciente segue em leito isolado, respirando AM, com BAV aumentada da última VD, com sinais fisiológicos, com Níveis ④ e ⑤ e ⑥ e ⑦ sem necessidade de SOT que em 1m - sem febre, taquicardia de 44bpm, ainda não demandada mais nas vitais 24h constante saturação e Hct de 17 com vitais constantes a parâmetros vitais em presença em cuidados críticos (Grav II) sem quadro de agravamento. - EXAME FÍSICO: ECR, consciente, orientado (mas ainda não sabe falar), normotensa, hidratado, asséptico no trato. - AR: MV+ART, sem RA; cianótico, FR=10l/min, SpO ₂ =95% em AA - ACV: ECR em 2T, ACNE, SL, sono, FC=100bpm - AUSENCIA: semidurice, BHA, não tônico, depressível, com dor moderada a palidez intensa em nível superior IV superior, sem vitais instáveis. - EXATIDÃO: uricemia, glicemia, sem urina. Paciente em MIO (+14h) - Última por pressão em colostomia ③ (Grav II)	



NOME: <u>Glisson da Silva Santos</u>		N.º PRONTUÁRIO	
UTI		LEITO	LEITO
		9	3

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pela profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
24/12/2023	Pelo E.P.D. man. PO <u>trabalho</u> a deveria ser mais por <u>Minuta</u> de <u>trabalho</u> + 100 <u>gras</u>, <u>gras</u> e <u>Minuta</u> <u>trabalho</u> <u>de</u> <u>trabalho</u> <u>Minuta</u> <u>trabalho</u>	



NOME:	ALISSON DA SILVA SANTOS		
UTI	RE. PRECATÓRIO	ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
02/12/19 15h	Id: P: 1º QUTIP: Politraumático Fratura de Face + TCE (HSD)	
	Adolescente politraumatizado Vítima de colisão entre motos procedente do Centro Clínico Grande por submetido a tempo narrativa total de pernas rasadas (p/ fratura cominativa de face) + laparotomia exploratória Recebeu várias bolsas de hemotransfusão Em VMA (TOT=8,5) FIO ₂ 40% PIP 20 PEEP 5 FC 15 q SP _O 100% Sedado, eufórico, entubado, hidratado, normotenso Rim RM renal RO Spry PA 41x65 (82) Abdomen - plano físico FO Lúpus Membros - mãos e pés edemaciados Edema facial eq: VMA + oxigenação + hidratação analgesia + antibiótico + furosemida VIGILANTE	
	Edgardo Lira de Assis CRM-PE 7740	

Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 02/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa do contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Coleção extra-axial em região frontal esquerda, medindo 1,1 cm, sugerindo hematoma extradural.
- Múltiplos focos corticais hiperdensos em região frontal bilateral, com halo hipodenso de edema, sugerindo contusões cerebrais hemorrágicas.
- As lesões à esquerda promovem em conjunto compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo, sem desvio das estruturas da linha média.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano.
- Presença de fraturas crânio-faciais, conforme descrito abaixo:
 - o No osso frontal existe fratura cominutiva, com afundamento de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte orbital do frontal, etmóide e esfenoide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura cominutiva, com comprometimento dos ossos nasais, seios frontais e parede medial das órbitas.
 - o No seio maxilar direito existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o No seio maxilar esquerdo existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o Na órbita direita existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o Na órbita esquerda existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o No palato duro existe fratura na linha média, sem desalinhamento.
 - o Presença de hemossinus em seios paranasais.

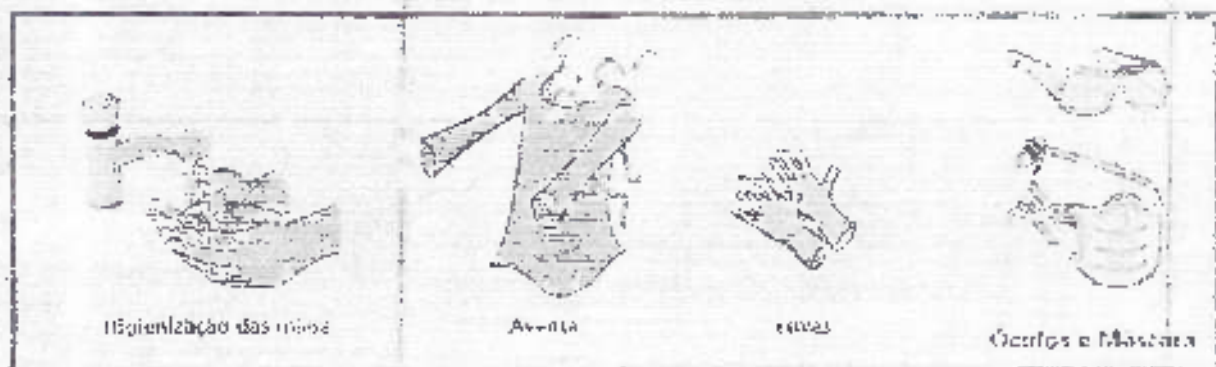
Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega
CRM/PE: 6481



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

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

ATENÇÃO! PRECAUÇÕES PADRÃO/CONTATO*



*até a alta hospitalar

Paciente:

Alisson da Silva Santos

Material coletado: Sec.traqueal

Klebsiella pneumoniae - KPC
(Cepa possivelmente produzida por carbapenemase)
(Teste de hidrizer positivo)

Obs.: Esta sinalização deve permanecer no prontuário do paciente durante todo o período de sua internação!

Informações e/ou dúvidas: RAMAL - 5867 (CCIH)

Data: 22/12/18

Hospital de Emergência e Trauma
Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Favéria - Campina Grande - PB

Revisão





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Alisson da Silva Santos Idade: _____ anos

Exame: Urg. Ab. Geral Data: 24/11/12

Médico solicitante: _____ Sexo: masculino

RELATÓRIO



FÍGADO: ☒ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☒ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☒ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☒ Normal ☐ Alterado

BAÇO: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM DIR.: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM ESQ.: ☒ Normal ☐ Alterado

BEXIGA: ☐ Normal ☐ Alterado

Outras observações:

*Coleção focal
inflada no seu interior.
Presença de líquido
livre.*

CONCLUSÃO

*Dr. [Assinatura]
[Assinatura]*

Campina Grande, 24/11/12

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CATEGORIA	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		4 - ENDEREÇO	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - RUA DO PACIENTE	
7 - DATA DE NASCIMENTO		8 - SEXO	
9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL		12 - CIDADE DO RESPONSÁVEL	
13 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)			

14 - DEBENEFICIÁRIO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		15 - CID DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - VARIANTE		17 - CID DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
18 - NOME DO RESPONSÁVEL		19 - CID DO PROCEDIMENTO	
20 - CID DO PROCEDIMENTO		21 - CID DO PROCEDIMENTO	

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		23 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		25 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		27 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		29 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

30 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
-----------------------------------	--

31 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		32 - DATA DE ASSINATURA	
33 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		34 - DATA DE ASSINATURA	

35 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		36 - DATA DE ASSINATURA	
37 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		38 - DATA DE ASSINATURA	

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CATEGORIA	
3 - NÚMERO DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE		4 - CATEGORIA	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5.1 - NOME DO PACIENTE			
6 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		7 - DATA DE NASCIMENTO	
8 - NOME DA MÃE (ou do pai)		9 - SEXO	
10 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (RG)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)		13 - CID - 10 PRIMÁRIO	
14 - CID - 10 SECUNDÁRIO		15 - CID - 10 OUTRO	

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIORMENTE		18 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		20 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		22 - CID - 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID - 10 OUTRO		24 - CID - 10 OUTRO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		26 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
27 - DATA DE INSCRIÇÃO DE DIÁRIO DE UTI COM DIÁRIO DE ACOMPANHANTE		28 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
☐ DIÁRIO DE ACOMPANHANTE	☐ DIÁRIO DE UTI TIPO I	☐ DIÁRIO DE UTI TIPO II	☐ DIÁRIO DE UTI TIPO III
29 - DATA DE INSCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
 36 - DATA DE SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		38 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
39 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
41 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO		42 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO	

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
45 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO		48 - CID - 10 DO PROCEDIMENTO	



	Sistema União da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
--	------------------------------	---------------------------	---	--------------

Identificação de Estabelecimento de Saúde Nome do estabelecimento de saúde:		2 - CRES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		4 - CRES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Juliana da Silva Santos</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - DATA NACIONAL DE SAÚDE (DNIS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Nam: ☐ Fem: ☒
10 - NOME DA VALOR RESPONSÁVEL		11 - TIPO DE CONTATO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO DA VALOR RESPONSÁVEL		13 - ENDEREÇO DA VALOR RESPONSÁVEL	
14 - ENDEREÇO DA VALOR RESPONSÁVEL		15 - ENDEREÇO DA VALOR RESPONSÁVEL	

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AMI) -

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
17 - PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		18 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
19 - PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		20 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
21 - CATEGORIA DE RISCO	22 - CATEGORIA DE RISCO	23 - CATEGORIA DE RISCO	24 - CATEGORIA DE RISCO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TC de exclusão de contusão</i>		26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
☐ DIÁRIA DE ACOMANHANTE	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

33 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente politraumatizado com TCE grave, portador de fratura bilateral subcondil. Última TC no dia 02/12/17.

PROFISSIONAL SOLICITANTE		34 - DATA DE SOLICITAÇÃO 04/12/17
35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>ELIANE MORAES FERNANDES</i>	36 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	37 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO
38 - DOCUMENTO 035256222722	39 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO	40 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO		41 - DATA DE SOLICITAÇÃO
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	44 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO
45 - DOCUMENTO 035256222722	46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
--	------------------------------	---------------------------	---	--------------

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - DATA	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE		4 - DATA	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 6 - NOME DO PACIENTE <i>Alisson de Silva Santos</i>		7 - Nº DO PROCEDIMENTO	
8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO Masculino ☐ Feminino ☒	
10 - DATA DE NASCIMENTO		11 - TIPO DE PROCEDIMENTO 12 - DATA DE REALIZAÇÃO	
13 - ENDEREÇO DO ALMOXARFADO		14 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
15 - ENDEREÇO DO ALMOXARFADO		16 - ENDEREÇO DO PACIENTE	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AMI)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIORMENTE	19 - DATA DE REALIZAÇÃO ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	23 - DATA DE REALIZAÇÃO
<i>Tumor abdominal fechado</i>	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	25 - DATA DE REALIZAÇÃO PRINCIPAL
<i>Tumor abdominal fechado</i>	
26 - DATA DE REALIZAÇÃO PRINCIPAL	27 - DATA DE REALIZAÇÃO PRINCIPAL
28 - DATA DE REALIZAÇÃO PRINCIPAL	29 - DATA DE REALIZAÇÃO PRINCIPAL
30 - DATA DE REALIZAÇÃO PRINCIPAL	31 - DATA DE REALIZAÇÃO PRINCIPAL
32 - DATA DE REALIZAÇÃO PRINCIPAL	33 - DATA DE REALIZAÇÃO PRINCIPAL
34 - DATA DE REALIZAÇÃO PRINCIPAL	35 - DATA DE REALIZAÇÃO PRINCIPAL

36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
<i>3º grau laparot. explorat + extirpamento de tumor, apresentando líquido intra-abdominal na USG A24, vesícula de ducto biliar dilatado? Cistite de quilo? vesícula de ducto de Wirsung.</i>	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Quelton Franco</i>	38 - DATA DE REALIZAÇÃO <i>10/12/17</i>
39 - OCUPAÇÃO	40 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
41 - DATA	42 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	44 - DATA DE REALIZAÇÃO
45 - DATA	46 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
47 - DATA	48 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CIDES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4 - CIDES	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5.1 - NOME DO PACIENTE ALISSON DA SILVA SANTOS			
6 - CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (CNPJ)		7 - DATA DE NASCIMENTO	
8 - NOME DO RESPONSÁVEL		9 - TELEFONE DO SUJEITO	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - CID	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		13 - UF	

14 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ATUAL		16 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		18 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
19 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO POLITRAUMATISMO		20 - CID - O PRINCIPAL	
21 - CID - O SECUNDÁRIO		22 - CID - O TERCÁRIO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC DE CRÂNIO SIMPLES		24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 11/12/2017		26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
27 - DATA DE REALIZAÇÃO		28 - CID - O PRINCIPAL	
29 - CID - O SECUNDÁRIO		30 - CID - O TERCÁRIO	

31 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
* HED FRONTAL / LAD / HEMOVENTRÍCULO * CONTROLE EVOLUTIVO	

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ARTURO FERNANDO PEREZ NOGALES		33 - DATA DE REALIZAÇÃO 11/12/2017	
34 - DOCUMENTO 34.1 - DOCUMENTO CÍVIL (CPF, RG, PASSAPORTE, ETC.)		35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
36 - CID - O PRINCIPAL		37 - CID - O SECUNDÁRIO	
38 - CID - O TERCÁRIO		39 - CID - O QUARTO	

SUS	Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
-----	------------------------------	---------------------------	---	--------------

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
2 - NOME DO ESTADO DE ORIGEM DO PACIENTE		3 - CID-9	
Identificação do Paciente		4 - N° DO PROCTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Everardo Bonfio Augusto</i>			
6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO	
8 - DATA DA SOLICITAÇÃO		9 - DATA DE RECEBIMENTO	
10 - ENDEREÇO DO PACIENTE		11 - TELEFONE DO PACIENTE	
12 - CID-9		13 - CID-9	
14 - CID-9		15 - CID-9	
16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
17 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	18 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ATUAL	20 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ATUAL
21 - CID-9 DO PROCEDIMENTO	22 - CID-9 DO PROCEDIMENTO	23 - CID-9 DO PROCEDIMENTO	24 - CID-9 DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
25 - NOME DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		26 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
27 - NOME DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		28 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
29 - NOME DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - NOME DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

33 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
TCE grave neuropatia optica transtorno?? BAV (E) + RFM direito amarelo	

PROFISSIONAL SOLICITANTE		ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Flávio Diniz</i>		35 - DATA DE SOLICITAÇÃO <i>13/12/17</i>	
36 - N° DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>05938349160</i>		37 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Dr. Flávio Diniz</i>	
38 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO		39 - DATA DE SOLICITAÇÃO	

SUS	Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
-----	------------------------------	---------------------------	---	--------------

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - ENDEREÇO
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	4 - CIDADE

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE Everaldo Bonifácio Augusto	6 - NOME DO PROFISSIONAL
7 - IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DO PACIENTE	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - ESTADO
11 - CIDADE DO PACIENTE	12 - ENDEREÇO DO PACIENTE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - CIDADE DO RESPONSÁVEL
15 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL	16 - CIDADE DO RESPONSÁVEL

17 - CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
22 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO	23 - CIDADE DO PROCEDIMENTO
24 - CIDADE DO PROCEDIMENTO	25 - CIDADE DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
28 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	29 - CIDADE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - CIDADE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CIDADE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
32 - CIDADE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CIDADE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
TCE grave. Nemofalip optica homotica?? BAV (OE) + RFM direto imediato

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Ricardo Diniz	36 - DATA DE EMISSÃO 13/12/14
37 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	38 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
39 - CIDADE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - CIDADE DO RESPONSÁVEL
41 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	42 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL
43 - CIDADE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	44 - CIDADE DO RESPONSÁVEL



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Allison dos Santos Santos		
End:	São Carlos	Bairro:	São José
Data de Nascimento:	16-03-03	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidose	Data do Atendimento:	02-10-13
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fâceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:				Frequência cardíaca:			
Pressão arterial:				Temperatura axilar:			
Dosagem de Hg:				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	
Desambolgação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca				

Estratificação

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial
() Verde - atendimento até 4 horas

Assinatura e carimbo do profissional

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Alison de Jesus Santos			
Data da Operação	Enl.	Leito	
02/12/2023			
Operador	1º Auxiliar		
Evelton Farias	Paulo Roberto		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesiado	Tipo de Anestesia		
Gen. Al. G.	Gen. Al. G.		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Prolapso de membranas, feto em posição de apresentação pélvica, TCEI, feto 4 dias de vida			
Tipo de Operação			
Laparotomia exploradora			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Paciente com sangramento ativo no inventário, gases disto			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			
No invólucro			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

- Incisão + Anestesia
- Colocação de curativo
- Sutura de membranas intestinais - feto
- TCEI
- Morto - por placenta
- Prolapso de membranas - feto
- Sangramento sangrento de feto
- Aspiração de cavidade e do placenta
- Sutura de feto
- Fecundação por placenta
- Curativo

Intervenção feita na cavidade
Núcleo do feto e placenta
Intervenção feita

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Hospital de Emergência e Trauma de Carmo - Grande

PRONTO-SOLUÇÕES ACIDENTO CTR

Nome: _____ Sobrenome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Profissão: _____
Motivo: _____
Data: _____ Hora: _____
Local: _____
Assinatura: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Carmo - Grande

PRONTO-SOLUÇÕES ACIDENTO CTR

Nome: _____ Sobrenome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Profissão: _____
Motivo: _____
Data: _____ Hora: _____
Local: _____
Assinatura: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Carmo - Grande

PRONTO-SOLUÇÕES ACIDENTO CTR

Nome: _____ Sobrenome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Profissão: _____
Motivo: _____
Data: _____ Hora: _____
Local: _____
Assinatura: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Carmo - Grande

PRONTO-SOLUÇÕES ACIDENTO CTR

Nome: _____ Sobrenome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Profissão: _____
Motivo: _____
Data: _____ Hora: _____
Local: _____
Assinatura: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Carmo - Grande

PRONTO-SOLUÇÕES ACIDENTO CTR

Nome: _____ Sobrenome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Profissão: _____
Motivo: _____
Data: _____ Hora: _____
Local: _____
Assinatura: _____

Paciente: Aílson da Silva Santos

Data do Exame: 28/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio e Órbitas

Técnica:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a injeção endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE

Análise:

- Hipotenuação do espaço basal dos lobos frontais por edematosos.
- Trajeto com atenuação semelhante à do LCR (uncefalomálica) estendendo-se desde a cortical do lobo frontal esquerdo até o nível do cornu frontal do ventrículo lateral esquerdo.
- Pequena quantidade de material hemático depositado no cornu occipital do ventrículo lateral esquerdo.
- Discreta proeminência do espaço extra-axial bifrontal
- Estruturas da fossa posterior preservadas
- Aspecto anatômico das cisternas basais
- Fratura cominutiva do nariz frontal acometendo os seios frontais e estendendo-se às paredes mediais e laterais das órbitas, parede lateral da órbita esquerda, células etmoidais, osso nasal, paredes dos seios maxilares e processo alveolar da maxila.
- Globos oculares simétricos e de dimensões normais, contornos regulares e bem definidos, não havendo evidências de lesões intra-oculares
- Nervos ópticos simétricos, de calibre e curso naturais
- Gordura retro-bulbar preservada.
- Musculatura extrínseca sem alterações detectáveis.

Dr. Arquimedes B. Lira CRM: 7197
Médico Radiologista

Paciente: Alisson da Silva Santos

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada do Abdomem Total

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a injeção endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Indicação: Trauma abdominal fechado.

Análise:

- Pequena quantidade de líquido livre peri-hepático, peresplênico e na escavação pélvica.
- Atenuação e volume normais do fígado.
- Bazo de atenuação homogênea e dimensões normais.
- Vesícula biliar de topografia normal, conteúdo homogêneo.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Rins de alongação, forma, volume e topografia normais.
- Bexiga de forma, volume, contornos e situação normais.
- Alças delgadas e colônias de calças e distribuição habituais. Apêndice cecal de aspecto tomográfico preservado.
- Arterial e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Planos musculares sem modificações patológicas identificáveis.
- Elementos ósseos sem alterações patológicas perceptíveis ao método.
- Nos cortes oblíquos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos posteriores dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.

Impressão Diagnóstica:

- Pequena quantidade de líquido livre abdominal.
- Nos cortes oblíquos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos posteriores dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.


Dra. Wilena Vega
Médica Radiologista
CRM 105517

Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Coleção extra-axial em região frontal esquerda, medindo 0,4 cm, sugerindo hematoma extradural. Múltiplos focos corticais hiperdensos em região frontal bilateral, com halo hipodenso de edema, sugerindo contusões cerebrais hemorrágicas.
- Foco hiperdenso em topografia do núcleo caudado a esquerda, sem efeito de massa, sugerindo hemorragia intraparenquimatosa.
- As lesões à esquerda promovem em conjunto compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo, sem desvio das estruturas da linha média.
- Sinais de herniação de parênquima cerebral do lobo frontal esquerdo, para células estomocais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais, notando-se material hiperdenso no interior dos ventrículos laterais, sugerindo material hemático.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anômico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano.
- Presença de fraturas crânio-faciais, conforme descrito abaixo:
 - o No osso frontal existe fratura cominutiva, com comprometimento de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte orbital do frontal, etmóide e esfenóide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura cominutiva, com comprometimento dos ossos nasais, seios frontais e parede medial das órbitas.
 - o No seio maxilar direito existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-esfemática.
 - o No seio maxilar esquerdo existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-esfemática.
 - o Na órbita direita existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o Na órbita esquerda existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o No galateo duro existe fratura na linha média, sem desalinhamento.
 - o Presença de hemossinus em seios paranasais.

Dr. Arthur José Ventura da Mota
CRM/PR: 6481

Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 08/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

Laudo comparado com o do dia 03/12 tendo as seguintes alterações em relação ao mesmo:

- Acentuada redução da coleção hemática extra axial frontal esquerda, medindo cerca de 0,3 cm no atual estudo.
- Hemovertebra, sem dilatação ventricular relevante.
- Demais achados sem alterações relevantes em relação ao estudo prévio.


Dr. Ygor Barbosa
Médico Radiologista
CRM 11.160



Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti - CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF - Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
TJPB - Habilitada para realizar Perícias DPVAT

LAUDO CINESICO FUNCIONAL

Alisson da Silva Santos

Rua. Sítio Lagoa. Santo André. Zona Rural. Santo André. PB

Descrição da vítima: acidente de moto x moto em 02 de dezembro de 2017.
Socorrido para Hospital de Trauma de Campina Grande. PB.

Apresentando: politraumatizado grave (TCE, fratura na face)

Tratamento: cirúrgico, suturas.

Sequela apresentada ao exame físico:

TCE/ Face

- Estética comprometida com suturas visíveis
- arcádia dentária comprometida
- Comprometimento da audição
- Anticonvulsivo
- Desequilíbrio
- Cefaleia constante
- Tontura
- Deficit de atenção

Conclusão: Sequela definitiva em grau moderado em 90% comprometendo a estética facial, audição, sistema nervoso central.

Campina Grande, 05 de fevereiro de 2020

Sonaly de Fatima Cavalcanti
Dra. Sonaly de F Cavalcanti



CREFITO 6637 ABFF 145

Sonaly de F Cavalcanti
Fisio-Perita - CREFITO 6637



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDEMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 1554270

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

TONOGRAFIA REALIZADA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - Rua: R. M. F. Ribeiro Pires, 4700 - Malhada, Caruaru - PE - 55012-007

Paciente: ALISSON DA SILVA

Endereço: LAGOA

Cidade: Santo André

Nome da Mãe: JACILENE PANUARI DA SILVA

Responsável: JOSE RODRIGUE DOS SANTOS

Telefone: (017) 22207

CPF: 017.222.07

Data de Nascimento: 01/03/2003

Profissão: BALIZADORA RUPAL

Conteúdo: SUS

Exatidão: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Medida: 100%

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Exame Primário - De

Paciente: Alisson da Silva Santos

Data do Exame: 24/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio e Órbitas

Técnica:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Hipodensificação do aspecto basal dos lobos frontais por edema/gliose.
- Trajeto com atenuação semelhante à do LCR (encefalomalácia) estendendo-se desde a cortical do lobo frontal esquerdo até o nível do cornu frontal do ventrículo lateral esquerdo.
- Pequena quantidade de material hemático depositado no cornu occipital do ventrículo lateral esquerdo.
- Discreta proeminência do espaço extra-axial bifrontal.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Fratura contínua do osso frontal acometendo os seios frontais e estendendo-se às paredes mediais e laterais das órbitas, parede lateral da órbita esquerda, células etmoidais, osso nasal, paredes dos seios maxilares e processo alveolar da maxila.
- Globos oculares simétricos e de dimensões normais, contornos regulares e bem definidos, não havendo evidências de lesões intra-oculares.
- Nervos ópticos simétricos, de calibre e curso habituais.
- Gordura retro-bulbar preservada.
- Musculatura extrínseca sem alterações detectáveis.

Dr. Arquimedes B. Lima CRM 7197
Médico Radiologista



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

Paciente: Alisson da Silva Santos

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Abdome Total

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a injeção endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Indicação: Trauma abdominal fechado.

Análise:

- Pequena quantidade de líquido livre peri-hepático, periesplênico e na escavação pélvica.
- Atenuação e volume normais do fígado.
- Baço de atenuação homogênea e dimensões normais.
- Vesícula biliar de topografia normal, conteúdo homogêneo.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais.
- Bexiga de forma, volume, contornos e situação conservados.
- Alças delgadas e colônicas de calibre e distribuição habituais. Apêndice cecal de aspecto tomográfico preservado.
- Aorta e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Planos musculares sem modificações patológicas identificáveis.
- Elementos ósseos sem alterações patológicas perceptíveis ao método.
- Nos cortes obtidos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos penderites dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.

Impressão Diagnóstica:

- Pequena quantidade de líquido livre abdominal.
- Nos cortes obtidos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos penderites dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.


Dra. Mariana Veiga
Médica Radiologista
CRM-PE 9117

Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Coleção extra-axial em região frontal esquerda, medindo 0,4 cm, sugerindo hematoma extradural.
- Múltiplos focos corticais hiperdensos em região frontal bilateral, com halo hipodenso de edema, sugerindo contusões cerebrais hemorrágicas.
- Foco hiperdenso em topografia do núcleo caudado à esquerda, sem efeito de massa, sugerindo hemorragia intraparenquimatosa.
- As lesões à esquerda promovem em conjunto compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo, sem desvio das estruturas da linha média.
- Sinais de herniação de parênquima cerebral do lobo frontal esquerdo, para células etmoidais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais, notando-se material hiperdenso no interior dos ventrículos laterais, sugerindo material hemático.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano.
- Presença de fraturas crânio-faciais, conforme descrito abaixo:
 - o No osso frontal existe fratura cominutiva, com afastamento de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte orbital do frontal, etmóide e esfenóide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura cominutiva, com comprometimento dos ossos nasais, seios frontais e parede medial das órbitas.
 - o No seio maxilar direito existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o No seio maxilar esquerdo existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o Na órbita direita existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o Na órbita esquerda existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o No palato duro existe fratura na linha média, sem desalinhamento.
 - o Presença de hemossinus em seios paranasais.

Dr. Arthur José Ventura da Nobrega
CRM/PB: 6481

Atendimento: 201900444092

Paciente: ALISSON DA SILVA SANTOS

Médico Solicitante: MARCELO DA COSTA

Idade: 18 anos

Data: 03/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Aparente insinuação do conteúdo da região frontal esquerda para o interior das células etmoidais e cavidade orbitária esquerda. Conveniente correlação com dados clínicos e, a critério clínico prosseguimento do estudo com RM ou TC contrastada.

Desvio do septo nasal para a direita.

Pneumatização das lamelas verticais bilaterais.

Leve hipertrofia das conchas nasais inferiores, associada a espessamento do revestimento mucoso das paredes das fossas nasais.

Conteúdo hipodenso preenchendo a totalidade do seio maxilar direito, com septações de permeio.

Espessamento do revestimento mucoso dos seios frontais, maxilar esquerdo, células etmoidais.

Como variante anatômica da normalidade observa-se expansão do seio esfenoidal para o interior.

Trajetória das artérias carótidas internas insinuando-se nas paredes dos seios esfenoidais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi gerado em 03/09/2019 21:31



Dra. Danielle C. S. Pereira
CRM: 6088 - PB

Atendimento: 201900544778

Idade: 16 anos

Paciente: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data: 06/12/2019

Médico Solicitante: BELMIRO PINTO B NETO

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA FACE

Foram realizadas sequências Sagital T1, Axial T1, Axial T2, Coronal T2 com supressão de gordura. Foi realizada análise conjunta com o estudo tomográfico computadorizado prévio do dia 18/04/19, deste serviço. Artefatos de movimentos degradaram as imagens obtidas e limitaram a análise.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

Alterações pós-cirúrgicas no teto da órbita e no seio frontal à esquerda.

Área de encefalomalácia glicose frontal bilateral, com dilatação compensatória dos cornos frontais dos ventrículos laterais.

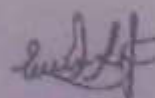
Descontinuidade da lâmina crivosa e da lâmina papirácea à esquerda, com aparente insinuação de conteúdo intracraniano (líquórico e da área de encefalomalácia acima descrita).

Desvio sinuoso do septo nasal.

Espessamento mucoso em células etmoidais e seios maxilares.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 15/12/2019 08:22



Dr. Eduardo W. R. D. de Arruda
CRM: 8822 - PB

Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda.

Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69

RUA RODRIGUES ALVES 1580 -BODOCONGÓ CEP:58429-145 CAMPINA GRANDE-PARAÍBA Fone: 83 3333-3000

WinAudio (#WAUDI218359)

Avaliação Audiológica

Emissão: 25/11/2019

Funcionário/Paciente: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 25/11/2019

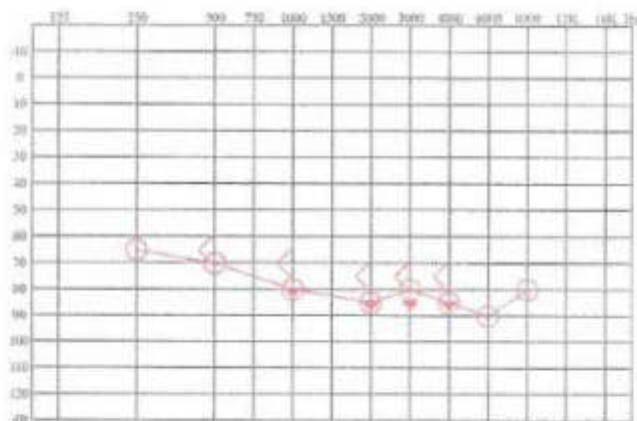
Idade: 16 anos e 8 mes(es) Sexo: Masculino

Tipo Consulta: Particular

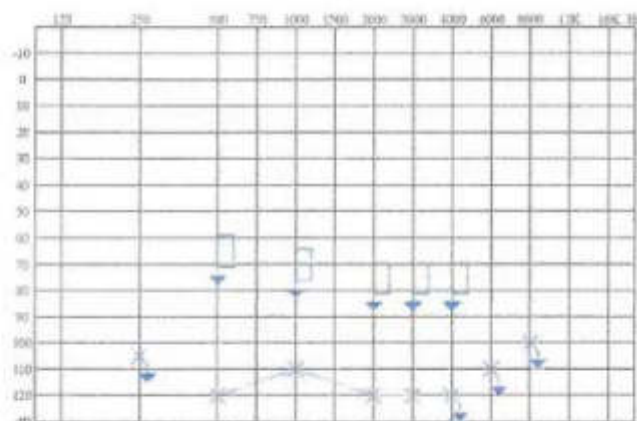
Audiômetro: BETA 6000 (Última Aferição: 02/08/2019)

AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA



Mascaramento (em dB)

	VA		VO		LOGO
	Min	Max	Min	Max	
OD					
OE					

PARECER AUDIOLÓGICO

Perda auditiva sensorineural de grau severo na OD e grau profundo na OE.

CRF#: 12353 Raianny Medeiros do Nascimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-211



Alisson da Silva Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.893.417 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2019

NOME ALISSON DA SILVA SANTOS

FILIAÇÃO FÁBIO JUNIO DOS SANTOS TRAJANO
JACILENE JANUÁRIO DA SILVA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 10/03/2003

DOC ORIGEM NASC. N. 1747 FLS. 45 LIV. A3

CARTÓRIO SANTO ANDRÉ-PB

CPF 135.981.724-78

Alisson da Silva Santos

LEI Nº 11.101 DE 2008/03

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-211



Gealme Jomécio da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	3.236.546	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 09/04/2015
NOME	JACILENE JANUÁRIO DA SILVA		
FILIAÇÃO SEBASTIÃO JOSÉ JANUÁRIO GENILDA DA SILVA			
NATURA E IDADE	DATA DE NASCIMENTO		
GURJÃO-PH	06/11/1987		
COG. ORIGEM	NASC. N. 1175 FLS. 101 LIV. 02-A		
	CARTÓRIO SANTO ANDRÉ-PH.		
CPF	069.635.644-93		
Info Pessoa - PH	ASSINATURA DO DETENTOR		
LEI Nº 7.116 DE 29/04/83			