



Número: **0801093-23.2020.8.15.0631**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Juazeirinho**

Última distribuição : **19/11/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Honorários Advocatícios**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALISSON DA SILVA SANTOS (AUTOR)		RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)	
JACILENE DA SILVA (REPRESENTANTE)		RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)	
ITAU SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75587742	04/07/2023 10:16	Petição	Petição
75588158	04/07/2023 10:16	2883968_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos
75588159	04/07/2023 10:16	2883968_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02_compresed (1)	Outros Documentos

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE JUAZEIRINHO/PB

Processo: 08010932320208150631

ITAU SEGUROS S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALISSON DA SILVA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JUAZEIRINHO, 30 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:16:35
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410163514900000071209185>
Número do documento: 23070410163514900000071209185

Num. 75588158 - Pág. 2

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.

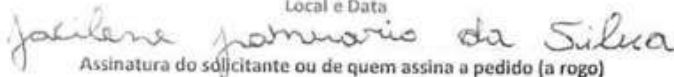
(DESCREVER)

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

Boa tarde, venho aqui discordar do valor pago ao meu filho, pois ele ficou com bastante limitações, ou seja, depois do 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 André-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
sonho com número 3200/325725, com
virtude de não concordar com o valor pago,
pelo segundo Tabula de invalidez utilizada
para anulação de seguro DPVAT, a seguir
em grau moderado em 30%, 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 pontal R\$ 4.050,00
(quatro mil e cinquenta reais), e finalmente
a perda da audição mesmo no ouvido direito,
e profundo no ouvido esquerdo, R\$ 4.590,00
(quatro mil quinhentos e noventa reais).

Caro novoente 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 físicos do meu
filho.

Por favor, analisem mais detalhadamente.

Muito Obrigado pela sua atenção

João Francisco da Silva

Santo André - PB, 24 de abril de 2020.

credeal



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

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

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

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

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

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

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

ALISSON DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **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\$1.00 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: CONTA: AGÊNCIA: **0001** CONTA: **8913769**

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 LIDER 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 "seu" nasceu (ou nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima "seu" nasceu (ou nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 regra)

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

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

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)

FPS.001 V002/2019



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15650479





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00911/00912 - carta_03 - INVALIDEZ

00040456



Carta nº 15650530





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

Rio de Janeiro, 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





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

Rio de Janeiro, 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: INTERRUÇÃO 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

Pag. 01171/01172 - carta_02 - INVALIDEZ

00030586



Carta nº 15734029



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:16:37

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410163592800000071209186>

Número do documento: 23070410163592800000071209186

Num. 75588159 - Pág. 16



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01395/01396 - carta_25 - INVALIDEZ

00020698





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

Rio de Janeiro, 06 de 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.

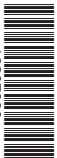
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01193/01194 - carta_30 - INVALIDEZ

00020597



**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 EQUILIBRIO, 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 EQUILIBRIO, 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

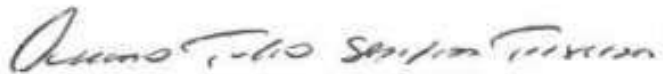
% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Administradora de Seguros DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0099338120 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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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 nascitor)? ☐ 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)





Administradora de Seguros DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0099338120 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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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 (vários)? ☐ 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)







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 comprometidas 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

Fisio-Ponto - CREFITO 0337

Campina Grande, PB - CEP 57.080-132/9 96208545 e-mail: fisio.lig@outmail.com



20191212_150200.jpg



Baixar



Tela inteira



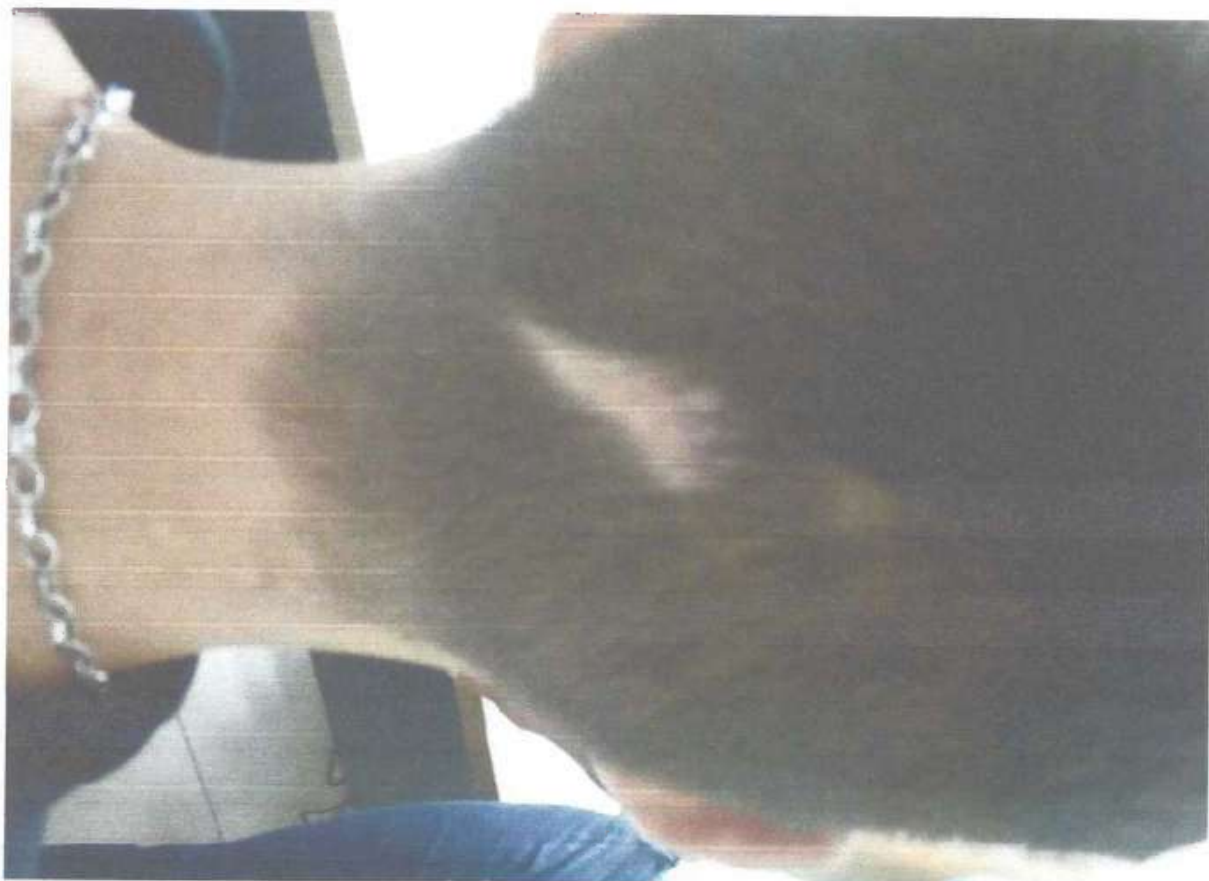
Imprimir



Mostrar email







Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

MC
V36Kj

Polymers are formed by the reaction of monomers. The monomers are small molecules that can react with each other to form a long chain of repeating units. The process of polymerization can be initiated by heat, light, or a catalyst. The resulting polymer can have a wide range of properties, depending on the monomers used and the conditions of the reaction.

Paciente	Alveson da S. M. Soares	Alojamento	Isol	Leito		Convênio	
----------	-------------------------	------------	------	-------	--	----------	--

Data		Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
01/01/18	3. Injeção VO 100 - paracetamol						
2. Injeção VO 100 - paracetamol							
3. Injeção VO 100 - paracetamol							
4. Injeção VO 100 - paracetamol							
5. Injeção VO 100 - paracetamol							
6. Injeção VO 100 - paracetamol							
7. Injeção VO 100 - paracetamol							
8. Injeção VO 100 - paracetamol							
9. Injeção VO 100 - paracetamol							
10. Injeção VO 100 - paracetamol							
11. Injeção VO 100 - paracetamol							
12. Injeção VO 100 - paracetamol							
13. Injeção VO 100 - paracetamol							
14. Injeção VO 100 - paracetamol							
15. Injeção VO 100 - paracetamol							
16. Injeção VO 100 - paracetamol							
17. Injeção VO 100 - paracetamol							
18. Injeção VO 100 - paracetamol							
19. Injeção VO 100 - paracetamol							
20. Injeção VO 100 - paracetamol							
21. Injeção VO 100 - paracetamol							
22. Injeção VO 100 - paracetamol							
23. Injeção VO 100 - paracetamol							
24. Injeção VO 100 - paracetamol							
25. Injeção VO 100 - paracetamol							
26. Injeção VO 100 - paracetamol							
27. Injeção VO 100 - paracetamol							
28. Injeção VO 100 - paracetamol							
29. Injeção VO 100 - paracetamol							
30. Injeção VO 100 - paracetamol							



Idade: 14A
Sexo: F

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alusio da Silva Santos Admissão: 15/01/2023 Leito: 1501 Convênio: Doença: Infecção urinária
Tratamento: Antibiótico e analgésico
Exames: UreterogramaData: 15/01/2023 Prescrição Médica: Amoxicilina 500mg/8h

Horário

Evolução Médica

1) Amoxicilina 500mg/8h2) Cloridrato de Paracetamol 500mg3) Amoxicilina 500mg/8h4) Cloridrato de Paracetamol 500mg5) Amoxicilina 500mg/8h6) Cloridrato de Paracetamol 500mg7) Amoxicilina 500mg/8h8) Cloridrato de Paracetamol 500mg9) Amoxicilina 500mg/8h10) Cloridrato de Paracetamol 500mg11) Amoxicilina 500mg/8h12) Cloridrato de Paracetamol 500mg13) Amoxicilina 500mg/8h14) Cloridrato de Paracetamol 500mg15) Amoxicilina 500mg/8h16) Cloridrato de Paracetamol 500mg17) Amoxicilina 500mg/8h18) Cloridrato de Paracetamol 500mg19) Amoxicilina 500mg/8h20) Cloridrato de Paracetamol 500mg21) Amoxicilina 500mg/8h22) Cloridrato de Paracetamol 500mg23) Amoxicilina 500mg/8h24) Cloridrato de Paracetamol 500mg25) Amoxicilina 500mg/8h26) Cloridrato de Paracetamol 500mg27) Amoxicilina 500mg/8h28) Cloridrato de Paracetamol 500mg29) Amoxicilina 500mg/8h30) Cloridrato de Paracetamol 500mg

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Adriano, Ck. Silva Santos	Alojamento	
		Leito	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/08/2019			

EWG

Prescrição Médica

Horvath

Legitim

События

Evolution Matic

CHAMLOHA

217

of a calcium chloride solution. CaCl_2 is a very common salt.

Pet. com. 4-10-40. 40
 TCC of river salt marsh
 thicket. 1000' on 1000'.
 1000' of

OS - Exams

Am 25. 5. 1954

Admitted to the Dr. of Medicine
by the University of the State of New York
in 1891, and is now a member of the
New York State Bar Association.

the new photo book
part with me
as well

ADCE: CD is 0.5 mm.

19975 St. John's Ch. 10
St. John's Ch. 10 Ch. 10

#440, Nuns of the Order

6 Oct. SOLATE PIC DA GRIFF

2. Conjugates -
Conjugate acid HCl

10/10/2011

ACD 01

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

16 June
P. Mann of the Indians

Leico

Convénio

Prescrição Médica

Hojáño

Evolução Médica

① Peter
② Mrs. Clark

③ Marktliche Mutation

3) Method of Exhaustion

(5) [1] km - 600 ft. pro-
cessed by 500 ft.
N 60 E 20 S

Cell 1.3
Cm. 1.3
Cm. 1.3

10. 4 Copies by the firm

Dr. William Lutz and his
the others

4 Dec 1964

[illegible]

Ed 13-17-1900

James P. Beckwith

File C-12

Primer 01 mmm

De Houten De

100th St. Park

[illegible][illegible]

Packed group in German

Plum 635 BT: 1 medium li pr
ving 4 last year 1 cc.

Available for the year
and for the year
and for the year

[illegible]

De Wit's Pickle of Peppery

[Handwritten signature]

10/02/2017		PRESCRIÇÃO		AFRAZAMENTO		SINCRONIA	
1	DIETA LÍQUIDA						
2	SE 0,9% 500ml 4x/dia 500 125ml/h		10	14	18	02	08
3	LEV OFLOXACINO 500mg 1x/dia		10	14	18	02	08
4	CLINDAMICINA 600mg + 5 0,5% 100ml IV 6/6h		10	14	18	02	08
5	HEPARINA 100mg 7,5NE 12/12h		10	14	18	02	08
6	ONFENTRACOL 80mg EV 2x/DIA		10	14	18	02	08
7	LASIX 1amp IV ACM		10	14	18	02	08
8	OPROCTOL 1amp + AMOTIL 6/6h ACM		10	14	18	02	08
9	VALIACURON 4mg 4 ASD EV 6/6h ACM		10	14	18	02	08
10	DOXAMINUM 100mg + BENZIL 250 + 500,9% 100ml IV 6/6h ACM		10	14	18	02	08
11	GHSD% 30ml EV se HGT < 70mg/dl		10	14	18	02	08
12	HGT 6,7% + INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO		10	14	18	02	08
13	CLEXANE 400mg SC 1x/DIA ACM		10	14	18	02	08
14	HIGIENE ORAL 3x/DIA		10	14	18	02	08
15	DECUBITO ELEVADO 30º / CABEÇA POSIÇÃO NEUTRA		10	14	18	02	08
16	TRISOTERAPIA GLOBAIS INTENSIVA		10	14	18	02	08
17	MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA		10	14	18	02	08
18			10	14	18	02	08
19			10	14	18	02	08
20	PARECER DIÁRIO DA PEDIATRIA		10	14	18	02	08
21	TRANSFERÊNCIA IMEDIATA P/ UTI PEDIÁTRICA, ASSIM QUE POSSÍVEL		10	14	18	02	08
ARTURO		KATYNE / ALZENIR					
MÉDICO		ENFERMEIROS					

15/12/2017		16/12/2017		17/12/2017		18/12/2017		19/12/2017		20/12/2017		21/12/2017	
ANamnese e Exame Físico PRESCRIÇÃO 1. DLE: 1-80 2. F: 6,5% 500mg EV 4/6h b/c 125mg/6h 3. LEVOFLOXACINO 500mg 1x/DIA 4. CLINDAMICINA 600mg + SF0,9% 100ml EV 6/6h 5. FEWITONINA 100mg 1x/5x/6 2x/12h 6. OMEZ/ACID 40mg EV 1x/DIA 7. LASIX 1amp. EV ACM 8. DILATORIA 1amp. - ABC F: 5/6h ACM <i>200mg 4x/6h</i> 9. HAUSIDRO 4gmg + ABC EV 8/8h ACM 10. DICANONIDE 100mg + PENTANIL 214 + SF0,9% 100ml EV b/c ACM 11. GHSOX 30mg EV se HGT < 70mg/dl 12. HGT 6/5h + INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO 13. CLEAXANE 40mg SC 1x/DIA ACM 14. HIGIENE ORAL 3x/DIA 15. DECURBITO FLEVANDO 30º/ CABELA POSIÇÃO NEUTRA 16. FISioterapia GLOBAL INTENSIVA 17. MONITORIZAÇÃO MD TIPARAFITICA 18. 19. 20. PARECER DIÁRIO DA PEDIATRIA 21. TRANSFERÊNCIA IMEDIATA P/ UTE PEDIÁTRICA, ASSIM QUE POSSÍVEL													
ALTAZAMENTO 08/12/2017													
ENFERMEIROS MÉDICO LUCIANO BETÂNIA													

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:16:37



CGH
040.24.12.1.4
FARMACIA
21/07

GOVERNO
ESTADO DO PARANÁ

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLÓGICA
DOMÍLIO GONZAGA LEAL ANDRIS
UTI ROSA

LEITO 13

ALISSON DA SILVA SANTOS

21/7/2023 / PRESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO	ADMISSÃO	BAIXE	EXC	ODM
1	DIETA LÍQUIDA 306 3/3h - AGU. NOS INTERVALOS	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
2	S/O 306 S/O 306 EV 4h BIC 125ml/h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
3	UNASIN 500mg EV 6/6h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
4	UNASIN 500mg EV 6/6h + S/O 306 100ml EV 6/6h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
5	INSULINA 100Umg P/SNE 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
6	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
7	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
8	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
9	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
10	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
11	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
12	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
13	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
14	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
15	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
16	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
17	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
18	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
19	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
20	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23
21	INSULINA 40Umg EV 12/12h	21/7/23	21/7/23	21/7/23	21/7/23

Reg. Hosp. 12.12.1.4
Município de Curitiba
CPS 428

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:16:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410163592800000071209186
Número do documento: 23070410163592800000071209186



**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME: *Alisson dos S. Santos* UN: _____ PRONT. Nº: _____
NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____
ADMISSÃO: *02/12/17* ALTA: *13/01/18*

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

Paciente vítima de acidente de trânsito, admitido em estado grave.

2. Resultado dos principais exames:

*TCE Grave (LAD + HSD Parital / contusão parital);
Múltiplas fraturas de fêmur;
Encefalopatia Aguda.*

3. Evolução e complicações:

Problemas de KPE

4. Terapêutica realizada:

Tratamento Cirúrgico de Fraturas

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo):

TCE + Fraturas múltiplas de fêmur + Encefalopatia

6. Orientações médicas para pacientes / egresso:

Internar para cirurgia de fratura de fêmur

7. Condições da alta:

☐ Curado ☐ Apendido ☐ Óbito ☒ Memorado ☐ Interleado
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, *15* de *01* de *18*

Rogério Finkbein
Cirurgião - Manão - FCM
CRM-PB 1360

Responsável pelo resumo



Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
02/12/14	UTIP NOITE	
	Eleva suspeito	
	Drafa P	
	Diurese 23ml/kg/1h	
	Evac aus	
	Em VMA FIO 40 PIP 20	
	PAP 5 FC 14 SpO2 98%	
	Sedado, impregnado, entubado,	
	ventilado, monitorado	
	REN 110 g/L Ht. 108x63(82)	
	MU 10/14	
	Assom - plano plano	
	Eleva facial c/ temporais	
	supra range of disact.	
	paragranulato.	
	Orientação da BTF: evita	
	manipulação facial.	
	Não limpar	
	Eduardo Lima de Assis CRM-PC 2486	
	<i>[Assinatura]</i>	



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alisson da Silva 25/07/2023 Admissão 7/07/2023 Leito 100 ConvênioPaciente Alisson da Silva
Pode ambular, alimentar

DATA	Prescrição Médica	Exame	Evolução Médica
11/07/23	1. <u>Exame físico</u> 2. <u>Exame físico</u> 3. <u>Exame físico</u> 4. <u>Exame físico</u> 5. <u>Exame físico</u> 6. <u>Exame físico</u> 7. <u>Exame físico</u> 8. <u>Exame físico</u> 9. <u>Exame físico</u> 10. <u>Exame físico</u> 11. <u>Exame físico</u> 12. <u>Exame físico</u> 13. <u>Exame físico</u> 14. <u>Exame físico</u> 15. <u>Exame físico</u> 16. <u>Exame físico</u> 17. <u>Exame físico</u> 18. <u>Exame físico</u> 19. <u>Exame físico</u> 20. <u>Exame físico</u> 21. <u>Exame físico</u> 22. <u>Exame físico</u> 23. <u>Exame físico</u> 24. <u>Exame físico</u> 25. <u>Exame físico</u> 26. <u>Exame físico</u> 27. <u>Exame físico</u> 28. <u>Exame físico</u> 29. <u>Exame físico</u> 30. <u>Exame físico</u> 31. <u>Exame físico</u> 32. <u>Exame físico</u> 33. <u>Exame físico</u> 34. <u>Exame físico</u> 35. <u>Exame físico</u> 36. <u>Exame físico</u> 37. <u>Exame físico</u> 38. <u>Exame físico</u> 39. <u>Exame físico</u> 40. <u>Exame físico</u> 41. <u>Exame físico</u> 42. <u>Exame físico</u> 43. <u>Exame físico</u> 44. <u>Exame físico</u> 45. <u>Exame físico</u> 46. <u>Exame físico</u> 47. <u>Exame físico</u> 48. <u>Exame físico</u> 49. <u>Exame físico</u> 50. <u>Exame físico</u> 51. <u>Exame físico</u> 52. <u>Exame físico</u> 53. <u>Exame físico</u> 54. <u>Exame físico</u> 55. <u>Exame físico</u> 56. <u>Exame físico</u> 57. <u>Exame físico</u> 58. <u>Exame físico</u> 59. <u>Exame físico</u> 60. <u>Exame físico</u> 61. <u>Exame físico</u> 62. <u>Exame físico</u> 63. <u>Exame físico</u> 64. <u>Exame físico</u> 65. <u>Exame físico</u> 66. <u>Exame físico</u> 67. <u>Exame físico</u> 68. <u>Exame físico</u> 69. <u>Exame físico</u> 70. <u>Exame físico</u> 71. <u>Exame físico</u> 72. <u>Exame físico</u> 73. <u>Exame físico</u> 74. <u>Exame físico</u> 75. <u>Exame físico</u> 76. <u>Exame físico</u> 77. <u>Exame físico</u> 78. <u>Exame físico</u> 79. <u>Exame físico</u> 80. <u>Exame físico</u> 81. <u>Exame físico</u> 82. <u>Exame físico</u> 83. <u>Exame físico</u> 84. <u>Exame físico</u> 85. <u>Exame físico</u> 86. <u>Exame físico</u> 87. <u>Exame físico</u> 88. <u>Exame físico</u> 89. <u>Exame físico</u> 90. <u>Exame físico</u> 91. <u>Exame físico</u> 92. <u>Exame físico</u> 93. <u>Exame físico</u> 94. <u>Exame físico</u> 95. <u>Exame físico</u> 96. <u>Exame físico</u> 97. <u>Exame físico</u> 98. <u>Exame físico</u> 99. <u>Exame físico</u> 100. <u>Exame físico</u>		

Diagnóstico

Older h. i. females

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alfonso de Sotillo Rodríguez	Alimento	3.500 gme Leche
----------	------------------------------	----------	-----------------

Aljermanio *Josep Maria J. Leito*

Compl...

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura fechada e não est.
da tíbia e fíbula

Paciente:

Alisson da Silva Gomes

Acometido:

Membro Superior

Convênio:

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Membro

Direita - Perna A

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna B

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna C

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna D

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna E

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna F

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna G

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna H

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna I

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna J

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna K

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna L

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna M

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna N

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna O

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna P

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Membro

Direita - Perna Q

Membro Superior

SND

e

e

e

e

e

e

e

e

e

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fratura fechada e consolidada do
tórax dx

Paciente: Wesley do Carmo Silva Alojamento: 1304 Leito: 1304 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Mortário	Evolução Médica
01/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
02/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
03/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
04/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
05/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
06/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
07/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
08/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
09/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
10/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
11/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
12/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
13/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
14/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
15/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
16/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
17/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
18/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
19/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
20/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
21/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
22/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
23/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
24/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
25/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
26/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
27/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
28/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.
29/08/2023	Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.		Paciente com fratura fechada e consolidada do tórax dx.

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Adriana da Silva Gonçalves Idade: 37 Anos Sexo: F Condição: Isolado Convênio:

Tratamento: Antibiótico + Analgésico
Evolução: Estável

Data	Prescrição Médica	Histórico	Evolução Médica
11/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
12/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
13/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
14/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
15/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
16/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
17/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
18/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
19/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
20/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
21/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
22/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
23/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
24/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
25/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
26/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
27/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
28/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
29/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
30/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
31/01/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
01/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
02/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
03/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
04/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
05/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
06/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
07/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
08/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
09/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
10/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
11/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
12/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
13/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
14/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
15/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
16/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
17/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
18/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
19/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
20/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
21/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
22/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
23/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
24/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
25/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
26/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
27/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
28/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
29/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
30/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		
31/02/2023	Adriana da Silva Gonçalves		

MCD 02

Diagnóstico

Post. Produktivität. 1. Stufe
70. Pk

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	A. M. S.	Alojamento	Le. D. 1. 2. 3.	Curvado
----------	----------	------------	-----------------	---------

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alisson da Silva SantosAdmissão: 19/07Leito: 133Convênio: União

40,6 kg

Paciente em uso de medicação para dor.

TCE grave, necessidade de suporte ABC-TCE e
TCE com suporte / suporte ABC-TCE por ABC
TCE de suporte de suporte de suporteData: 19/07/2023Horário: 10h

Evolução Médica

1. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

2. IN: 95 ST 95 ST

133

Falta de resposta

3. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

4. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

5. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

6. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

7. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

8. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

9. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

10. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

11. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

12. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

13. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

14. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

15. Exame físico: estável# 133

Falta de resposta

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Refratário (Pa. crônico) e ossos frágeis -
queixa de dor no dorso das costas há 10 dias.
Exame físico: sem alterações. Exame de
laboratório: sem alterações.

Paciente: Alisson da Silva SantosAlojamento: 1501Leito: 1501Convênio:

Data:

Prescrição Médica:

Horário:

Evolução Médica:

04.01.18: 1. Med. no 1501 - 1501

2. Med. no 1501 - 1501

Med. no 1501 - 1501

Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

B19: 2. Med. no 1501 - 1501

Assinado eletronicamente por:

SUELIO MOREIRA TORRES

CRM: PB 6102

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

14a
40,6 kgPolitrauma 1ºx vindo e pós fase +
TCE grave com fratura bacia pós-TCE!
ITU complicada (cateterizado por Uro)
Úlcera de pressão sacral grau 3

Paciente Alusão do Sítio Sínitos

Alimentação VOI

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Morfina

Evolução Médica

03.07.18

1. Med. VO 600 - 08:50h

Folheto farmacológico de MORF.

Med. VO 500 51 475 med

Leuado da TO estinto na evolução da

Med. VO 400 4 med

da. Sítio de cateter com 30 med

Med. VO 400 4 med

para o Sítio possível para cat

2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.

1. Med. VO 600 - 08:50h

2. Med. VO 500 51 475 med

3. Med. VO 400 4 med

4. Med. VO 400 4 med

5. Med. VO 400 4 med

6. Med. VO 400 4 med

7. Med. VO 400 4 med

8. Med. VO 400 4 med

9. Med. VO 400 4 med

10. Med. VO 400 4 med

11. Med. VO 400 4 med

12. Med. VO 400 4 med

13. Med. VO 400 4 med

14. Med. VO 400 4 med

15. Med. VO 400 4 med



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 | | 2 - CATEGORIA | |
| 3 - NOME DO SECRETÁRIO DE SAÚDE | | 4 - ENDEREÇO | |
| 5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
5.1 - NOME DO PACIENTE | | 6 - NOME DO PROCEDIMENTO | |
| 7 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE COM | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 9 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL | | 10 - TIPO DE PROCEDIMENTO | |
| 11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | 12 - TIPO DE PROCEDIMENTO | |
| 13 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA | | 14 - CÓD. IGSS MUNICÍPIO (15 - UF) | |
| 15 - CID | | 16 - CID | |

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

| | | | |
|---|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR | | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO MUDANÇA | |
| 22 - PROCEDIMENTO ESPECIAL | 23 - CÓD. DO ESPECIAL | 24 - CÓD. DO ESPECIAL | 25 - CÓD. DO ESPECIAL |

| | | | |
|---|---|--|---|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 28 - ATENDIMENTO PRESTADO EM ESTABELECIMENTO DE ATENDIMENTO | | | |
| ☐ DIÁRIA 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |

37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Suelio Moreira Torres (7001044)

| | | | |
|---------------------------------------|----------------|---|---|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | | | |
| 38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | 39 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 40 - DOCUMENTO | 41 - DOCUMENTO | 42 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| 44 - DOCUMENTO | 45 - DOCUMENTO | 46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 47 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| 48 - DOCUMENTO | 49 - DOCUMENTO | 50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |

MOD. 017



Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

NOME: ALISSON SILVA SANTOS

IDADE: 11 An

PESO: 60 kg

Hipóteses diagnósticas

| Diagnóstico | Data de início | Data da resolução |
|-----------------------------------|----------------|-------------------|
| Regredimento do Acidente de Morte | | |
| TIA - 2018 | | |
| Hematomas subgástricos - 2018 | | |
| Fraturas múltiplas em face | | |
| Intoxicação - 2018 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|------------------------|----------------|-------------|--------|
| Penicilina G | 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 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 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 e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 14/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

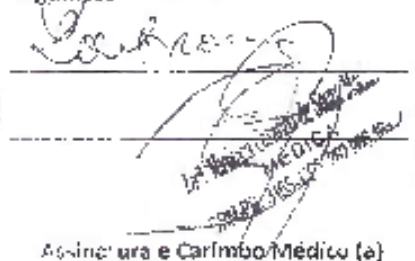
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 15/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

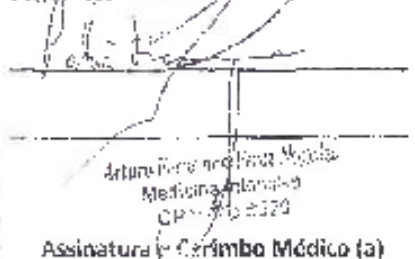
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura 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 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 e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 18/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

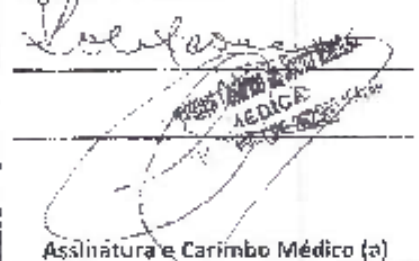
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura 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 e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 20/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

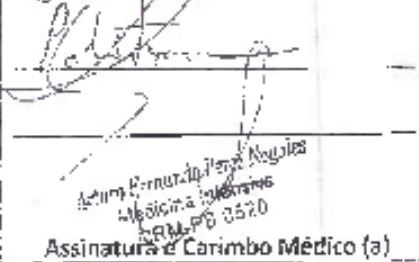
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura 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 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 e Carimbo Médico (a)



| | | | | |
|--|------------------------------|----------------------------|---|---------------|
|  SUS | Sistema
União de
Saúde | Nº Inimário
da
Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | Folhas
1/2 |
| | | | | |

| | |
|--|--|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
2 - CID-10 | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
4 - CID-10 | |

| | |
|--|--|
| 5 - NOME DO PACIENTE
6 - UF DO MUNICÍPIO | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO | |
| 10 - NOME DO PAI DO RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DO CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | |
| 13 - LOCAL DE RESIDÊNCIA
14 - CATEGORIA DA CIDADE
15 - UF | |

| | |
|---|--|
| 16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | |
|---|--|

| | |
|--|--|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | |
| 17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR
18 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ANTERIOR | |
| 19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA
20 - CID-10 DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA | |
| 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
22 - CID-10 INICIAL
23 - CID-10 SECUNDÁRIO
24 - CID-10 TERCIÁRIO | |

| | |
|---|--|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | |
| 25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
26 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
28 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |

| | |
|---|--|
| 31 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
TC e Gine
Neurologia e Fisiologia? | |
|---|--|

| | |
|--|--|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33 - Nº DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
34 - DATA DE SOLICITAÇÃO | |

| | |
|--|--|
| AUTORIZAÇÃO | |
| 35 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE
36 - Nº DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE
37 - DATA DE AUTORIZAÇÃO | |

MOD. 017



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOW 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. | MÚLTIPLAS 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. | 1501 |
| | | 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 |
|----------|---|---------|
| 06.01.18 | 1ª EVOLUÇÃO PEDIÁTRICA # | |
| | 36 °BH | |
| | Idade: 19a. Peso: 40,6 kg | |
| | HD: Politraumatismo | |
| | TCS grave + Fr. oríbital e ossos do face | |
| | BAV em os. fraturas. Óptico pós-TCS? | |
| | ITU complicada | |
| | Contusão por KPC (cultura neg. TOT) | |
| | Em uso de Vancomicina 500mg/kg/dia BID | |
| | Reg. uso de: Levofloxacino - BID | |
| | Controles: DT= 84°C Restante dos controles não anotados pela enfermagem. | |
| | Evolução: Paciente segue internado em UTE, com o cuidado da enfermagem, respirando em ar ambiente, sono e apetite preservados, diurese e evacuações presentes e fisiológicas. Queixa-se de dor abdominal. | |
| | Ao exam: C.R. consciente, orientado, anicticos, aq. hálito, normotenso, hidratado e apnéu ao tosse. | |
| | RCV: RGE em RT, BNF, SI sopro | |
| | AR- MV + em ART, SIRA | |
| | ABD: PUA +, cecostig. mediana, plúrio, flúido, depresso. | |
| | Sível, doloroso à palpação superficial e baixo ventral, STH: WJOM/mediclos palpáveis. | |
| | MMII: Sem edema, presença de escoriações e sinais de pressão grave em calcâneo D. | |





| | |
|---|-----------------------|
| NOME:
<u>Alisson da Silva Santos</u> | N.º PRONTUÁRIO |
| UTI | ENF. <u>isol</u> 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 fez.

| Data | EVOLUÇÃO | Rubrica |
|----------|---|---------|
| 29/12/17 | <u>##EVOLUÇÃO DIAGNÓSTICA##</u>
- 28° D.H. - Início = 19h - Peso = 60 Kg.
- HD: Polimiquetismo
- TCC grave - Ex. cefálico e cefas da face;
- BAV em DE (neuropatia ciliar AP-TCC?)
- ITD complicada
- Colomização por KPC (coluna no momento de TCC).
- TEM 22.00 - Vaguetismo 60g/Kg/dia - D53
- Imunização Sofis 12/12/16 - D4
- <u>##CONTROLES##</u> - T=37.2 AS 14h - Demais exames em processo no Pronto-Socorro
- <u>##EXATOS##</u> - AVP em MDE
- <u>##EVOLUÇÃO##</u> - Paciente segue em leito isolado, respirando AI, com boa amplitude de movimento do tórax, com sinais fisiológicos, com diálise (4) e exames de E sem necessidade de UFOT que em SEM FICHA DA UNIC DE 4/18 - Ainda não desmolda mais nas vitais 24h sustentado satisfatório e sem ar de com mpoles. Contam a opressão uterina em processo em colúmbio direito (GRU I) sem quadro de hemorragia.
- <u>##EXAME FÍSICO##</u> ECG, consciente, hidratado (mas ainda não está eufórico), normotêmico, hiperstático, agitado, não responde a testes.
- AR: MV+ART, sem RA; cefálico, FR=10.000; SpO2=95% em AA
- ACV: PCH em 2T, ACNE, SL 30mg, FC=100bpm
- <u>##LABORATÓRIO##</u> : SANGUÍNEO, BHA(4), não tem, depressivos, com DOR moderada a severa isolada em região superior IV ADDUT - sem VASO DOPINGO.
- <u>##PREVENÇÕES##</u> : NECESSÁRIAS, VACCIN, sem VACIN. Paciente em MIO (+19h).
- <u>##ALTA##</u> - Paciente em colúmbio (GRU I). | |

(Assinatura)



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.

Num. 75588159 - Pág. 57

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 esfenóide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura oclusiva, 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/PE: 6481



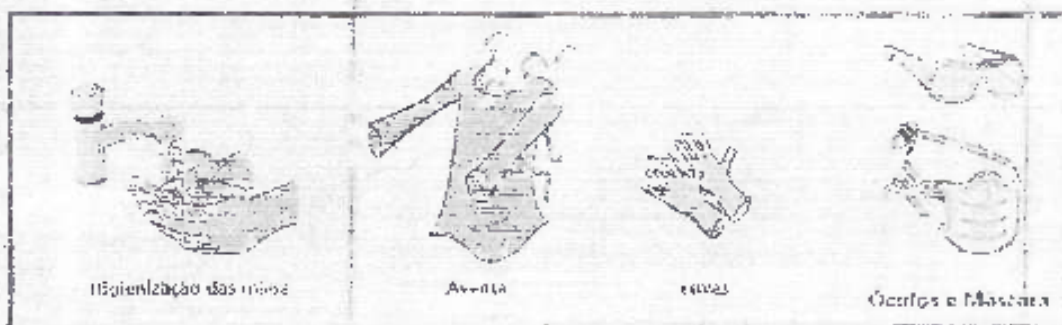


Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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 produtora de carbapenemase -~~
~~teste de hidrolase 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: 22/12/22

Hospital de Emergência e Trauma
de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Exatidão e rapidez sempre!

Resumo





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: 24/11/14

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

DEXIGA: ☐ Normal ☐ Alterado



Outras observações:

*com bolsa
inflada no seu interior.
Presença de líquido
livre.*

CONCLUSÃO

Dr. Suelio
2591-96

Campina Grande, 24/11/2014

Assinatura e Carimbo do Médico

MOD 02





| | | | | |
|-----|------------------------|---------------------|---|-----------|
| 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 SOLICITANTE | | 2 - CLASSE | |
| 3 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE | | 4 - CEP | |
| 5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
NOME DO PACIENTE | | 6 - NÚMERO DO PACIENTE | |
| 7 - DATA DO NASCIMENTO DE 04/05/2011 | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 9 - SEXO DO PACIENTE | | 10 - SEXO | |
| 11 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL | | 12 - TELEFONE DE CONTATO | |
| 13 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL | | 14 - CEP DO RESPONSÁVEL | |
| 15 - MUNICÍPIO DO RESPONSÁVEL | | 16 - CIDADE DO RESPONSÁVEL | |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - VIGÊNCIA | | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MODIFICAÇÃO | | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MODIFICAÇÃO | |
| 22 - NOME DO RESPONSÁVEL | | 23 - CIDADE DO RESPONSÁVEL | |
| 24 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL | | 25 - CEP DO RESPONSÁVEL | |

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |

| | |
|--|--|
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | |
| <p>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</p> | |

| | |
|---|---|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 41 - DATA DE ASSINATURA |
| 42 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 43 - CIDADE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| 44 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 45 - CEP DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |

| | |
|--|--|
| AUTORIZAÇÃO | |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | 47 - DATA DE ASSINATURA |
| 48 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | 49 - CIDADE DO PROFISSIONAL AUTORIZADO |
| 50 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | 51 - CEP DO PROFISSIONAL AUTORIZADO |

MOD. 017





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

| | | | |
|---|--|--------------------------|--|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | 2 - CRES | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | 4 - CRES | |
| 5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | 6 - NOME DO PACIENTE | |
| 7 - DATA NACIONAL DE SAÍDA (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 9 - NOME DA MÃE (ou nome de solteira) | | 10 - SEXO | |
| 11 - NOME DO PACIENTE (CNS) | | 12 - TELEFONE DE CONTATO | |
| 13 - ENDEREÇO (CNS, NÚMERO) | | 14 - CID DO PROCEDIMENTO | |
| 15 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA | | 16 - CID DO PROCEDIMENTO | |

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 - MUDANÇA | 21 - CID DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA |
| 22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | 23 - CID DO PROCEDIMENTO |
| 24 - CID DO SECUNDÁRIO | 25 - CID DO TERCIÁRIO |

| | |
|--|-----------------------------------|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 27 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UM COM DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | 29 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE TIPO I ☐ DIÁRIA DE TIPO II ☐ DIÁRIA DE TIPO III | 30 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 32 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 34 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |

35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

| | |
|-----------------------------------|--|
| 36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | |
|-----------------------------------|--|

| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 38 - DATA DE EMISSÃO |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 40 - DATA DE EMISSÃO |

| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| AUTORIZAÇÃO | |
| 41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 42 - DATA DE EMISSÃO |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 44 - DATA DE EMISSÃO |

MSD. 077





| | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------|---|--------------|
| | Secretaria
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
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR | | 2 - CIES |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIALIZADO | | 4 - CIES |

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE
<i>Silverson da Silva Santos</i> | | 6 - CIDO PROBL. ABC |
| 7 - DISTRITO NACIONAL DE SAÚDE (DNG) | 8 - DATA DE NASCIMENTO | 9 - SEXO
Mascul: ☐ 1 Femin: ☐ 2 |
| 10 - CIDO DA VASO RESPONSÁVEL | 11 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE | 12 - CIDO DA VASO RESPONSÁVEL |
| 13 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE | 14 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE | 15 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE |

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

| | | | |
|---|--|--|--|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | |
| 17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ATENÇÃO | 18 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ATENÇÃO | 19 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | 20 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA |
| 21 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | 22 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | 23 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | 24 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA |

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | |
| 25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
<i>TC de exame sem contraste</i> | 26 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 27 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 28 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 29 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 30 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 31 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 32 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 33 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 34 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 35 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 36 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |

37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

| |
|---|
| Paciente politraumatizado com TCE grave, portador de fratura bilateral de fêmur. Última TC no dia 02/05/17. |
|---|

| | | |
|--|---|---|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | | 38 - DATA DE SOLICITAÇÃO
04/11/17 |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
<i>ELIENE MORAIS SANTOS</i> | 40 - ENDEREÇO E CONTATO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 41 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| AUTORIZAÇÃO | | 42 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 43 - DATA DE SOLICITAÇÃO |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | 45 - ENDEREÇO E CONTATO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | 46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | 47 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO |

MOD. 017



4.13.

| | | | | |
|--|------------------------------|---------------------------|---|--------------|
|  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 EXCLUIRANTE: _____ | | | 4 - CID: ____ | |
| 5 - Identificação do Paciente
A - NOME DO PACIENTE: <u>Alisson da Silva Santos</u> | | | B - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 6 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ | | | 7 - DATA DE NASCIMENTO: _____ | |
| 8 - TIPO DE MÚLTIPLA RESERVAÇÃO: _____ | | | 9 - SEXO: ☒ M ☐ F | |
| 10 - ENDEREÇO COMPLETO: _____ | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO: _____ | |
| 12 - QUANTIDADE DE RESERVAÇÃO: _____ | | | 13 - CID: _____ | |

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

| | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | 11 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 12 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 13 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 14 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 15 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 16 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 17 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 18 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 19 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 20 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 21 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 22 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 23 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 24 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 25 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 26 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 27 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 28 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 29 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 30 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 31 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |

| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | |
|---|---|
| 1 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <i>Tamagnone de Adriano com Gênesis</i> </div> | 2 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| 3 - CO-RELAÇÃO DEPENDENTE: SEM CÔDIGO DE ACOMPANHANTE
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 4 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| ☐ DIÁRIO DE ACOMPANHANTE
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | ☐ JÚRIA DE UTÍ TIPO I
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| 5 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PROCEDIMENTO ESPECIAL
 <i>111211</i> </div> | 6 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| 7 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 8 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| 9 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 10 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |

38 JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

3º DPO L. aporof. explend + estroveramento de lmpa,
2 porcentando ligada a p. com tona: ao USG A24.
Vessa de ducto lmpatizo? Cstener de quilo?
Vessa de ducto de Wirsung.

[illegible]

002 017



| | | | | |
|--|---------------------------|---|--|--------------|
|  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 - CINES | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO | | 4 - CINES | |
| 5 - Identificação do Paciente | | | |
| 6 - NOME DO PACIENTE
ALISSON DA SILVA SANTOS | | 7 - N° DO PRONTUÁRIO | |
| 8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE | | 9 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL | | 11 - TELEFONE DE CONTATO | |
| 12 - ENDEREÇO RUA, N° e CIDADE | | 13 - CEP | |
| 14 - MUNICÍPIO E ESTADO | | 15 - UF | |

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ATUAL ANTERIOR | | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA | |
| 22 - DIAGNÓSTICO MORAL
POLITRAUMATISMO | | 23 - CC - PRINCIPAL | |
| 24 - CID - PRINCIPAL | | 25 - CID - SECUNDÁRIAS | |

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
TC DE CRÂNIO SIMPLES | | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE NOME DO RESPONSÁVEL DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 30 - DATA DE ACOMPANHANTE | | 31 - DATA DE UTILIZAÇÃO | |
| 32 - DATA DE UTILIZAÇÃO | | 33 - DATA DE UTILIZAÇÃO | |
| 34 - DATA DE UTILIZAÇÃO | | 35 - DATA DE UTILIZAÇÃO | |
| 36 - DATA DE UTILIZAÇÃO | | 37 - DATA DE UTILIZAÇÃO | |
| 38 - DATA DE UTILIZAÇÃO | | 39 - DATA DE UTILIZAÇÃO | |

| | |
|--|--|
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | |
| * HED FRONTAL / LAD / HEMOVENTRÍCULO
* CONTROLE EVOLUTIVO | |

| | |
|---|--|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
ARTURO FERNANDO PEREZ NOGALES | |
| 40 - DOCUMENTO | |
| 41 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 42 - DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO | |
| 43 - DATA DE VALIDADE DO DOCUMENTO | |

| | |
|---|--|
| AUTORIZAÇÃO | |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | |
| 45 - DATA DE EMISSÃO | |
| 46 - DATA DE VALIDADE | |
| 47 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO ESTABELECIMENTO | |





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



| | | | | |
|-----|------------------------------|---------------------------|---|--------------|
| 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 ESTAB. LEVANTADO NO LAUDO | | 2 - NOME DO ESTAB. LEVANTADO NO LAUDO | |
| 3 - NOME DO ESTAB. LEVANTADO NO LAUDO | | 4 - NOME DO ESTAB. LEVANTADO NO LAUDO | | 5 - NOME DO ESTAB. LEVANTADO NO LAUDO | |

| | | | | | |
|---------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|
| Identificação do Paciente | | 6 - NOME DO PACIENTE | | 7 - NOME DO PACIENTE | |
| 8 - NOME DO PACIENTE | | 9 - NOME DO PACIENTE | | 10 - NOME DO PACIENTE | |
| 11 - NOME DO PACIENTE | | 12 - NOME DO PACIENTE | | 13 - NOME DO PACIENTE | |
| 14 - NOME DO PACIENTE | | 15 - NOME DO PACIENTE | | 16 - NOME DO PACIENTE | |
| 17 - NOME DO PACIENTE | | 18 - NOME DO PACIENTE | | 19 - NOME DO PACIENTE | |

| | | | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|--|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | 20 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 21 - NOME DO PROCEDIMENTO | |
| 22 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 23 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 24 - NOME DO PROCEDIMENTO | |
| 25 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 26 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 27 - NOME DO PROCEDIMENTO | |
| 28 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 29 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 30 - NOME DO PROCEDIMENTO | |

| | | | | | |
|--|--|---------------------------|--|---------------------------|--|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | 31 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 32 - NOME DO PROCEDIMENTO | |
| 33 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 34 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 35 - NOME DO PROCEDIMENTO | |
| 36 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 37 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 38 - NOME DO PROCEDIMENTO | |
| 39 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 40 - NOME DO PROCEDIMENTO | | 41 - NOME DO PROCEDIMENTO | |

| | |
|--|--|
| 39 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | |
| TCE grave
neuropatia óptica hereditária??
BAV (E) + RFM direito anterior | |

| | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | | 42 - NOME DO SOLICITANTE | | 43 - NOME DO SOLICITANTE | |
| 44 - NOME DO SOLICITANTE | | 45 - NOME DO SOLICITANTE | | 46 - NOME DO SOLICITANTE | |
| 47 - NOME DO SOLICITANTE | | 48 - NOME DO SOLICITANTE | | 49 - NOME DO SOLICITANTE | |
| 50 - NOME DO SOLICITANTE | | 51 - NOME DO SOLICITANTE | | 52 - NOME DO SOLICITANTE | |

PAGE: 017



| | | | | |
|-----|------------------------|---------------------|---|-----------|
| 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 - CID | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE | | 4 - CID | |
| 5 - Identificação do Paciente | | | |
| 6 - NOME DO PACIENTE | | 7 - Nº DO PROTOCOLO | |
| 8 - NOME DO PACIENTE (se diferente) | | 9 - DATA DO EXAME | |
| 10 - NOME DO PACIENTE RESPONSÁVEL | | 11 - TELEFONE DO PACIENTE | |
| 12 - ENDEREÇO DO PACIENTE | | 13 - CID DO PACIENTE | |
| 14 - CID DO PACIENTE | | 15 - CID DO PACIENTE | |
| 16 - CID DO PACIENTE | | 17 - CID DO PACIENTE | |

| |
|---|
| 17 - CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) |
|---|

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

| | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 27 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 28 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 29 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 30 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 31 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 32 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 33 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 34 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 35 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 36 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 37 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |

| |
|--|
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO |
| TCE grave.
Neuropatia óptica homolateral?
BAV (OE) + RHM direto anexo. |

| | |
|---|---|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 40 - DATA DO EXAME |
| 41 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 42 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO |
| 43 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO | 44 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO |
| 45 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO | 46 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO |
| 47 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO | 48 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO |



02/12/2017



GOVERNO DO PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ STANISLAU TEJANDES



ATENDIMENTO URGENTE

PRONT (B.E) N°1554270

CLAS. DE EMERG. VERMELHO

TOMOCATIA REALIZADA EM

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ STANISLAU TEJANDES

Av. Bel. Florentino Peixoto, 4700 - Medeiros, Campina Grande - PB, CEP: 56432-903

Atendimento: 1º e 2º de Janeiro de 2017

Data: 02/12/2017

PACIENTE: ALISSON DA SILVA

CPF: 0358655066

Nascimento: 01/03/2003

SANTOS

Cidade: Santo André

Nome da Mãe: JANEIRNE DA SILVA

Responde por: JANEIRNE DA SILVA

Sexo: F

Idade: 14 anos

Pré: 14 anos

Pré: 14 anos

Pré: 14 anos

Pré: 14 anos

Pré: 14 anos

OBJETIVO: FICHA

OBJETIVO: FICHA

OBJETIVO: FICHA

MECANISMOS DO TRAUMA

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DO LESÃO (identifique o local com o número correspondente no corpo)

LOCAL DO LESÃO (identifique o local com o número correspondente no corpo)



1. Cabeça
2. Orelha esquerda
3. Orelha direita
4. Nariz
5. Boca
6. Lábios
7. Garganta
8. Pescoço
9. Braço esquerdo
10. Braço direito
11. Antebraço esquerdo
12. Antebraço direito
13. Mão esquerda
14. Mão direita
15. Cotovelo esquerdo
16. Cotovelo direito
17. Ombro esquerdo
18. Ombro direito
19. Tórax
20. Abdômen
21. Lombar
22. Pelve
23. Anos
24. Pernas
25. Pés

OBS:

QUEIMADURA:

SUSCETIVIDADE:

%

1º Grau

2º Grau

3º Grau

4º Grau

5º Grau

6º Grau

7º Grau

8º Grau

9º Grau

10º Grau

11º Grau

12º Grau

13º Grau

14º Grau

15º Grau

16º Grau

17º Grau

18º Grau

19º Grau

20º Grau

21º Grau

22º Grau

23º Grau

24º Grau

25º Grau

26º Grau

27º Grau

28º Grau

29º Grau

30º Grau

31º Grau

32º Grau

33º Grau

34º Grau

35º Grau

36º Grau

37º Grau

HTOG-Pol. de Aut. de Identificação

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

EXAME FÍSICO - INICIAL

05:45

٤١٢

Resente vilhada ocidentale da Macaolinha
com 8000 no total da colheita (520, lbs 000)
Al. F.

11. The 1. bit more the the = 1000 ft. in. 11. 1000 ft. in.

155. *Alma de la Cruz (S. 1880)*

TC performance: 100% (100% correct, 100% correct)

de Liondo subvotante

The average for the 1930-31
 1930-31 1931-32

CD: Repetition 100%

Handwritten: *Handwritten*

127 of 288
127 of 288
127 of 288

Dr. [illegible]

2000

1. Cerro de la Cruz

‘‘Theology and Culture’’

() Διαφορά α ούτο SETG_α. Η ΔΙΣΤΗΛΗ

Act. du portante ou responsable(duando necessari):

Ass. do Parlamento ou responsável (quando necessário):

Can you provide us with a copy of the quantity of the sample?

[illegible]

24F

Ficha de Acolhimento

| | |
|--|---|
| Nome: <u>Alisson dos Santos Leite</u> | Bairro: <u>Sanjoão</u> |
| End: <u>Sítio São João</u> | |
| Data de Nascimento: <u>16-03-03</u> | Documento de Identificação: <u>123456789</u> |
| Queixa: <u>Acidose</u> | Data do Atendimento: <u>02-10-13</u> Hora: <u>05:15</u> Documento: <u>123456789</u> |
| Acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não | |

Classificação de Risco

| | |
|--|--|
| Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo | Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fúria de dor ☐ Gemente |
| Frequência respiratória: | Frequência cardíaca: |
| Pressão arterial: | Temperatura axilar: |
| Dosagem de HGI: | Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida |
| Desambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca | |

Estratificação

(☒) Vermelho - atendimento imediato
(☐) Verde - atendimento até 4 horas

(☐) Amarelo - atendimento até 4 horas
(☐) Azul - atendimento ambulatorial

Suelio Moreira Torres
Assinatura e carimbo do profissional

MOF. 110



24/05/2019

GOVERNO
DO ESTADO DO PARÁ

HOSPITAL DE SAEREGUÊ E HIAUQUA DOM LUIZ GONZAGA FERREIRAS - O.B. 06.176.238.1035-55.
Av. Edil. Henrique Teixeira, 5700 - Tucuruí - Município de Tucuruí - PA, C.E.P.: 68422-900 Data: 17/05/2019
Unidade: 01/02019

Paciente: KALINE LEBERATO ALVES Idade: 027 M ATEMO: 2019954

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 27/10/2019 HORA: 08:17:09

ESPECIALIDADE: CLINICA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTOCICLETA

SINAIS VITAIS:
HTA: SAPO: FR: TEMP: FC: PR: PESO:

DIABETES () NÃO (X) NÃO HAS (X) NÃO
DEF. MOTOCICLETA (X) NÃO

ALERGIAS: NENHUMA
MEDICAÇÃO EM USO: NÃO
ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () TORMENTELA
() PRURIDO () TUBERCULOSE (X) DOR () HIPERTENSÃO () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLUENTE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIDURALGIA () CONSTIPÇÃO () MIELOMA () SÍNDROME () TOSSA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
ALTO

HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

DOENÇAS PREVIAS: NÃO

HORA: PA: TEMP: FC: FR: DIURSE: ASSINATURA: DO:

ENFERMEIRO/COREN

ENFERMEIRO/COREN

TORRES, VÂNIA TEREZA
ENFERMEIRA
COREN-PB 287.537

| | | | |
|--|-------------------|----------------|--|
| Nome do Paciente | | Nº Prontuário | |
| Almon de Jesus Santos | | | |
| Data da Operação | Enl. | Leito | |
| 01/12/2013 | | | |
| Operador | 1º Auxiliar | | |
| Everson Farias | André Mendes | | |
| 2º Auxiliar | 3º Auxiliar | Instrumentador | |
| | | | |
| Anestesiado | Tipo de Anestesia | | |
| Genio (Cela) | Genio + Intubação | | |
| Diagnóstico Pré-Operatório | | | |
| Politraumático - fratura de fêmur e de costela | | | |
| Tipo de Operação | | | |
| Laparotomia exploradora | | | |
| X - fratura de fêmur + fratura de costela | | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório | | | |
| Paciente com sangramento ativo no intestino grosso direito | | | |
| Relatório Imediato da Patologia | | | |
| | | | |
| Exame Radiológico no Ato | | | |
| | | | |
| Acidente Durante a Operação | | | |
| sem acidente | | | |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- Anestesia e Antiespasmódicos
- Colocação de Curativos
- Tratamento medicamentoso sintomático - febre e dor
- Monitorização
- Fisioterapia - Espirômetro
- Manobra de Valsalva
- Aspiração de Cavidade e de drenagem
- Exatidão
- Avaliação

Assinatura do Médico em Cavidade

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura do Anestesiologista

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Hospital de Emergência e Trauma de Curitiba - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Sobrenome: _____
 Data de Nascimento: _____
 Sexo: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 CTR: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Curitiba - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Sobrenome: _____
 Data de Nascimento: _____
 Sexo: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 CTR: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Curitiba - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Sobrenome: _____
 Data de Nascimento: _____
 Sexo: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 CTR: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Curitiba - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Sobrenome: _____
 Data de Nascimento: _____
 Sexo: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 CTR: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Curitiba - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Sobrenome: _____
 Data de Nascimento: _____
 Sexo: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 CTR: _____





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CALIFÚRIA GRANDE - PARAIBA

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 injeção endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE

Análise:

- Hipotenuação do espaço basal dos lobos frontais por edema/liquor.
- 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 anômalo das cisternas basais.
- Fratura cominativa 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 normal 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 normais.
- Alças delgadas e colônias de caixas 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 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. Vilena Vega
Médica Radiologista
CRM 10.9517



Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

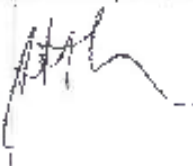
Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

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 aracnóides.
- 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 profundidade de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte medial do frontal, etmóide 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 palato 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 crânios 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.
- Hemovertebral, sem dilatação ventricular relevante.
- Demais achados sem alterações relevantes em relação ao estudo prévio.

Dr. Ygor Barbosa
Médico Radiologista
CRM 7160





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Haimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

OCORRÊNCIA Nº 000298/19

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, aí, 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, expede 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
Nº 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: 135.984.724-78 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: 135.984.724-78
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 9614-5664

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: 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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00496523 5

AGÊNCIA: CONTA:

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) nascido(s)? ☐ 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)



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 e Pombal, tendo como ponto de referência a residência de seu Fenelon Medeiros Sobrinho, em data de 16 de Dezembro de 2017, por volta das 23:55 min, feito a estabilização do mesmo, 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 se faz a presente declaração.

Santo André 27 de Novembro de 2019.


SUELIO MOREIRA TORRES
Secretaria Municipal de Saúde

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: 024.452.700-00

RUA HUMBERTO MACHADO DE ALEMEIDA, 122 CENTRO CEP:58675-000
E-MAIL: SI@sj.santoandre.pb.gov.br (83)35031065
FONE: (83)35031065



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









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

Fisio-Ponto - CREFITO 0337

Campina Grande, PB - CEP 57.080-127/9 96209545 e-mail: fisio.lig@outmail.com



20191212_150200.jpg



Baixar



Tela inteira



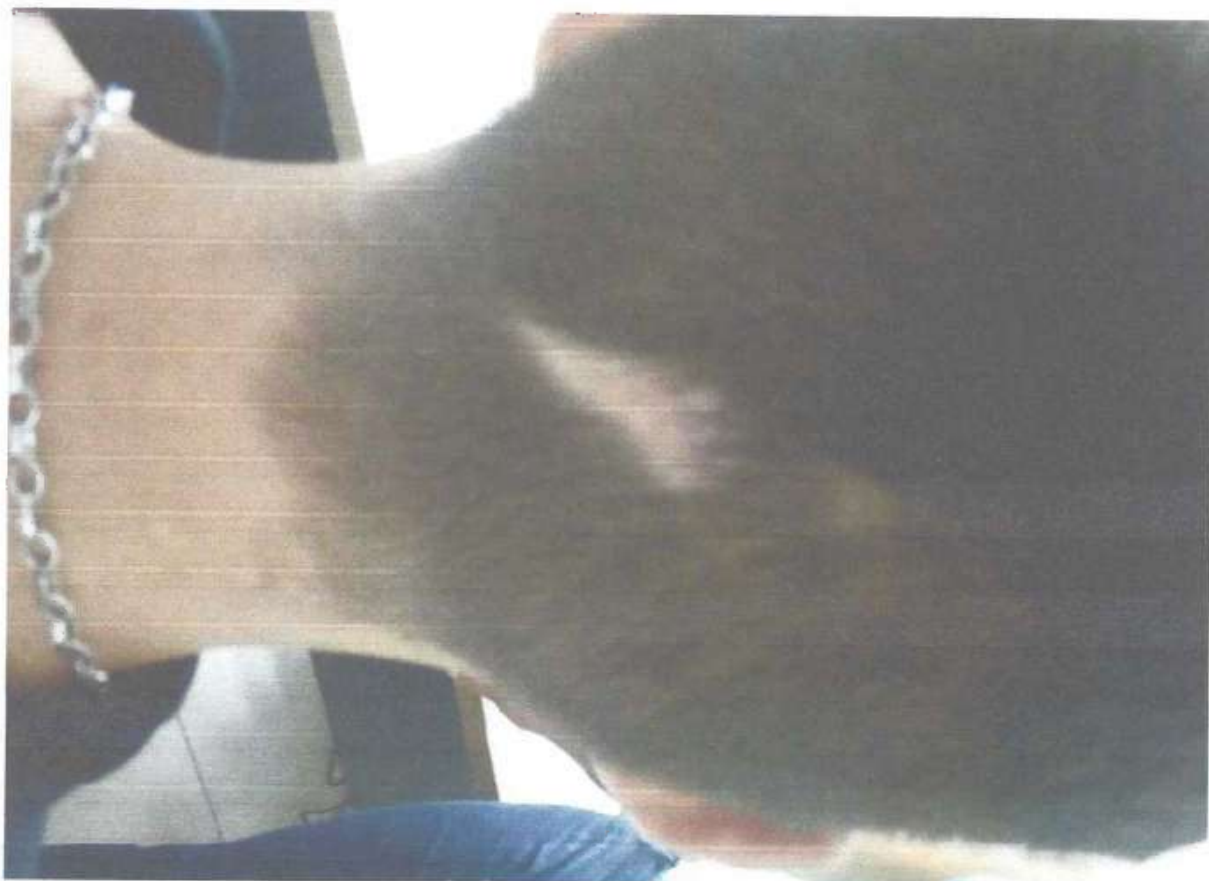
Imprimir



Mostrar email







FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

M.C.
40 Gkg

Posteriormente, foi admitido a internação, pois a
resposta terapêutica a terapia médica não
foi satisfatória, sendo necessário para isso
realizar a cirurgia para retirada da lesão.

| Paciente | Admissão da S.M.A. Secretária | Alojamento | Isol | Leito | Convênio |
|----------|-------------------------------|------------|------|-------|----------|
|----------|-------------------------------|------------|------|-------|----------|

Data Prescrição Médica

Evolução Médica

01/07/23 1. Paciente VO 04 - PAS 175-30

2. VO 50-57 433 mmHg

3. VO 50-57 433 mmHg EV 6/6h

4. VO 49-47 418 mmHg

02/07/23. Não dormiu bem (500 mmHg + 5 mmHg) - Fígado

6 mmHg + 110 mmHg SE 097 EV 10/10 6/6h

03/07/23. Não dormiu bem (500 mmHg + 5 mmHg) - Fígado

400 mmHg EV 20/24h

5. Paciente com dor abdominal - Fígado 4/4 mmHg +

3-6 mmHg AB EV 10/10 6/6h SE 0407 0407 0407

7. Taxa 235,8 mg

6. Omeprazol 40mg + 10 mmHg do documento

Fígado 4/4 mmHg EV 20/24h com fígado

7. Não dormiu bem (500 mmHg + 5 mmHg) - Fígado 2 mmHg + 110 mmHg

AB EV 4/4 SE 0/6h SE 0/6h SE 0/6h SE 0/6h

8. Fígado 4/4 mmHg + 10 mmHg do documento

9. Fígado 4/4 mmHg + 10 mmHg do documento

10. Fígado 4/4 mmHg + 10 mmHg do documento

11. Paciente com dor abdominal - Fígado 2 mmHg + 110 mmHg

12. Paciente com dor abdominal - Fígado 2 mmHg + 110 mmHg

13. Paciente com dor abdominal - Fígado 2 mmHg + 110 mmHg

14. Paciente com dor abdominal - Fígado 2 mmHg + 110 mmHg

15. Paciente com dor abdominal - Fígado 2 mmHg + 110 mmHg

16. Paciente com dor abdominal - Fígado 2 mmHg + 110 mmHg

17. Paciente com dor abdominal - Fígado 2 mmHg + 110 mmHg

18. Paciente com dor abdominal - Fígado 2 mmHg + 110 mmHg

19. Paciente com dor abdominal - Fígado 2 mmHg + 110 mmHg

20. Paciente com dor abdominal - Fígado 2 mmHg + 110 mmHg

Idade: 14A
Sexo: F

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alusio da Silva Santos Admissão: 15/01/2023 Leito: 1501 Convênio: Doença: Infecção urinária
Tratamento: Antibiótico e analgésico
Exames: Ureterograma

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Reflexão

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

DIO

(1) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(2) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(3) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

(4) Anestesia V.O. com 100mg de Propofol

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: ACRISTO, CRISTINA SANTOS Acolhimento: LEITO Convênio: UNIVAP

Data:

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

13-12

P.M.

CETIMOLÓGICA

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

13-12

Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.Paciente com quadro de
doença crônica de longa duração
e com quadro de insuficiência
cardíaca, sendo o tratamento
feito com medicação adequada
e com controle da pressão arterial.

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

16 anos
placem de glúteos e lombo

Alojamento

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Anamnese

1. Dor de

2. SNT de

3. Variação de

4. Imagem de

5. Imagem de

6. Imagem de

7. Imagem de

8. Imagem de

9. Imagem de

10. Imagem de

11. Imagem de

12. Imagem de

13. Imagem de

14. Imagem de

15. Imagem de

16. Imagem de

17. Imagem de

18. Imagem de

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

Paciente

| 10/02/2017 | | PRESCRIÇÃO | | AFRAZAMENTO | | SINCRONIA | |
|------------|--|------------------|----|-------------|----|-----------|----|
| 1 | DIETA A JEITO | | | | | | |
| 2 | SE 0,9% SODIUM 4/4h SUC 125ml/h | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 3 | LEV OFLOXACINO 500mg 1x/3h | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 4 | CLINDAMICINA 600mg + 5 0,5% 100ml IV 6/6h | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 5 | HEPARINA 100mg 7/5NE 12/12h | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 6 | ONERIVA 201 80mg EV 2x/DIA | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 7 | LASIX 1amp IV ACM | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 8 | OPRO 25 1a HP + AMOT 16/6h ACM | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 9 | VALIACURON 4mg 4 ASD EV 6/6h ACM | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 10 | DOLAMUNIL 100mg + BENZIL 25a + SUC 0,9% 100ml IV 6/6h ACM | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 11 | GHSD 30ml EV se HGT < 70mg/dl | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 12 | HGT 6/6h + INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 13 | CLEXANE 400mg SC 1x/DIA ACM | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 14 | HIGIENE ORAL 3x/DIA | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 15 | DECUBITO ELEVADO 30º / CABEÇA POSIÇÃO NEUTRA | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 16 | TRISOTERAPIA GLOBAL INTENSIVA | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 17 | MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA | 10 | 14 | 18 | 22 | 02 | 06 |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | PARCEIRO DIÁRIO DA PEDIATRIA | | | | | | |
| 21 | TRANSFERÊNCIA IMEDIATA P/ UTI PEDIÁTRICA, ASSIM QUE POSSÍVEL | | | | | | |
| ARTURO | | KATYNE / ALZENIR | | | | | |
| MÉDICO | | ENFERMEIROS | | | | | |

| 15/12/2017 | | 16/12/2017 | | 17/12/2017 | | 18/12/2017 | | 19/12/2017 | | 20/12/2017 | | 21/12/2017 | |
|--|--|------------|--|------------|--|------------|--|------------|--|------------|--|------------|--|
| <p>ANamnese e Exame Físico</p> <p>PRESCRIÇÃO</p> <p>1. DLE: 1-80</p> <p>2. F: 6,5% 500mg EV 4/6h b/c 125mg/6h</p> <p>3. LEVOFLOXACINO 500mg 1x/DIA</p> <p>4. CLINDAMICINA 600mg + SF0,9% 100ml EV 6/6h</p> <p>5. FENITOINA 100mg 1/5x/c 271,25</p> <p>6. OMEZ/ACID 40mg EV 1x/DIA</p> <p>7. LASIX 1amp. EV ACM</p> <p>8. DILATORIA 1amp. - ABC F: 5/6h ACM <i>200mg 4x/6h</i></p> <p>9. HAUSIDRO 40mg + ABC EV 8/8h ACM</p> <p>10. DICANIONE 100mg + PENTANIL 214 + SF0,9% 100ml EV b/c ACM</p> <p>11. GHSOX 30mg EV se HGT < 70mg/dl</p> <p>12. HGT 6/5h + INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO</p> <p>13. CLEAXANE 40mg SC 1x/DIA ACM</p> <p>14. HIGIENE ORAL 3x/DIA</p> <p>15. DECURBITO FLEVANDO 30º/ CABELA POSIÇÃO NEUTRA</p> <p>16. FISioterapia GLOBAL INTENSIVA</p> <p>17. MONITORIZAÇÃO MD TIPARAFITICA</p> <p>18.</p> <p>19.</p> <p>20. PARCEIR DIARIO DA PEDIATRIA</p> <p>21. TRANSFERENCIA IMEDIATA P/ UTE PEDIATRIA, ASSIM QUE POSSIVEL</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ALTAZAMENTO</p> <p>08/12/2017</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ENFERMEIROS</p> <p>MEDICO</p> <p>LUCIANO</p> <p>BETANIA</p> | | | | | | | | | | | | | |

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:16:37



| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| 1 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|

2000

428794

Aditya (199)

2. STU:35; STU:11' FV 4; 4h BXC 1230' 2h

| | | |
|-------------------|---|--------------------------------|
| DOI: 10.1002/anie | 1 | UNASYS S.A. SFCB 2600m EV G/GH |
|-------------------|---|--------------------------------|

0.01 = 1 g/100 ml² 1 VANCO MYCIN 1.0 mg + SFC, 2% 100 ml EV 12/24h ev 1

5. FIN: OINA 102179; POSN: 22, 123

5 1021-013201.4000R;V 12/13HS

7. (15) Lamp. EV. EXCISE

$$A = \frac{1}{2} \left(\text{DIPRIC} \cdot \text{PWP} - \text{DIP} \right) \cdot W \cdot g_j \cdot \sigma_1$$

| | DATE | DESCRIPTION | AMOUNT |
|----|-----------------------------------|-------------|--------|
| 11 | MAY USE DRCDN 400g + 400D 7/5/96b | ACUM | |

[illegible]

11. GI50%: 200 mg EV se iCT < 10 mg/Li

12 HGT 5754 - INSULINA REGULAR SC FELD PRC COLO

13. **SCIENCE ADVICE** SCIENCE ADVICE

| | |
|----|---|
| 14 | MATIL 40mE + SEO 55% 10h00 854 727121 |
|----|---|

| | |
|----|--------------------------|
| 13 | Highly Correl. r^2/DIA |
|----|--------------------------|

16. POST-EVENT DEBRIEFING

³⁷ [FERNANDEZ DE CORDOBA] BOCA-⁸⁰ ME LITERO.

29 | McCOMITTOBIZ N'XON MUITIPARASMETRICA

[illegible]

| | |
|----|-----------------------------|
| 29 | ALICE (1966) and 18 |
| 30 | PAPERES NABID DA BENIA TRIA |

21. TRANSFERÊNCIA IMEDIATA E UTILIZADORA. ASSIM QUE POSSÍVEL

PERSONAL INFORMATION

[illegible][illegible]

Percentage of the population aged 65 and over

Year

Japan

Italy

United States

China

India

Africa

Latin America

Middle East

Soviet Union

925.32-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235

12/15/2000

Handwritten: 10/10/10

9

CC/H
GMO 24 112 1 Y
Fasigondupf 22/10

**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME: *Alisson dos S. Santa* UN: _____ PRONT. Nº: _____
NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____
ADMISSÃO: *02/12/17* ALTA: *13/01/18*

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico):
Paciente vítima de acidente de trânsito, admitido em estado grave.

2. Resultado dos principais exames:
*TCE Grave (LAD + HSD Parital / contusão parital);
Múltiplas fraturas de fêmur;
Fratura de Anel pélvico.*

3. Evolução e complicações:
Problemas de KPE

4. Terapêutica realizada:
Tratamento Cirúrgico de Fraturas

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo):
TCE + Fraturas múltiplas de fêmur + Fratura de Anel pélvico

6. Orientações médicas para pacientes / egresso:
Internar para cirurgia de fratura de fêmur

7. Condições da alta:
☐ Curado ☐ Apendido ☐ Óbito ☒ Memorado ☐ Interferido
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, *15* de *01* de *18*

[Assinatura]
Responsável pelo resumo



| Data | EVOLUÇÃO | Rubrica |
|----------|-------------------------------|---------|
| 02/12/14 | UTIP NOITE | |
| | Eleva suspeito | |
| | Drafa P | |
| | Diurese 23ml/kg/1h | |
| | EAC aus | |
| | Em VMA FIO 40 PIP 20 | |
| | PEEP 5 RE 14 SpO2 98% | |
| | Sedado, empneico, eutrofico | |
| | Vitalidade moderada | |
| | REN 110 g/L Ht. 108 x 63 (82) | |
| | MV 12/14 | |
| | Assom - plano pleuro | |
| | Eleva facial c/ temporais | |
| | supra range of disact | |
| | paragranulato. | |
| | Orientação da BTF: evita | |
| | manipulação facial | |
| | Não limpar | |
| | Eduardo Lima de Assis | |
| | CRM-PC 2486 | |
| | Lima | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alisson da Silva 25/07/23Admissão: 7/07/2023 LeitoProcedimento: Convenio

Data

Prescrição Médica

Término

Evolução Médica

11/07/23 Exame físico: bom estado geral, sem alterações

12/07/23 Exame físico: bom estado geral, sem alterações

13/07/23 Exame físico: bom estado geral, sem alterações

14/07/23 Exame físico: bom estado geral, sem alterações

15/07/23 Exame físico: bom estado geral, sem alterações

16/07/23 Exame físico: bom estado geral, sem alterações

17/07/23 Exame físico: bom estado geral, sem alterações

18/07/23 Exame físico: bom estado geral, sem alterações

19/07/23 Exame físico: bom estado geral, sem alterações

20/07/23 Exame físico: bom estado geral, sem alterações

Exame físico: bom estado geral, sem alterações

Exame físico: bom estado geral, sem alterações

Exame físico: bom estado geral, sem alterações

Exame físico: bom estado geral, sem alterações

Exame físico: bom estado geral, sem alterações

Exame físico: bom estado geral, sem alterações

Exame físico: bom estado geral, sem alterações

Exame físico: bom estado geral, sem alterações

Diagnóstico

Explain the difference between the two types of cells.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| | |
|------------|------------|
| Esudiante | Almagamito |
| Almagamito | Esudiante |

Conyza

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|----------|--|---------|--|
| 14/04/76 | <p>Dr. Paulo Wanderley
 Exame de urina: 4 p. e 12 h. - 50-50
 Exame de urina: 12 h. e 18 h. - 50-50
 Exame de urina: 18 h. e 24 h. - 50-50</p> | | <p>BUP
 Exame de urina: 4 p. e 12 h. - 50-50
 Exame de urina: 12 h. e 18 h. - 50-50
 Exame de urina: 18 h. e 24 h. - 50-50</p> |
| | <p>Dr. Paulo Wanderley
 Exame de urina: 4 p. e 12 h. - 50-50
 Exame de urina: 12 h. e 18 h. - 50-50
 Exame de urina: 18 h. e 24 h. - 50-50</p> | | <p>Dr. Paulo Wanderley
 Exame de urina: 4 p. e 12 h. - 50-50
 Exame de urina: 12 h. e 18 h. - 50-50
 Exame de urina: 18 h. e 24 h. - 50-50</p> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Principles of Geometry + Geo E-1

| | | | | | |
|----------|--------------|------|--------------|----------|--|
| Paciente | <i>Assis</i> | Nome | <i>Assis</i> | Convênio | |
|----------|--------------|------|--------------|----------|--|

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fratura fechada e consolidada
da tíbia

Paciente: Wesley de Sousa Silva Alargamento: 1,50m Leito: 1 Convênio:

| Data | Prescrição Médica | Mortário | Evolução Médica |
|------------|---|----------|---|
| 01/08/2023 | Paciente com fratura fechada e consolidada da tíbia. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 02/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 03/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 04/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 05/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 06/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 07/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 08/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 09/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 10/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 11/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 12/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 13/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 14/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 15/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 16/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 17/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 18/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 19/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 20/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 21/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 22/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 23/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 24/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 25/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 26/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 27/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 28/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 29/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 30/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 31/08/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |
| 01/09/2023 | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. | | Paciente em bom estado geral, sem sinais de infecção ou complicações. |

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:16:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410163592800000071209186
Número do documento: 23070410163592800000071209186

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:16:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410163592800000071209186
Número do documento: 23070410163592800000071209186



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Adriana da Silva Souza Idade: 37 Sexo: F Condição: Isolado Convênio:

Tratamento: Antibiótico + Analgésico
Exames: Exames de laboratório

| Data | Prescrição Médica | Histórico | Evolução Médica |
|------------|------------------------|-----------|-----------------|
| 11/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 12/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 13/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 14/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 15/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 16/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 17/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 18/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 19/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 20/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 21/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 22/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 23/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 24/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 25/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 26/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 27/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 28/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 29/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 30/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 31/01/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 01/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 02/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 03/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 04/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 05/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 06/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 07/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 08/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 09/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 10/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 11/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 12/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 13/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 14/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 15/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 16/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 17/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 18/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 19/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 20/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 21/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 22/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 23/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 24/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 25/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 26/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 27/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 28/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 29/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 30/02/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 01/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 02/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 03/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 04/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 05/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 06/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 07/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 08/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 09/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 10/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 11/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 12/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 13/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 14/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 15/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 16/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 17/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 18/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 19/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 20/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 21/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 22/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 23/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 24/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 25/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 26/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 27/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 28/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 29/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 30/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |
| 31/03/2023 | Adriana da Silva Souza | 37 | Isolado |

MCD 028



GOVERNO
DA PARÁ

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alisson da Silva Santos Admissão: 19/07 Leito: 133 Convênio:

42,6 kg

Placenta baixa / Ex. de parto normal /
TCE grave / Lesão de cabeça / Lesão de abdômen /
Lesão de membros / Lesão de tórax /
Lesão de membros / Lesão de tórax /

Prescrição Médica

Evolução Médica

1. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

2. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

3. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

4. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

4. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

5. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

5. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

6. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

6. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

7. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

7. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

8. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

8. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

9. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

9. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

10. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

10. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

11. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

11. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

12. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

12. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

13. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

13. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

14. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

14. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

15. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

15. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

16. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

16. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

17. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

14a
40,6 kgPolitrauma 1ºx vindo e pós fase +
TCE grave lateralizada direita pós-TCE!
ITU complicada (chamado por Uro)
Úlcera de pressão sacral grau 3

Paciente Alusson do Silva Santos

Alojamento ISOI

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Morfina

Evolução Médica

03.07.18

1. Med. no 100 - 100mg

Folheto farmacológico de MORF.

2. Med. no 100 - 100mg

Leuado de 100mg para evolução de

3. Med. no 100 - 100mg

para a seguir possível a seguir

4. Med. no 100 - 100mg

solução reconstituída de 100mg

5. Med. no 100 - 100mg

paciente com quadro clínico de

6. Med. no 100 - 100mg

câncer e controle de dor e uso de

7. Med. no 100 - 100mg

medicamento para controle

8. Med. no 100 - 100mg

solução reconstituída de 100mg

9. Med. no 100 - 100mg

paciente com quadro clínico de

10. Med. no 100 - 100mg

câncer e controle de dor e uso de

11. Med. no 100 - 100mg

medicamento para controle

12. Med. no 100 - 100mg

solução reconstituída de 100mg

13. Med. no 100 - 100mg

paciente com quadro clínico de

14. Med. no 100 - 100mg

câncer e controle de dor e uso de

15. Med. no 100 - 100mg

medicamento para controle

16. Med. no 100 - 100mg

solução reconstituída de 100mg

17. Med. no 100 - 100mg

paciente com quadro clínico de

18. Med. no 100 - 100mg

câncer e controle de dor e uso de

19. Med. no 100 - 100mg

medicamento para controle

20. Med. no 100 - 100mg

solução reconstituída de 100mg

21. Med. no 100 - 100mg

paciente com quadro clínico de

22. Med. no 100 - 100mg

câncer e controle de dor e uso de

23. Med. no 100 - 100mg

medicamento para controle

24. Med. no 100 - 100mg

solução reconstituída de 100mg

Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
SaúdeLAUDO 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 | | 2 - CNEP |
| 3 - NOME DO SECRETÁRIO DE SAÚDE | | 4 - END |

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | 6 - DATA DE NASCIMENTO |
| 5.1 - NOME DO PACIENTE | 5.2 - DATA DE NASCIMENTO | 5.3 - SEXO |
| 5.4 - ENDEREÇO NACIONAL DO PACIENTE | 5.5 - CIDADE | 5.6 - ESTADO |
| 5.7 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL | 5.8 - ENDEREÇO DO PACIENTE | 5.9 - CIDADE |
| 5.10 - ENDEREÇO DO PACIENTE | 5.11 - CIDADE | 5.12 - ESTADO |
| 5.13 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA | 5.14 - CÓD. IGSS MUNIC. DO PACIENTE | 5.15 - CEP |

| |
|---|
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) |
|---|

| | |
|---|------------------------------------|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO MUDANÇA |
| 22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | 23 - CÓD. DO PRINCIPAL |
| 24 - CÓD. DO 2º SECUNDÁRIO | 25 - CÓD. DO 3º SECUNDÁRIO |

| | |
|---|--|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 28 - DATA DE INSCRIÇÃO DE INTERVENÇÃO DE ACOMPANHANTE | 29 - DATA DE INSCRIÇÃO DE ACOMPANHANTE |
| 30 - DATA DE ACOMPANHANTE | 31 - DATA DE INSCRIÇÃO DE ACOMPANHANTE |
| 32 - DATA DE INSCRIÇÃO DE ACOMPANHANTE | 33 - DATA DE INSCRIÇÃO DE ACOMPANHANTE |
| 34 - DATA DE INSCRIÇÃO DE ACOMPANHANTE | 35 - DATA DE INSCRIÇÃO DE ACOMPANHANTE |
| 36 - DATA DE INSCRIÇÃO DE ACOMPANHANTE | 37 - DATA DE INSCRIÇÃO DE ACOMPANHANTE |

| |
|-----------------------------------|
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO |
|-----------------------------------|

| | |
|---|--|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 40 - DATA DE ASSINATURA |
| 41 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 42 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO REGISTRO DO PROFISSIONAL |

| | |
|--|--|
| AUTORIZAÇÃO | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | 44 - DATA DE ASSINATURA |
| 45 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | 46 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO REGISTRO DO PROFISSIONAL |

MOD. 017



Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

NOME: ALISSON SILVA SANTOS

IDADE: 11 An

PESO: 60kg

Hipóteses diagnósticas

| Diagnóstico | Data de início | Data da resolução |
|-----------------------------------|----------------|-------------------|
| Regredimento do Acidente de Morte | | |
| TIA - 2018 | | |
| Hematomas subgástricos - 2018 | | |
| Fraturas múltiplas em face | | |
| Intoxicação - 2018 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|------------------------|----------------|-------------|--------|
| Penicilina G | 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 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 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 e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 14/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

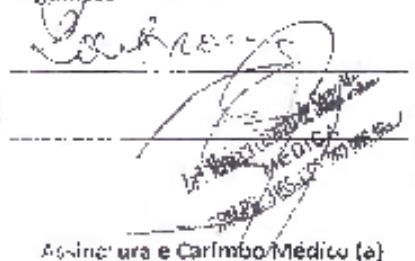
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 15/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

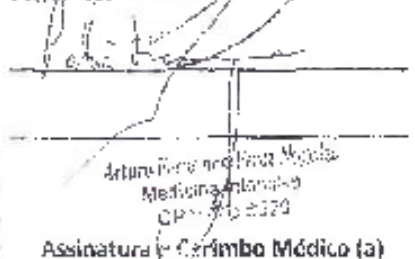
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura 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 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 e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 18/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

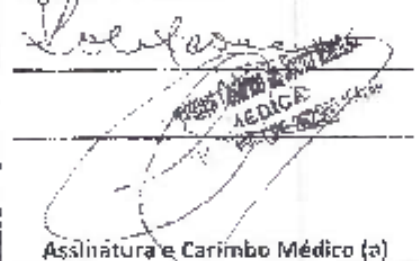
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura 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 e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 20/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

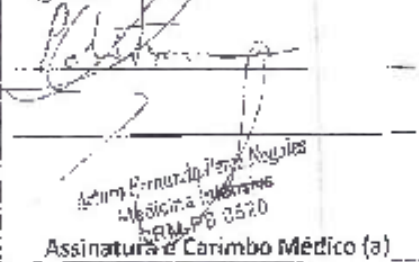
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura 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 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 e Carimbo Médico (a)



| | | | | |
|--|------------------------------|----------------------------|---|---------------|
|  SUS | Sistema
União de
Saúde | Nº Inimário
da
Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | Folhas
1/2 |
| | | | | |

| | | | |
|--|--|------------|--|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | 2 - CID-10 | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CID-10 | |

| | | | |
|--|--|----------------------------|--|
| 5 - NOME DO PACIENTE
<i>Alcides de Silva Santos</i> | | 6 - UF DO MUNICÍPIO | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 9 - NOME DO PAI (OU RESPONSÁVEL) | | 10 - SEXO | |
| 11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CIDADE) | | 12 - TELEFONE DO CONTATO | |
| 13 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA | | 14 - CATEGORIA DE PACIENTE | |

| | |
|---|--|
| 15 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | |
|---|--|

| | |
|---|---------------------------------------|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | |
| 16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR | 17 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ANTERIOR |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | 19 - CID-10 DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA |
| 20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | 21 - CID-10 PRINCIPAL |
| 22 - CID-10 SECUNDÁRIO | 23 - CID-10 SECUNDÁRIO |

| | |
|---|--------------------------------------|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 25 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 27 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 29 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 31 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |

| | |
|--|--|
| 32 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | |
| <i>TC e Gama</i>
<i>Neurologia e Fisiologia</i> | |

| | |
|---|--|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 34 - DATA DE SOLICITAÇÃO |
| 35 - Nº DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 36 - Nº DO DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |

| | |
|---|-----------------------------|
| AUTORIZAÇÃO | |
| 37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE | 38 - CID-10 DO PROCEDIMENTO |
| 39 - Nº DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE | 40 - DATA DE SOLICITAÇÃO |

MOD. 017



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOW 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. | MÚLTIPLAS 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. | 1501 |
| | | 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 |
|----------|--|---------|
| 06.01.18 | 1ª EVOLUÇÃO PEDIÁTRICA # | |
| | 36 °BH | |
| | Idade: 19a. Peso: 40,6 kg | |
| | HD: Politraumatismo | |
| | TCS grave + Fr. oríbital e ossos do face | |
| | BAV em os. fraturas. Óptico pós-TCS? | |
| | ITU complicada | |
| | Contusão por KPC (cultura neg. TOT) | |
| | Em uso de Vancomicina 500mg/kg/d - BID | |
| | Reg. uso de: Levofloxacino - BID | |
| | Controles: DT= 84°C Restante dos controles não anota | |
| | des pela enfermagem. | |
| | Evolução: Paciente segue internado em leito comum | |
| | da enfermagem, respirando em ar ambiente, sono | |
| | e apete presentes diurese e evacuações presentes | |
| | e fisiológicas. Queixa-se de dor abdominal. | |
| | Ao exam: C.R. consciente, orientado, anicticos, acq. | |
| | húctos, normotensos, hidratados e apnéus ao toque. | |
| | RCV: RGE em RT, BNF, SI sopro | |
| | AR- MV + em ART, SIRA | |
| | ABD: PUA +, cecostig mudeando, plúrio flácido, depresso. | |
| | Sível, doloroso à palpação superficial e baixo vent | |
| | tril, STH: WOBOMÉRICOS palpáveis. | |
| | MMII: Sem edema, presença de escoriações e sinais | |
| | de pressão grau I em calcâneo D. | |



| Data | EVOLUÇÃO | Rubrica |
|------|--|---------|
| | # EXAMES # | |
| | 04/01/18 - P15 11,3 A+ 34 UNIC 1000 BE 308 P129.225.000 | |
| | U22 CRO.4 TSP 24 TSP 40 CLIN6 NA 43 CR 1,23 | |
| | K 4,9 + P 14,45 TPA 215 | |
| | cd: Conduta médica | |
| | Aguarda término do voo - 024. | |
| | <div data-bbox="306 674 534 761" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> CNE - 00000000000000000000
 00000000000000000000
 00000000000000000000 </div> | |





| | |
|---|-----------------------|
| NOME:
<u>Alisson da Silva Santos</u> | N.º PRONTUÁRIO |
| UTI | ENF. <u>isol</u> 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 fez.

| Data | EVOLUÇÃO | Rubrica |
|----------|--|---------|
| 29/12/17 | <u>##EVOLUÇÃO DIA 17##</u>
- 28° D.H. - Início = 19h - Peso = 60 Kg.
- HD: Polimiquetismo
- TCC grave - Ex. cefálico e cefas da face;
- BAV em DE (neuropatia ciliar AP-TCC?)
- ITD complicada
- Colomização por KPC (colônia no cultivo de TCC).
- TEM 22.00 - Vaguetes 60g/Kg/dia - D53
- Imunização Sofis 12/12/16 - D4
- <u>##CONTATOS##</u> - T=39° AS 14h - Demais exames em processo no Pronto-Socorro
- <u>##EXAMES##</u> - AVE em MDE
- <u>##EVOLUÇÃO##</u> - Paciente segue em leito isolado, respirando AR, com boa amplitude de movimento do tórax, com sinais fisiológicos, com diálise (4) e exames de E sem necessidade de UFOT que em sem perda da vida de 4h. Ainda não desmolda mais nas vitais 24h sustentado saturação e sinais de vida com monitoramento contínuo a opacidade vitais em processo em colônia devida (GRU I) sem quadro de monitoramento.
- <u>##EXAME FÍSICO##</u> ECG, consciente, hidratado (mas ainda não está eufórico, normotensão, hiperóxia, agitação de tórax...
- AR: MV+ART, sem RA; cefálico, FR=10.000; SpO ₂ =95% em AR
- ACV: PCH em 2T, ACNE, SL 30mg, FC=100bpm
- <u>##LABORATÓRIO##</u> : SANGUÍNEO, BHA(4), mais tampo, repressivos, com DOR moderada a severa isolada em nível superior IV ADULT - sem VASO DILATADO.
- <u>##PRESCRIÇÕES##</u> : URGENTE, VACCIA, sem VACCIA. Paciente em MIO(+19h).
- <u>##VACINA##</u> - Paciente em colônia (GRU I). | |

(assinatura)



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.



| | | | |
|-------|-------------------------|------|---------------|
| NOME: | ALISSON DA SILVA SANTOS | | R. PRONTUÁRIO |
| | UTI | 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 |
|-----------------|--|--------------------------------------|
| 02/12/97
15h | Id: 1º QUTIP: Polítrama, fígado
P: Fratura de Face; TCE (HSD) | |
| | <p>Adolescente politraumatizado vítima de colisão entre motos procedente do Centro Integrado de Saúde por submetido a tempo recente total de pernas rasadas (p/ fratura cominativa de face) e laparotomia exploradora. Recebiu várias bolsas de hemotransfusão. Em VMA (TOT=8,5) FIO₂ 40% PIP 20 PEEP 5 FR 15 e SQ₂ 100% sedado, eufórico, entubado, hidratado, normotenso Rm.</p> <p>rx tórax: pulmões RO sem PA 41x65 (82) Abdomen - plano, flácido FO sem p. membros - mãos est. edemaciadas Exame físico</p> <p>ex: VMA + oxidiloma + hidrotórax + miopexia + mielodisplasia + febre</p> <p>Vital 11/11/97</p> | |
| | | Eduardo Lira de Assis
CRM-RO 7940 |



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 anatómico 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 esfenóide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura oclusiva, 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/PB: 6481

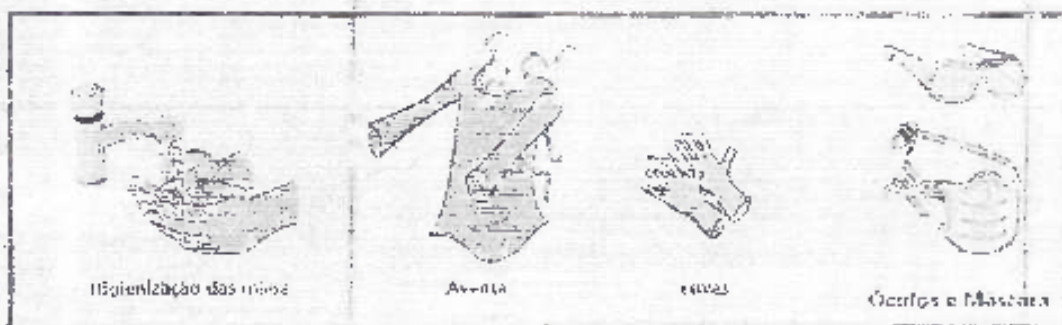




Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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 produtora de carbapenemase -
teste de hidrolase 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: 22/12/22

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

Resumo



SERVICO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Alisson da Silva Santos Idade: anos

Exame: Uny A1. Final Data: 24/11/2024

Médico solicitante: _____ Sexo: masculino

RELATÓRIO

FIGADO: ☒ Normal ☐ AlteradoVES. BILAR: ☒ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☒ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☒ Normal ☐ Alterado

BACK: ☒ Normal ☐ Alternate



REM DIR.: ☒ Normal ☐ Attacker

RIM ESQ.: ☒ Normal ☐ Abnormal

DEXIGA: ☒ Normal ☐ Altered

Outras observações:

EXIGA: ☐ Normal ☐ Alterado *Com Gato*
Inflado no seu interior.
 Outras observações:
Presença de líquido livre.

CONCLUSÃO

D
 2591-96
 Campina

Campina Grande, 24 / 12 / 2011

Assinatura e Carimbo do Médico





| | | | | |
|-----|------------------------|---------------------|---|-----------|
| 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 SOLICITANTE | | 2 - CATEGORIA | |
| 3 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE | | 4 - CEP | |
| 5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
NOME DO PACIENTE | | 6 - NÚMERO DO PACIENTE | |
| 7 - DATA DO NASCIMENTO DE 04/05/2011 | | 8 - SEXO
MASCULINO | |
| 9 - NÚMERO DA MÃE DO RESPONSÁVEL | | 10 - TELEFONE DE CONTATO | |
| 11 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL | | 12 - CIDADE | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO | |
| 15 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | |

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | |
| 16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - VIGÊNCIA | | 17 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA | |
| 20 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO | | 21 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO | |
| 22 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO | | 23 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO | |

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |

| | |
|--|--|
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | |
| | |

| | |
|---|--|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 41 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 42 - DATA DE ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 43 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| AUTORIZAÇÃO | |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | |
| 45 - NÚMERO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | |
| 46 - DATA DE ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | |
| 47 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | |

MOD. 017





| | | | | |
|--|------------------------------|---------------------------|---|--------------|
| | Sistema
União da
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 | | 2 - CRES | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | | |
| 3 - NÚMERO DO ESTABELECIMENTO ESTADUAL | | 4 - CRES | |
| | | | |
| Identificação do Paciente | | 5 - NÚMERO PROFISSIONAL | |
| 6 - NOME DO PACIENTE | | | |
| 7 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO (CONS) | | 8 - DATA DO NASCIMENTO | |
| | | | |
| 9 - NOME DA MÃE (ou nome de solteira) | | 10 - SEXO | |
| | | Masculino ☐ Feminino ☐ | |
| 11 - NÚMERO DE CONTATO | | 12 - TELEFONE DE CONTATO | |
| | | | |
| 13 - ENDEREÇO (CIVIL, Nº, BAIRRO) | | 14 - CID - DOB - DOB - DOB - DOB | |
| | | | |
| 15 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA | | 16 - CID - DOB - DOB - DOB | |
| | | | |

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

| | |
|---|--------------------------------------|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIORMENTE | 19 - CID - DO PROCEDIMENTO ANTERIOR |
| | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | 21 - CID - DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA |
| | |
| 22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | 23 - CID - DO PROCEDIMENTO |
| | |
| 24 - CID - DO SECUNDÁRIO | 25 - CID - DO SECUNDÁRIO |
| | |

| | |
|---|---|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 27 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| | |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UM COM DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | 29 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | ☐ DIÁRIA DE TIPO I |
| ☐ DIÁRIA DE TIPO II | ☐ DIÁRIA DE TIPO III |
| 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

| | |
|-----------------------------------|--|
| 37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | |
| | |

| | |
|---------------------------------------|---|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 39 - DATA DE EMISSÃO |
| | |
| 40 - DOCUMENTO (CPF, RG, CNH, etc.) | 41 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| | |

| | |
|---------------------------------------|---|
| AUTORIZAÇÃO | |
| 42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 43 - DATA DE EMISSÃO |
| | |
| 44 - DOCUMENTO (CPF, RG, CNH, etc.) | 45 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |
| | |

MSD. 077





| | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------|---|--------------|
| | Secretaria
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
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR | | 2 - CIES |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIALIZADO | | 4 - CIEB |

| | | |
|---|----------------------------------|---|
| Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE
<i>Silverson da Silva Santos</i> | | 6 - CIDO PROBL. ABC |
| 7 - DISTRITO NACIONAL DE SAÚDE (DNG) | 8 - DATA DE NASCIMENTO | 9 - SEXO
Masc. ☐ 1 Fem. ☐ 2 |
| 10 - CIDO DA VAS. OU RESPONS. | 11 - TIPO DE CONTATO DO TELEFONE | 12 - CIDO |
| 13 - CIDO DO CIEB | 14 - CIDO DO CIEB | 15 - CIDO |

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

| | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | |
| 18 - PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR | 19 - CIDO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR | 20 - PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | 21 - CIDO DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA |
| 22 - CIDO DO PROCEDIMENTO | 23 - CIDO DO PROCEDIMENTO | 24 - CIDO DO PROCEDIMENTO | 25 - CIDO DO PROCEDIMENTO |

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
<i>TC de exame sem contraste</i> | 27 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 28 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 29 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 30 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 31 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 32 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 33 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 34 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 35 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 36 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 37 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente politraumatizado com TCE grave, portador de fratura bilateral do fêmur. Última TC no dia 02/05/17.

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
<i>ELIZE MORAIS</i> | | 40 - DATA DE SOLICITAÇÃO
04/11/17 |
| 41 - DOCUMENTO
1 043 1 017 | 42 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE | 43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
<i>Elize Moraes</i>
RUA...
... |

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | | 45 - CIDO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO | 46 - DATA DE AUTORIZAÇÃO |
| 47 - DOCUMENTO
1 043 1 017 | 48 - CIDO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO | 49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | 50 - CIDO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO |

MOD. 017



4.13.

| | | | | |
|--|--|---------------------------|--|---------------------|
|  | 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 - CAGE: _____ | |
| 1.3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCLUIRANTE: _____ | | | 1.4 - CAGE: _____ | |
| 2 - Identificação do Paciente
2.1 - NOME DO PACIENTE: _____ | | | 2.2 - Nº DO PORTUÁRIO: _____ | |
| 2.3 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ | | | 2.4 - DATA DE NASCIMENTO: _____ | |
| 2.5 - SEXO: _____ | | | 2.6 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.1 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.2 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.3 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.3 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.4 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.4 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.5 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.5 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.6 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.6 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.7 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.7 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.8 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.8 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.9 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.9 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.10 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.10 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.11 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.11 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.12 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.12 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.13 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.13 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.14 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.14 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.15 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.15 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.16 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.16 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.17 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.17 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.18 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.18 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.19 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.19 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.20 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.20 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.21 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.21 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.22 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.22 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.23 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.23 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.24 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.24 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.25 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.25 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.26 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.26 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.27 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.27 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.28 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.28 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.29 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.29 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.30 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.30 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.31 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.31 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.32 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.32 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.33 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.33 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.34 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.34 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.35 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.35 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.36 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.36 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.37 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.37 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.38 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.38 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.39 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.39 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.40 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.40 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.41 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.41 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.42 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.42 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.43 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.43 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.44 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| 3.44 - ENDEREÇO GERAL DO PACIENTE: _____ | | | 3.45 - Nº DO PROTOCOLO: _____ | |
| | | | | |

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

| | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | 11 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 12 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 13 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 14 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 15 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 16 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 17 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 18 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 19 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 20 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 21 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 22 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 23 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 24 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 25 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 26 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 27 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 28 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 29 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |
| 30 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | | 31 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO | |

| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | |
|---|--|
| 2 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
<i>Tamperação de Atividade com Contêiner.</i> | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL |
| 3 - CO-CLASSIFICAÇÃO DE ACÓRDÃO DE ACOMPANHANTE | |
| ☐ DIÁRIO DE ACOMPANHANTE | ☐ ÚNICA DE UTI TIPO I |
| 4 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 41 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 5 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 6 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 61 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |

FISCORIA
FISCARIA DE CONTROLE FISCAL
11/12/17

38 JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

3º DPO 1.º parcel. explend + estornoamento de longa,
2º parcelando liquidado anteriormente ao USG A24.
Vossa de ducto impetrazo? Cisterna de qual?
Vossa de ducto de Wirsung.

[illegible]

002 017



| | | | | |
|--|---------------------------|---|--|--------------|
|  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 - CINES | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO | | 4 - CINES | |
| 5 - Identificação do Paciente | | | |
| 6 - NOME DO PACIENTE
ALISSON DA SILVA SANTOS | | 7 - NOME DO PORTADOR | |
| 8 - CARTÃO NACIONAL DO DOENTE (CND) | | 9 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL | | 11 - TELEFONE DO CONSULTOR | |
| 12 - ENDEREÇO RUA, Nº, BAIRRO | | 13 - CID | |
| 14 - MUNICÍPIO E ESTADO | | 15 - UF | |

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | |
| 17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ATUAL ANTERIOR | | 18 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR | |
| 19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | 20 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA | |
| 21 - DIAGNÓSTICO MORAL
POLITRAUMATISMO | | 22 - CID - PRINCIPAL | |
| 23 - CID - SECUNDÁRIO | | 24 - CID - TERCIÁRIO | |
| 25 - CID - QUATRO | | 26 - CID - CINCO | |

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
TC DE CRÂNIO SIMPLES | | 28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 29 - SOLICITAÇÃO DE NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS | | 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 31 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | | 32 - DIÁRIA DE UTI TIPO I | |
| 33 - DIÁRIA DE UTI TIPO II | | 34 - DIÁRIA DE UTI TIPO III | |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |

| | |
|--|--|
| 39 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | |
| * HED FRONTAL / LAD / HEMOVENTRÍCULO
* CONTROLE EVOLUTIVO | |

| | |
|---|--|
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
ARTURO FERNANDO PEREZ NOGALES | |
| 41 - DOCUMENTO | |
| 42 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CND) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 43 - DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO | |
| 44 - DATA DE VALIDADE DO DOCUMENTO | |

| | |
|---|--|
| AUTORIZAÇÃO | |
| 45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | |
| 46 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CND) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | |
| 47 - DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO | |
| 48 - DATA DE VALIDADE DO DOCUMENTO | |



| | | | | |
|-----|------------------------|---------------------|---|-----------|
| 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 - CID | |
| 3 - Nome do Estabelecimento de Saúde | | 4 - CEP | |
| Identificação do Paciente | | | |
| 5 - Nome do Paciente | | 6 - Nº do Prontuário | |
| 7 - Nome do Paciente (completo) | | 8 - Data de Nascimento | |
| 9 - Sexo | | 10 - Idade | |
| 11 - Nome do Responsável | | 12 - Telefone do Responsável | |
| 13 - Endereço do Paciente | | 14 - CEP do Paciente | |
| 15 - Nome do Agente | | 16 - Nº do Agente | |
| 17 - Nome da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) | | | |

| | | | |
|--|-----------------------|---|---------------------------|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | |
| 18 - Descrição do Procedimento Solicitado Anterior | | 19 - Cód. do Procedimento Solicitado Anterior | |
| 20 - Descrição do Procedimento Solicitado | | 21 - Cód. do Procedimento Solicitado | |
| 22 - Urgência do Paciente | 23 - Tipo de Paciente | 24 - Cód. do Procedimento | 25 - Cód. do Procedimento |

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | |
| 26 - Descrição do Procedimento Especial | | 27 - Cód. do Procedimento Especial | |
| 28 - Justificativa da Solicitação | | 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 - Descrição do Procedimento Especial | | 35 - Cód. do Procedimento Especial | |

| | |
|--|--|
| 36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | |
| TCE grave.
Neuropatia óptica homolateral?
BAV (OE) + RHM direto anexo. | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--|
| 37 - Nome do Profissional Solicitante | | 38 - Data de Assinatura | |
| 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 | |
| 47 - Assinatura do Responsável | | 48 - Assinatura do Responsável | |



02/12/2017



GOVERNO DO PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ STANISLAU TEIXEIRAS



ATENDIMENTO URGENTE

PRONT (B.E) N°1554270

CLAS. DE EMERG. VERMELHO

TOMOCATIA REALIZADA EM

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ STANISLAU TEIXEIRAS

Av. Bel. Florentino Peixoto, 4700 - Medeiros, Campina Grande - PB, CEP: 56432-903

Data: 02/12/2017

Atendimento: 02/12/2017

Atendimento: 02/12/2017

Atendimento: 02/12/2017

PACIENTE: ALISSON DA SILVA

Cidade: Santo André

Nome da Mãe: JANEIRNE LAMARCA DA SILVA

Respondeente: JANEIRNE LAMARCA DA SILVA

Idade: 20 anos

Sexo: F

Medicamento

DEBILIDADE DO TRILHA

DEBILIDADE DO TRILHA



OBS

QUEIMADURA

QUEIMADURA

QUEIMADURA

HTOG-PH-14-AUT-14-14-14

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

05:45

٤٠

Resente vilhada ocidentale de mofolinia
com 8000 no bord da colina (SA), h's 0700
Altitude 900 e, s'ab b'do em us do DPA

15. - The 1. bit was the 1st bit of the 1st word.

155. $\frac{1}{3} \ln a - \frac{1}{3} \ln e - \frac{1}{3} \ln 2$

TC Affidavit: "Elina's name printed below"

de 100 do subproduto. $\frac{116}{116+31} = 78\%$

CD: Kogeshwar Diksha, Assistant List Officer, QP, Bhubaneswar

Handwritten: In Formosa
da Lagoa de Coteiro
Vila da Uti

DESTINO DO PACIENTE _____ hs

¡Cerró el libro!

References and Notes

1 JOURNAL OF DOCUMENTATION, vol. 57, no. 3, 2002, pp. 211-224.

(Miles negligible) / (Miles negligible)

1. **Urgency**

Ichira

Acc. da parte ou responsável quando necessário:

[illegible]

1992-93-2000-01

10/11/71
Laurel Victoria is a small
de Molo com Tharissa do fole
de 1992 e 1993 e 1994 e 1995
pelo TC, em com 2000 e 2001 e 2002
e 2003 e 2004 e 2005 e 2006 e 2007 e 2008 e 2009 e 2010 e 2011 e 2012 e 2013 e 2014 e 2015 e 2016 e 2017 e 2018 e 2019 e 2020 e 2021 e 2022 e 2023 e 2024 e 2025 e 2026 e 2027 e 2028 e 2029 e 2030 e 2031 e 2032 e 2033 e 2034 e 2035 e 2036 e 2037 e 2038 e 2039 e 2040 e 2041 e 2042 e 2043 e 2044 e 2045 e 2046 e 2047 e 2048 e 2049 e 2050 e 2051 e 2052 e 2053 e 2054 e 2055 e 2056 e 2057 e 2058 e 2059 e 2060 e 2061 e 2062 e 2063 e 2064 e 2065 e 2066 e 2067 e 2068 e 2069 e 2070 e 2071 e 2072 e 2073 e 2074 e 2075 e 2076 e 2077 e 2078 e 2079 e 2080 e 2081 e 2082 e 2083 e 2084 e 2085 e 2086 e 2087 e 2088 e 2089 e 2090 e 2091 e 2092 e 2093 e 2094 e 2095 e 2096 e 2097 e 2098 e 2099 e 2100 e 2101 e 2102 e 2103 e 2104 e 2105 e 2106 e 2107 e 2108 e 2109 e 2110 e 2111 e 2112 e 2113 e 2114 e 2115 e 2116 e 2117 e 2118 e 2119 e 2120 e 2121 e 2122 e 2123 e 2124 e 2125 e 2126 e 2127 e 2128 e 2129 e 2130 e 2131 e 2132 e 2133 e 2134 e 2135 e 2136 e 2137 e 2138 e 2139 e 2140 e 2141 e 2142 e 2143 e 2144 e 2145 e 2146 e 2147 e 2148 e 2149 e 2150 e 2151 e 2152 e 2153 e 2154 e 2155 e 2156 e 2157 e 2158 e 2159 e 2160 e 2161 e 2162 e 2163 e 2164 e 2165 e 2166 e 2167 e 2168 e 2169 e 2170 e 2171 e 2172 e 2173 e 2174 e 2175 e 2176 e 2177 e 2178 e 2179 e 2180 e 2181 e 2182 e 2183 e 2184 e 2185 e 2186 e 2187 e 2188 e 2189 e 2190 e 2191 e 2192 e 2193 e 2194 e 2195 e 2196 e 2197 e 2198 e 2199 e 2200 e 2201 e 2202 e 2203 e 2204 e 2205 e 2206 e 2207 e 2208 e 2209 e 2210 e 2211 e 2212 e 2213 e 2214 e 2215 e 2216 e 2217 e 2218 e 2219 e 2220 e 2221 e 2222 e 2223 e 2224 e 2225 e 2226 e 2227 e 2228 e 2229 e 2230 e 2231 e 2232 e 2233 e 2234 e 2235 e 2236 e 2237 e 2238 e 2239 e 2240 e 2241 e 2242 e 2243 e 2244 e 2245 e 2246 e 2247 e 2248 e 2249 e 2250 e 2251 e 2252 e 2253 e 2254 e 2255 e 2256 e 2257 e 2258 e 2259 e 2260 e 2261 e 2262 e 2263 e 2264 e 2265 e 2266 e 2267 e 2268 e 2269 e 2270 e 2271 e 2272 e 2273 e 2274 e 2275 e 2276 e 2277 e 2278 e 2279 e 2280 e 2281 e 2282 e 2283 e 2284 e 2285 e 2286 e 2287 e 2288 e 2289 e 2290 e 2291 e 2292 e 2293 e 2294 e 2295 e 2296 e 2297 e 2298 e 2299 e 2300 e 2301 e 2302 e 2303 e 2304 e 2305 e 2306 e 2307 e 2308 e 2309 e 2310 e 2311 e 2312 e 2313 e 2314 e 2315 e 2316 e 2317 e 2318 e 2319 e 2320 e 2321 e 2322 e 2323 e 2324 e 2325 e 2326 e 2327 e 2328 e 2329 e 2330 e 2331 e 2332 e 2333 e 2334 e 2335 e 2336 e 2337 e 2338 e 2339 e 2340 e 2341 e 2342 e 2343 e 2344 e 2345 e 2346 e 2347 e 2348 e 2349 e 2350 e 2351 e 2352 e 2353 e 2354 e 2355 e 2356 e 2357 e 2358 e 2359 e 2360 e 2361 e 2362 e 2363 e 2364 e 2365 e 2366 e 2367 e 2368 e 2369 e 2370 e 2371 e 2372 e 2373 e 2374 e 2375 e 2376 e 2377 e 2378 e 2379 e 2380 e 2381 e 2382 e 2383 e 2384 e 2385 e 2386 e 2387 e 2388 e 2389 e 2390 e 2391 e 2392 e 2393 e 2394 e 2395 e 2396 e 2397 e 2398 e 2399 e 2400 e 2401 e 2402 e 2403 e 2404 e 2405 e 2406 e 2407 e 2408 e 2409 e 2410 e 2411 e 2412 e 2413 e 2414 e 2415 e 2416 e 2417 e 2418 e 2419 e 2420 e 2421 e 2422 e 2423 e 2424 e 2425 e 2426 e 2427 e 2428 e 2429 e 2430 e 2431 e 2432 e 2433 e 2434 e 2435 e 2436 e 2437 e 2438 e 2439 e 2440 e 2441 e 2442 e 2443 e 2444 e 2445 e 2446 e 2447 e 2448 e 2449 e 2450 e 2451 e 2452 e 2453 e 2454 e 2455 e 2456 e 2457 e 2458 e 2459 e 2460 e 2461 e 2462 e 2463 e 2464 e 2465 e 2466 e 2467 e 2468 e 2469 e 2470 e 2471 e 2472 e 2473 e 2474 e 2475 e 2476 e 2477 e 2478 e 2479 e 2480 e 2481 e 2482 e 2483 e 2484 e 2485 e 2486 e 2487 e 2488 e 2489 e 2490 e 2491 e 2492 e 2493 e 2494 e 2495 e 2496 e 2497 e 2498 e 2499 e 2500 e 2501 e 2502 e 2503 e 2504 e 2505 e 2506 e 2507 e 2508 e 2509 e 2510 e 2511 e 2512 e 2513 e 2514 e 2515 e 2516 e 2517 e 2518 e 2519 e 2520 e 2521 e 2522 e 2523 e 2524 e 2525 e 2526 e 2527 e 2528 e 2529 e 2530 e 2531 e 2532 e 2533 e 2534 e 2535 e 2536 e 2537 e 2538 e 2539 e 2540 e 2541 e 2542 e 2543 e 2544 e 2545 e 2546 e 2547 e 2548 e 2549 e 2550 e 2551 e 2552 e 2553 e 2554 e 2555 e 2556 e 2557 e 2558 e 2559 e 2560 e 2561 e 2562 e 2563 e 2564 e 2565 e 2566 e 2567 e 2568 e 2569 e 2570 e 2571 e 2572 e 2573 e 2574 e 2575 e 2576 e 2577 e 2578 e 2579 e 2580 e 2581 e 2582 e 2583 e 2584 e 2585 e 2586 e 2587 e 2588 e 2589 e 2590 e 2591 e 2592 e 2593 e 2594 e 2595 e 2596 e 2597 e 2598 e 2599 e 2600 e 2601 e 2602 e 2603 e 2604 e 2605 e 2606 e 2607 e 2608 e 2609 e 2610 e 2611 e 2612 e 2613 e 2614 e 2615 e 2616 e 2617 e 2618 e 2619 e 2620 e 2621 e 2622 e 2623 e 2624 e 2625 e 2626 e 2627 e 2628 e 2629 e 2630 e 2631 e 2632 e 2633 e 2634 e 2635 e 2636 e 2637 e 2638 e 2639 e 2640 e 2641 e 2642 e 2643 e 2644 e 2645 e 2646 e 2647 e 2648 e 2649 e 2650 e 2651 e 2652 e 2653 e 2654 e 2655 e 2656 e 2657 e 2658 e 2659 e 2660 e 2661 e 2662 e 2663 e 2664 e 2665 e 2666 e 2667 e 2668 e 2669 e 2670 e 26

COD: GO/PNOC: NMHS-NTD

100

ICAD

247

Ficha de Acolhimento

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Nome: | Alexsandro de Silva Brito | | |
| End: | Sítio | Cuca | Bairro: São João |
| Data de Nascimento: | 16-03-03 | Documento de Identificação: | |
| Queixa: | Acid. ab. | Data do Atendimento: | 02-10-13 Hora: 05:15 Documento: |
| Acidente de trabalho? | () Sim | () Não | |

Classificação de Risco

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

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 4 horas
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOF. 110

HTCG, Inc., Dr. G. S. Hall

**IL GOVERNO
LA PARABOLA**

Page 18 of 24

Padrão: KALING LIBERTY ALVES Idade: 037 N° ATEND: 2014956

ACIDENYIE DE JABALHO; NHO
DATA: 27/10/2019 HORA: 09:17:02

ESPECIALLY FOR: CLINICAL RESEARCH

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

SENNALS WITH US
HUT: SAT 02: PM TEMP: FC: HR: PESQ:

```
DIABETES (JSMN) INJND  HAS (JSMN) (X INJND
DEF.MOIOBA (JSMN) INJND
```

ALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO: NADA
ESTADO GERAL: BOM
AVALIACAO NEUROLÓGICA:

```
{ } CONVICÇÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
{ } DESOBTENTADO ( ) AGITADO (X) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) ABRILHO
{ } INTRAFATO ( ) DEDICACÃO DE FOLHA MOTORA
```

SYNOPSIS

```
( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EDEMA ( ) TUMOR
( ) TUBERCULOSE ( ) DERMATITE ( ) HIPOTIREÓIDISMO ( ) ALERGIA ( ) DISTÚRBIO
( ) ANEMIA ( ) FLEBITE ( ) DOENÇA ( ) ACIDOSE ( ) ALTERAÇÃO ( ) VÍSCERAL
( ) EPIDIDIMITE ( ) CONJUNÇÃO ( ) MELHORA ( ) SÍNDROME ( ) DOR
```

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

COH-2012-005 SINAM - 12/15

| | | | | |
|---------|---------|----|------------------|----|
| HORA PA | TEMP FC | FR | ASTINATURA | DO |
| DUIRESE | | | ENFERMEIRO COREM | |

ENFERMEIRO COREM

EN-EMERGENCY

TORREZ, VÍCTOR IGNACIO
ENFERMEIRA
CORREIO-PB 287-537



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

[illegible]

Hospital de Emergência e Trauma de Cariri - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Data: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 CTR: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Cariri - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Data: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 CTR: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Cariri - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Data: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 CTR: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Cariri - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Data: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 CTR: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Cariri - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Data: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 CTR: _____





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CALIFÚRIA GRANDE - PARAIBA

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 injeção endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE

Análise:

- Hipotenuação do espaço basal dos lobos frontais por edema/liquor.
- 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 anômalo das cisternas basais.
- Fratura cominativa 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 normal 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 normais.
- Alças delgadas e colônias de cecum 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 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. Suelio Moreira Torres
Médica Radiologista
CRM 10.951/7



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 profundamento de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte medial do frontal, etmóide 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-esfomática.
 - 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-esfomática.
 - 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 Mota
CRM/PR: 6481



Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS
Data do Exame: 08/12/2017
Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os crânios 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.
- Hemovertebral, sem dilatação ventricular relevante.
- Demais achados sem alterações relevantes em relação ao estudo prévio.

Dr. Ygor Barbosa
Médico Radiologista
CRM 7160





Dra. Sonaty de Fatima Cavalcanti CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF - Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Lórense - 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 comprometidas 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

Sonaty de Fatima Cavalcanti
Dra. Sonaty de F Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145

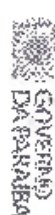


Suelio Moreira Torres
Fisio-Perita - CREFITO 0037

Campina Grande. PB. Cel.83.9 8801 8127/9 96208645 e mail: suelio@hotmail.com



02/12/2017



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENÇÃO URGÊNCIA

PRONTUÁRIO Nº 1554270

CLASS. RISCO: VERMELHO

TONOMETRIA
REALIZADA EM

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DATA: 02/12/2017

Av. M.A. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Carajás Grande - PA, CEP: 66612-805

Assistência: Síndico De Oliveira Lopes

Paciente: ALISSON DA SILVA SANTOS

Nascimento: 10/03/2003

Endereço: LAGOA

Sexo: M

Telefone: 990410698

Cidade: Santo André

RG: 3041014

Idade: 14

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 3041014

Responsável: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 3041014

Profissão: 3041014

Endereço: LAGOA

Data de: 02/12/2017

CNS: 70007761508907

DENTE DE MOTO MOTO X MOTO

HORA: 08:15:05

CONVÊNIO: SUS

Médico:

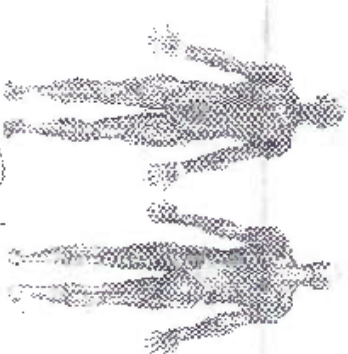
CRM:

Especialidade:

OBSE FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMATISMO

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



1. Cabeça
2. Ombros
3. Braços
4. Cotovelos
5. Antebraços
6. Mãos
7. Dedos
8. Pernas
9. Joelhos
10. Tornozelos
11. Pés
12. Dedos
13. Lábios
14. Língua
15. Garganta
16. Bochechas
17. Nariz
18. Boca
19. Orelhas
20. Pescoço
21. Tórax
22. Braços
23. Antebraços
24. Mãos
25. Dedos
26. Pernas
27. Joelhos
28. Tornozelos
29. Pés
30. Dedos
31. Lábios
32. Língua
33. Garganta
34. Bochechas
35. Nariz

OBS:

QUEIMADURA:

SUPERFÍCIE CORPORAL LESADA =

DIAGNÓSTICO / CID:

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

http://15.1.1.1/tpb/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410163592800000071209186

H-TTC-Form-Adm-Int-Saúde

EXAME PRIMÁRIO

COS

Cirurgião

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

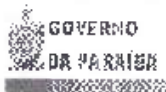
Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe

Exame de colagem de dentes da classe





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:

- Hipotenuação 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 tetos 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 Lira CRM 7197
Médico Radiologista





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

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 pendentes 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 pendentes dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.


Dra. Maria Valga
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 hemossinuses em seios paranasais.

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



Atendimento: 201909444092

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 lâminas 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 perleio.

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

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

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 liberado em 03/09/2019 21:31


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

HOSPITAL METROPOLITANO DOM JOSÉ PIRES
RUA ROBERTO SANTOS CORREIA, 511 - BAIRRO VÁRZEA NOVA
SANTA RITA - PB - CEP: 58219-000





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 SEGUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

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

Área de encefalomalácia gliose 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

HOSPITAL METROPOLITANO DGM JOSÉ PIRES
RUA ROBERTO SANTOS CORREIA, S/N - BAIRRO: VARZEA NOVA
SANTA RITA-PB - CEP: 58319-000



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 (#WAUD1218359)

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)

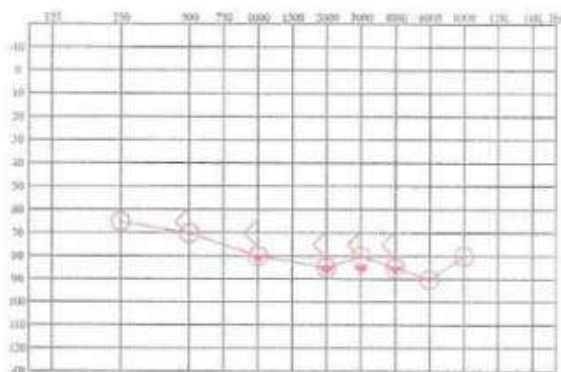
Sexo: Masculino

Tipo Consulta: Particular

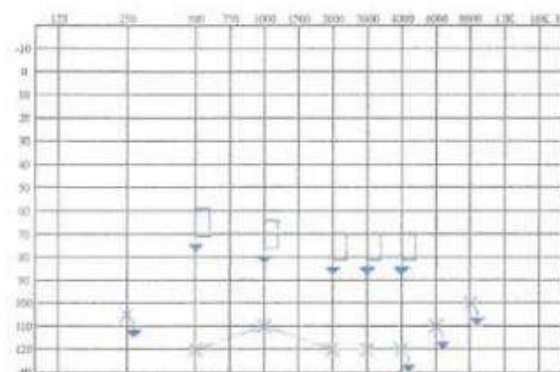
Audiômetro: BETA 6000 (Última Aferição: 02/08/2019)

AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA



Mascaramento (em dB)

| | VA | | VO | | LOGO
Quant |
|----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| | Min | Max | Min | Max | |
| OD | | | | | |
| OE | | | | | |

PARECER AUDIOLÓGICO

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

CRF#: 12353 Raianny Medeiros do Nascimento

Este Software está licenciado para: Clínica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:16:37

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410163592800000071209186>

Número do documento: 23070410163592800000071209186





