

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GILIARD LIMA SANTOS
Nº Sinistro: 3180329714
Vitima: GILIARD LIMA SANTOS
Data do Acidente: 15/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: WEBER DA CUNHA REGO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180329714**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GILIARD LIMA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180329714**

Vitima: **GILIARD LIMA SANTOS**

Data do Acidente: **15/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WEBER DA CUNHA REGO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180329714**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13131901



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GILIARD LIMA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180329714**
Vitima: **GILIARD LIMA SANTOS**
Data do Acidente: **15/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **WEBER DA CUNHA REGO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180329714**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **15/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

049.901.734-18

Nome completo da vítima

Giliane Lima Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Giliane Lima Santos		049.901.734-18		Agricultor	
Endereço		Número		Complemento	
Sit. Saco dos Campos		42			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Área Rural	Solânea	PB	58205-000	(83) 98888-0329	
Email					
molin.dpvat@gmail.com					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)					
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	BANCO Nome	
0038		58994	9		
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 03 de Agosto de 2018
Local e Data

Giliane Lima Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180471373
Nome do(a) Examinado(a): Giliard Lima Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Saco dos Campos, 42 Casa
Area Rural Solanea PB CEP: 58225-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 509043380
Data local do acidente: [15/11/2017]
Data local do exame: [25/10/2018] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE T12

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

Tratamento: ARTRODESE DE COLUNA TORACO-LOMBAR

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: 15/01/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PRESENÇA DE CICATRIZ EXTENSA EM REGIÃO TORACO LOMBAR, EXAME NEUROLÓGICO NORMAL, LIMITAÇÃO PARA FLEXO-EXTENSÃO DA COLUMNA.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ **Sim** ☐ Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ **Sim** ☐ Não

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

PERDA DE PARTE DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORACO-LOMBAR

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 o 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 seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

SEGMENTO TORÁCICO DA COLUMNA VERTEBRAL

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☒ **50% médio** ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

SEGMENTO LOMBAR DA COLUMNA VERTEBRAL

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☒ **50% médio** ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

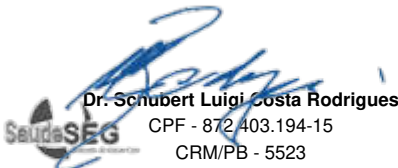
Região Corporal (Seqüela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CPF - 872.403.194-15
CRM/PB - 5523



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 268/2018

Aos NOVE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:00min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

GILIARD LIMA SANTOS, conhecido(a) por GILIARD, Identidade nº 50.904.338-0-SSP/SP, CPF nº 074.901.734-18, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de José Pereira Dos Santos E Edneide Lima Santos, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 09/05/1987 (30 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Saco Dos Campos, tendo como ponto de referência: próximo à entrada do trevo de Casserengue/PB, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83) 98888-0129.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 15 de novembro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 15h:00min;
- 4) **Local do fato:** Pista da Barra, em Solânea/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma em Campina Grande/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** NÃO;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** ;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?**

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

Ford Pampa, ano/modelo 1997/1997, cor prata, placa MYQ 7466, chassi 9BFZZ554VB965015

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

8) Breve resumo do fato:

QUE o comunicante estava na cadeira do carona do veículo identificado acima, quando o motorista ao tentar ultrapassar outro veículo, acabou perdendo o controle do carro, ocasionando então o capotamento; QUE o comunicante foi atendido por uma unidade de ambulância pertencente ao hospital regional de Solânea/PB e encaminhado ao hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não consta.

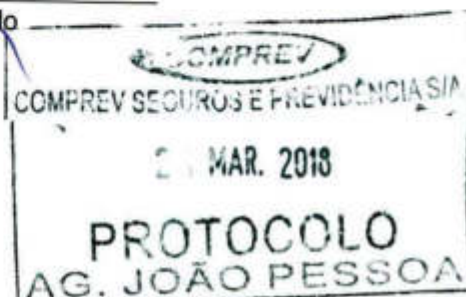
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Giliard Lima Santos

GILIARD LIMA SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente/Delegado
Matrícula nº 181824-4





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 268/2018

Aos NOVE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:00min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

GILIARD LIMA SANTOS, conhecido(a) por GILIARD, Identidade nº 50.904.338-0-SSP/SP, CPF nº 074.901.734-18, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de José Pereira Dos Santos E Edneide Lima Santos, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 09/05/1987 (30 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Saco Dos Campos, tendo como ponto de referência: próximo à entrada do trevo de Casserengue/PB, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83) 98888-0129.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 15 de novembro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 15h:00min;
- 4) **Local do fato:** Pista da Barra, em Solânea/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma em Campina Grande/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** NÃO;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** ;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?**

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

Ford Pampa, ano/modelo 1997/1997, cor prata, placa MYQ 7466, chassi 9BFZZ554VB965015

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

8) Breve resumo do fato:

QUE o comunicante estava na cadeira do carona do veículo identificado acima, quando o motorista ao tentar ultrapassar outro veículo, acabou perdendo o controle do carro, ocasionando então o capotamento; QUE o comunicante foi atendido por uma unidade de ambulância pertencente ao hospital regional de Solânea/PB e encaminhado ao hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não consta.

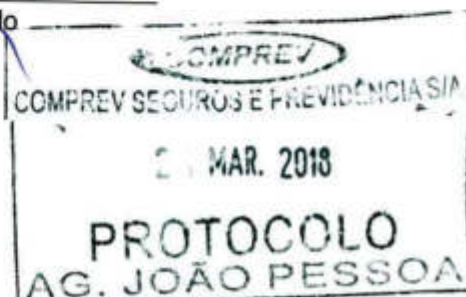
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Giliard Lima Santos

GILIARD LIMA SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente/Delegado
Matrícula nº 181824-4





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 268/2018

Aos NOVE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:00min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

GILIARD LIMA SANTOS, conhecido(a) por GILIARD, Identidade nº 50.904.338-0-SSP/SP, CPF nº 074.901.734-18, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de José Pereira Dos Santos E Edneide Lima Santos, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 09/05/1987 (30 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Saco Dos Campos, tendo como ponto de referência: próximo à entrada do trevo de Casserengue/PB, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83) 98888-0129.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 15 de novembro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 15h:00min;
- 4) **Local do fato:** Pista da Barra, em Solânea/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma em Campina Grande/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** NÃO;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** ;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?**

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

Ford Pampa, ano/modelo 1997/1997, cor prata, placa MYQ 7466, chassi 9BFZZ554VB965015

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

8) Breve resumo do fato:

QUE o comunicante estava na cadeira do carona do veículo identificado acima, quando o motorista ao tentar ultrapassar outro veículo, acabou perdendo o controle do carro, ocasionando então o capotamento; QUE o comunicante foi atendido por uma unidade de ambulância pertencente ao hospital regional de Solânea/PB e encaminhado ao hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não consta.

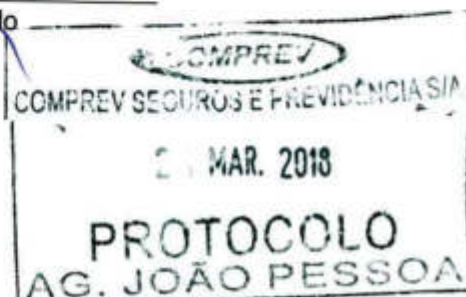
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Giliard Lima Santos

GILIARD LIMA SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente/Delegado
Matrícula nº 181824-4



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILIARD LIMA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000053997-9

Nr. da Autenticação 1ACFA9ED4A4A4307

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
Rua Profª Alaide Silva, 131 - Fone: (83) 3363-2257

ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇO HOSPITALAR

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

UNIDADE DE ORIGEM: Hosp. Distrital de Solânea

NOME DO PACIENTE: Giliard Lima Santos 30

PROCEDÊNCIA: Solânea

bolinho com pontada na
região dorsal (S1/C) PA=140X90mm Ag, HGT=931
mg/dl. Trauma. Tóxicos?
Solicito avaliação.

Dra. Rosalba Fernandes de Silva
CRM: 3067
CPF: 204.316.842-72
CNS: 206790120300007



Solânea (PB), 15 / 11 20 17

0-05011 29

GOVERNO
DA PARÁSECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1543770

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/11/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: GILIARD LIMA SANTOS

CEP: 58225000

Nascimento: 09/05/1987

Endereço: SACO DOS CAMPOS

Sexo: M

Telefone: 981596912

Cidade: Solânea

Idade: 030

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: EDNEIDE LIMA DOS SANTOS

RG:

Nº-0

Responsável: GILVAN LIMA DOS SANTOS

CPF:

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

CNS: 708109652034540

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Atendi: 15/11/2017

CONVÊNIO: SUS

Médico:

Hora: 19:59:41

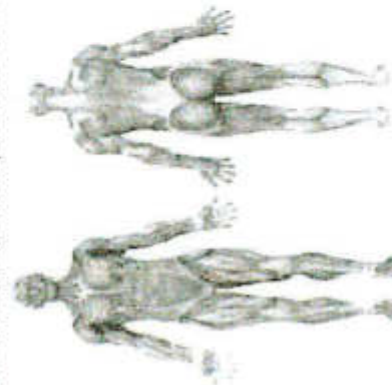
Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Emagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Parastesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

%

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Pol. traum.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:

15/11/17



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gilvan Lima Santos		
End:	Saes dos Campos Glória		
Data de Nascimento:	07-05-87	Documento de Identificação:	
Queixa:	Dor		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	
Data do Atendimento:	25-11-17	Hora:	21:56
Documento:			

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
27 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

[Faint, mostly illegible text covering the main body of the page, likely a letter or report.]

Very truly yours,

[Signature]

PROFESSOR OF PHYSICS

UNIVERSITY OF CHICAGO

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GUNZAGA FERNANDES

TEM - Part 12

15/3905

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Giliard

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

Prescrição Médica

Evolução Médica

16/11/17 1- Diet laxative

2-5f 2,01 N 24L

3- Inspiro Ag N 4/4

4. Transdermal delivery + 5000ul N

f-Repaving no lerts.

6 Int' travel

Alexandre Marinho
CRM/PB. 5444
CPF 000.42.206-23

Alexandre Marinho
Cem. PB 5444
tel. 33.423-23

Aureliano 11 don

COMITÊ SEGRUROS E FIDELIDADE
21 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RECEIVED
JAN 10 1968
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C.



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

7-7-7

Diagnóstico

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	<p>na se lo ba</p> <p>se qual o mg</p> <p>diagnostico ou o b/c</p> <p>medic 3'</p> <p>aproprio d-yp</p> <p>se por 12/12</p>	<p>2</p> <p>24</p> <p>24</p> <p>24</p> <p>24</p> <p>24</p>	<p>amb</p> <p>p m</p> <p>man</p> <p>procedim</p>

COMPREENSÃO E PREVENÇÃO

PROTOCOLO

23 MAR. 2018

AG. JOAO PESSOA

Dr. Marcos Wagner de S. Porto

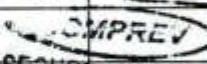
N. 17 NOV. 2017

Cidade: São Paulo / Estado: SP

COMPROV. SEC. DE SEGUR. E PREVID. SOCIAL
21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Dr. Martin Wagner, de S. Paulo
N 17 NOV 2017
CASA DE LEGISLAÇÃO

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/11/17	15:00				120/80		Paciente consciente, sem queixas até o momento. B	
17/11	20:30				130/80			


 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 21 MAR. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernal

[illegible]

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

COMPREV SECURE E - INVIDENCIAL SIM



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Do

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

NB 7-1

Paciente: GILIARD LIMA SANTOS

TRM T12

18/11/2017

Prescrição Médica

Dieta laxativa

SFO.9% 2000 mL ev 24h.

Dicirova 1a - AD EV 6/6h

Omeprazole 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ac dia.

Nausedron 8mg + AD EV 8/8h SE NECESSÁRIO

Captopril 25 mg VO 560 mg maior igual a 180 x 110 mmHg.

Tramadol 100mg + SF0 9% 100mL IV B/8H 5 n

Cefuroxime 100mg+SF0.9% 200mL IV 12/12h

PARTIAL

Classroom 10

A Basso or double lateral a

© 1999 by Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 245: 101–108

Hospital de Emergência e Tra

Daniel Dean
Neurocirurgião
CRM 6602

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

COMPREV SECOURS E PREVIDÊNCIA S/A

01 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

18 10:00 PA: 110x80
91 T: 37°C

18/11/17 20h
PA 120x80

Paciente consciente, orientado
sem alterações vitais e
momento.

Lúcia de Fátima
Téc. em Enfermagem
COREN-PR 153785

Paciente consciente, orientado, deambula
aceita dieta, (peristalt), (urina+) queixa-se
de dor ao levantar-se medicação con-
forme prescrição, feito curtos, segue
aos cuidados de enfermagem

Mário S. L. Guimarães
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 00125261

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

CCMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

23 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Daniel Dean
Neurocirurgião
CRM 6602

19. 11. 2017

12:15

PA: 120x90 mmHg

T: 37°C

P: 80 bpm

R: 20

Paciente consciente, orientado.
bom de estado de saúde. até o momento sem
queixas. indicado conforme prescrição médica,
fazer aos cuidados de Enf.

Téc. de Enf:

Jacl Ferreira Lima
Técnico de Enfermagem
COREN 820035

19. 11. 2017

20:15

PA: 130x80 mmHg

Jacl Ferreira Lima
Técnico de Enfermagem
COREN 820035



[illegible]

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AG. JOÃO PESSOA
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

20-11
08:00
PA-12X20
t=36C
Vandykelly

[illegible]

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR. 2018

PROTOCOLO

A.G. JOÃO PESSOA

Dr. Marcos Wladimir de S. Pires
14.5.2017

Olivia Simões



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

PACIENTE:	GILLIARD LIMA SANTOS
DATA DO EXAME:	15/11/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Moderada quantidade de líquido livre intra-cavitário. Na dependência de condições hemodinâmicas favoráveis, a tomografia computadorizada poderá avaliar melhor possíveis lesões viscerais.

Não identificamos sinais de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

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

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e viscerais ocultas.

Dr. Diogo Araujo de Freitas
Médico Radiologista
CRM-PB: 7195



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

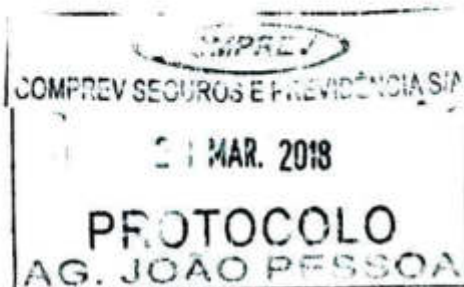
Nome: Gleivald Lima Santos Registro: _____ Leito: 7-A Setor Atual: Neuro

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi _____ % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausulta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno _____ / _____ / _____ Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

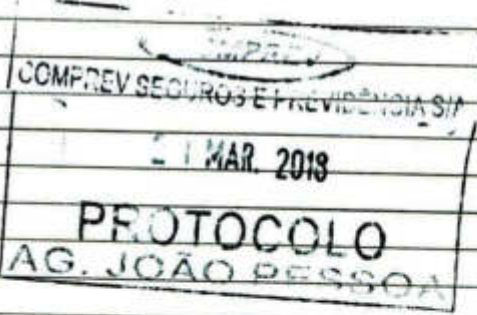
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE B-20</u> Data da punção <u>18/11/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente evolui sem intercorrências</u>	
Físico M.S. Nascimento Caldeira Enfermeira COREN-PB 506357	
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 21 MAR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>20/11/17</u> HORA: <u>13:00</u> h	

010707V 29

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilvane Lima Santos Registro: _____ Leito: 7-1 Setor Atual: Muno

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: 20 irpm; PA: 110/80 mmHg; FC: 88 bpm; SPO2: 97 %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: TRM

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente (☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.
Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____
Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>Sim</u> Data da punção <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: <u> </u> Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas	Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u> </u> Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: <u> </u>	Débito: <u> </u> Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Úlcera de pressão: () Estágio: <u> </u>	Local: <u> </u> Descrição: <u> </u> Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>31 MAR. 2018</p> <p>PROTOCOLADO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u> </u> DATA: <u>18</u> / <u>11</u> / <u>17</u> HORA: <u>13:30</u> h	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				17	11	17
NOME: <u>Eliziane Joana</u>						
IDADE: <u>830</u> SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F DATA DE NASCIMENTO: <u>/ /</u> às <u>12:00</u> h						
SETOR: _____ LEITO: _____						
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____						
ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS: _____						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS: _____						
DOENÇA CRÔNICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS: _____						
PRESENÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____						
PRESSÃO ARTERIAL:		HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:		CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:		DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>		BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)		NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		SVD <input type="checkbox"/>
		DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:		DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>		S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
		TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>		RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)		VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:		NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>		CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:		PA: _____	T: _____	FR: _____	FC: _____	PESO: _____
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA			CD/FR: <u>excesso de medicação</u>			
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/FR: _____			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR: <u>procedimento invasivo</u>			
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL			CD/FR: _____			
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			CD/FR: _____			
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR: _____			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO			CD/FR: _____			
<input type="checkbox"/> NÁUSEA			CD/FR: _____			
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA			CD/FR: _____			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			CD/FR: <u>COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A</u>			
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			CD/FR: _____			
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO			CD/FR: <u>21 MAR 2018</u>			
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			CD/FR: _____			
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			CD/FR: <u>PROTOCOLO</u>			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			CD/FR: <u>AG. JOÃO PESSOA</u>			
			CD/FR: _____			
			CD/FR: _____			
			CD/FR: _____			
Eliziane da Silva			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
ENFERMEIRA			FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL						
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			<u>DS</u>	<u>DS</u>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.						
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.						
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).						
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.						
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.						
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.						
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			<u>continua</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<u>"</u>			
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE						
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.			<u>4</u>	<u>4</u>		

Dir. Regional de Previdência Social
CNPJ: 06.940.891/0001-90
CNPJ: 06.940.891/0001-90



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/11/17 / Cirurgia Geral
às 22:30h

Nega dor abdominal

USG FAR: Medula Amniótica Lado Livre

↳ Retorno de Acire Prévia

Fc 74, Pa 120x80, Normocondo

e Abd: medula e sua inserção Perineal

R-X: Espandibilidade T12?

Col: TC Coluna Toraco-lumbar

TC Abd com el Corne Versão (urgência)

às 1:30h / Cirurgia Geral

TC Abd: Acire; Fígado / Bexiga / Rins

Normais

TC Colu: fratura T12

Col: Lado NCR

Realiza Cirurgia Geral

Amputa 84 mm HA,

ou se Passa 100 mm HA

Dr. Gabriel Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB: 7.983

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

Dr. Gabriel Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB: 7.983

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDADE

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelar

() Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



Dr. Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Giliard Lima dos Santos é portador do CID : S 29 + T 07 ocasionado por acidente de automóvel . A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

13-06-2018

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
C.R.M-PB: 8.742



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
Rua Profª Alaide Silva, 131 - Fone: (83) 3363-2257

ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇO HOSPITALAR

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

UNIDADE DE ORIGEM: Hosp. Distrital de Solânea

NOME DO PACIENTE: Giliard Lima Santos 30

PROCEDÊNCIA: Solânea

bolinho com pontada na
região dorsal (S1/C) PA=140X90mm Ag, HGT=931
mg/dl. Trauma Torácico?
Solicito avaliação.

Dra. Rosalba Fernandes de Silva
CRM: 3067
CPF: 204.316.842-72
CNS: 206790120300007



Solânea (PB), 15 / 11 20 17

0-0501x 29

GOVERNO
DA PARÁSECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1543770

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/11/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: GILIARD LIMA SANTOS

CEP:58225000

Nascimento:09/05/1987

Endereço:SACO DOS CAMPOS

Sexo:M

Telefone: 981596912

Cidade: Solânea

Idade:030

Bairro:ZONA RURAL

Nome da Mãe: EDNEIDE LIMA DOS SANTOS

RG:

Nº-0

Responsável: GILVAN LIMA DOS SANTOS

CPF:

Profissão:AGRICULTOR

Estado Civil:Solteiro(a)

Data de

CNS:708109652034540

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Atend:15/11/2017

CONVÊNIO:SUS

Médico:

Hora: 19:59:41

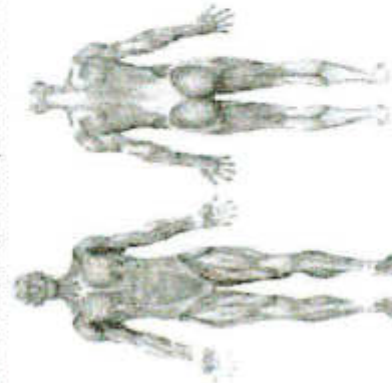
Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Emagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Parastesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

%

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Pol. traum.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:

15/11/17



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gilvan Lima Santos		
End:	Saes dos Campos Glória		
Data de Nascimento:	07-05-87	Documento de Identificação:	
Queixa:	Dor		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	
Data do Atendimento:	25-11-17	Hora:	21:56
Documento:			

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
27 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

PHYSICS DEPARTMENT

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GUNZAGA FERNANDES

TEM - Cat 12

15/3905

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Gilbert

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

Prescrição Médica

Evolução Médica

16/11/17 1- Diet laxative

2-8f 2,01 N 24L

3- Inspiro Ag N 4/46

4. Transdermal delivery + 5000ul N in

f-Repaving no lerts.

6 Int' travel

Alexandre Marinho
CRM/PB. 5444
CPF 000.42.206-23

Alexandre Marinho
 CDD: p. 5444
 tel: 03.442.304-23

Aureliano 11 don

COMITÊ SEGURANÇA E PROTEÇÃO CIVIL
21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RECEIVED
JAN 10 1968
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C.



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FFL

Admitido às 17:00

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Gilardi

de 7-7-71

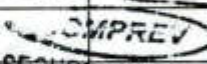
Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
<i>Gilardi</i>			

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	<p>na de 10 mg</p> <p>de 2000 mg</p> <p>diária ou 06/24</p> <p>medic 3'</p> <p>apropiado para 12/24</p>	<p>24/06</p> <p>24/06</p>	<p>na de 10 mg</p> <p>de 2000 mg</p> <p>diária ou 06/24</p> <p>medic 3'</p> <p>apropiado para 12/24</p>

COMPROV. SEC. DE SEGUR. E PREVID. SOCIAL
21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Dr. Martin Wagner, de S. Paulo
N 17 NOV 2017
CASA DE VOTACAO / CRISTIANE VAGNER

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/11/17	15:00				120/80		Paciente consciente, sem queixas até o momento. B	
17/11	20:30				130/80			


 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 21 MAR. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernal

[illegible]

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

COMPREV SEQUELOS E REVENDELIASIM
2 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Do

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

NB 7-1

Paciente: GILIARD LIMA SANTOS

TRM T12

18/11/2017

Prescrição Médica

Dieta laxativa

SFO.9% 2000 mL ev 24h.

Dicirova 1a - AD EV 6/6h

Omeprazole 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ac dia.

Nausedron 8mg + AD EV 8/8h SE NECESSÁRIO

Captopril 25 mg VO 560 mg maior igual a 180 x 110 mmHg.

Tramadol 100mg + SF0 9% 100mL IV B/8H 5 n

Calcio: 100mg + SF0.9% 200mL IV 12/12h.

PARTIAL

Chlorine ADMS GC 1x/4x

Abbreviations: lateral = dorsal 2/2b.

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

1000

[illegible]

1000

1000

ni

2

Daniel Dean
Neurocirurgião
CRM 6602

COMPREV SECOROS E PREVIDENCIA S/A

01 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

18 10:00 PA: 110x80
91 T: 37°C

18/11/17 20h
PA 120x80

Paciente consciente, orientado
sem alterações vitais e
momento.

Lúcia de Fátima
Téc. em Enfermagem
COREN-PR 193785

Paciente consciente, orientado, deambula
aceita dieta, (perg+), (urina+), queixa-se
de dor ao levantar-se medicação con-
forme prescrição, feito curtos, segue
aos cuidados de enfermagem

Mário S. L. Guimarães
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 00125261

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Paciente: GILIARD LIMA SANTOS

TRM T12

[illegible]

CCMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Daniel Dean
Neurocirurgião
CRM 6602

19. 11. 2017

12:15

PA: 120x90 mmHg

T: 37°C

P: 80 bpm

R: 20

Paciente consciente, orientado.
bom de estado de saúde. até o momento sem
queixas. indicado conforme prescrição médica,
fazer aos cuidados de Enf.

Téc. de Enf:

Jacl Ferreira Lima
Técnico de Enfermagem
COREN 820035

19. 11. 2017

20:15

PA: 130x80 mmHg

Jacl Ferreira Lima
Técnico de Enfermagem
COREN 820035



GILIARD LIMA SANTOS

Prescrição Médica

TRM T12

Prescrição Médica		ASIA E		AGYARDA PROCEDIMENTO	
Dieta laxativa					
SF0,9% 2000 mL ev 24h.					
Dipirona 1g + AD EV 8/6h					
Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia.					
Nauseadron 8mg + AD EV 8/8h SE NECESSÁRIO					
Captopril 25 mg VO 1x ao dia pa maior igual a 180 x 110 mmHg.					
Tramadol 100mg + SF0,9% 100mL IV 8/8h s n					
Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h.					
PA P TAX					
Clexane 40mg SC 1x/dia					
Alternar decúbito lateral e dorsal 2/2h.					

Dr. Manoel Wagner de S. Porto
2017
E

Assinatura: 

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AG. JOÃO PESSOA
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

20-11
08:00
PA-12X20
T-36C
Vandy Kelly

[illegible]

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

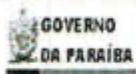
21 MAR. 2018

PROTOCOLO

A.G. JOÃO PESSOA

Dr. Marcos Wladimir de S. Pires
14.5.2017

Olá Simlla



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

PACIENTE:	GILLIARD LIMA SANTOS
DATA DO EXAME:	15/11/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Moderada quantidade de líquido livre intra-cavitário. Na dependência de condições hemodinâmicas favoráveis, a tomografia computadorizada poderá avaliar melhor possíveis lesões viscerais.

Não identificamos sinais de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

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

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e viscerais ocultas.

Dr. Diogo Araujo de Freitas
Médico Radiologista
CRM-PB: 7195



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

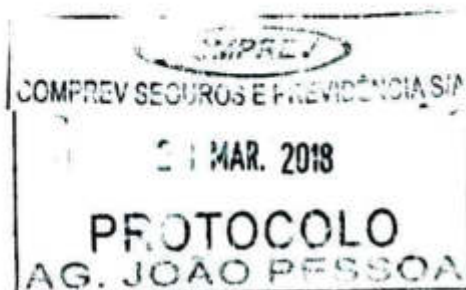
Nome: Gleivald Lima Santos Registro: _____ Leito: 7-A Setor Atual: Neuro

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculat. pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

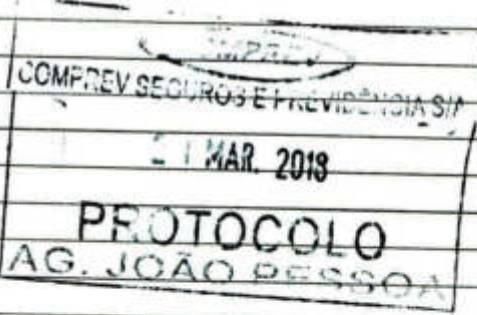
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE B-20</u> Data da punção <u>18/11/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente evolui sem intercorrências</u>	
Físico M.S. Nascimento Caldeira Enfermeira COREN-PB 506357	
 21 MAR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>20/11/17</u> HORA: <u>13:00</u> h	

010707V 29

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilvane Lima Santos Registro: _____ Leito: 7-1 Setor Atual: Muno

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: 20 irpm; PA: 110/80 mmHg; FC: 88 bpm; SPO2: 97 %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: TRM

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente (☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.
Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				17	11	17
NOME: <u>Eliziane Joana</u>						
IDADE: <u>830</u> SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F DATA DE NASCIMENTO: <u>/ /</u> às <u>12:00</u> h						
SETOR: _____ LEITO: _____						
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____						
ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS: _____						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS: _____						
DOENÇA CRÔNICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS: _____						
PRESENÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____						
PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>						
SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>						
SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>						
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>						
MOBILIDADE: DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>						
SIST. GAS. ROINTEATINAL: DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>						
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>						
SIST. GAS. ROINTEATINAL: VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>						
ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>						
DADOS VITAIS: PA: _____ T: _____ FR: _____ FC: _____ PESO: _____						
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA CD/FR: <u>excesso de medicação</u>						
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO CD/FR: _____						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO CD/FR: <u>procedimento invasivo</u>						
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL CD/FR: _____						
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL CD/FR: _____						
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA CD/FR: _____						
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO CD/FR: _____						
<input type="checkbox"/> NÁUSEA CD/FR: _____						
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA CD/FR: _____						
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ CD/FR: <u>COMPREV SEGURO E PROVIDÊNCIA S/A</u>						
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA CD/FR: _____						
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO CD/FR: <u>21 MAR 2018</u>						
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA CD/FR: _____						
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA CD/FR: _____						
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO CD/FR: <u>PROTOCOLO</u>						
<input type="checkbox"/> CD/FR: <u>AG. JOÃO PESSOA</u>						
<input type="checkbox"/> CD/FR: _____						
<input type="checkbox"/> CD/FR: _____						
<input type="checkbox"/> CD/FR: _____						
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA						
FR: FATOR RELACIONADO						
<p><u>Eliziane da Silva</u> ENFERMEIRA COREN 22.88895 ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL</p>						
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			<u>DS</u>	<u>DS</u>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.						
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.						
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).						
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.						
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.						
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.						
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.			<u>continua</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<u>"</u>			
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE						
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			<u>4</u>	<u>4</u>		

Dir. Regional de Previdência Social
CNPJ: 06.940.891/0001-90
CNPJ: 06.940.891/0001-90



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/11/17 / Cirurgia Geral
às 22:30h

Nega dor abdominal

USG FAR: Moderada amniotórax líquido livre
↳ Retorno de ascite prévia
Fc 74, Pa 120x80, Normocorado
e Abd: meolon e sua invaginação Perineal

R-X: Espandibilidade T12?

Col: TC Coluna T12-L5/L6
TC Abd com el com re USG (urgência)

às 1:30h / Cirurgia Geral

TC Abd: Ascite, Fígado/Bazo/Reins
Normais

TC Colu: fratura T12

Col: L4 L5

Realizado Cirurgia Geral
Amputação 84 minutos,
ou se necessário mais 40

Dr. Gabriel Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB: 7.983

1) Dismetria
2) fratura com fratura
3) fratura da anilha
4) Ossos da anilha

Dr. Gabriel Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB: 7.983

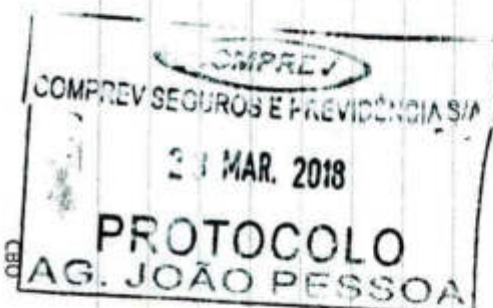
SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDADE

() Centro cirúrgico
() Internação (setor) () Alta hospitalar / () A revelia
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Decisão Médica
() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - RICARDO GUILHERME GALANT

8000-2

PROIBIDO PLASTIFICAR

Giliard Lima Santos

0047-000004

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 50.904.338-0 DATA DE EMISSÃO 11/MAI/2007

NOME GILIARD LIMA SANTOS

RELACAO JOSE PEREIRA DOS SANTOS

E EDNEIDE LIMA SANTOS

NACIONALIDADE SOLANEA -PB DATA DE NASCIMENTO 09/MAI/1987

DOC. ORIGIN SERRARIA-PB

ARARA

CN: LV.A11 /FLS.165 /N.012114

074901734/18

Dr. A. L. L.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 118 DE 2004

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

Cartão de Pessoa Física

Instituto de inscrição

074.901.734-18

Nome

GILIARD LIMA SANTOS

Nascimento

09/05/1987

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO			
NOME WEBER DA CUNHA REGO		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 1207482 SSP PB	
	CPF 569.951.994-72		DATA NASCIMENTO 01/03/1968
	FEDACAO VICENTE DA CUNHA REGO		
	JOSEFA SOARES DA CUNHA REGO		
INTERPRINT LTDA.	PERMISSAO	ACC	CAT. HAB.
			B
VÁLIDA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL 881588025	Nº REGISTRO 02849644421	VALIDADE 12/12/2018	1ª HABILITACAO 21/01/1998
	OBSERVAÇÕES		
COPIADO PLASTIFICAR 881588025	 ASSINATURA DO PORTADOR		
	LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSAO 12/12/2013	
	 ASSINATURA DO EMISSOR		06085645137 PB027623637
DETRAN - PB (PARAIBA)			

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

23 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - RICARDO GUILHERME GALANT

8000-2

PROIBIDO PLASTIFICAR

Giliard Lima Santos

0047-000004

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 50.904.338-0 DATA DE EMISSÃO 11/MAI/2007

NOME GILIARD LIMA SANTOS

RELACAO JOSE PEREIRA DOS SANTOS

E EDNEIDE LIMA SANTOS

NACIONALIDADE SOLANEA -PB DATA NASCIMENTO 09/MAI/1987

DOC. ORIGIN SERRARIA-PB

ARARA

CN: LV.A11 /FLS.165 /N.012114

074901734/18

Dr. A. L. L.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 118 DE 2004

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

Cartão de Pessoa Física

Instituto de inscrição

074.901.734-18

Nome

GILIARD LIMA SANTOS

Nascimento

09/05/1987

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME WEBER DA CUNHA REGO		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR 1207482 SSP PB	
		CPF 569.951.994-72	
		DATA NASCIMENTO 01/03/1968	
		FEDERAÇÃO VICENTE DA CUNHA REGO	
JOSEFA SOARES DA CUNHA REGO		PERMISSÃO ACC CAT. N.º B	
Nº REGISTRO 02849644421		VALIDADE 12/12/2018	
		1ª HABILITAÇÃO 21/01/1998	
OBSERVAÇÕES			
<p><i>Webster da Cunha Rego</i></p> <p>ASSINATURA DO PORTADOR</p>			
LOCAL JOÃO PESSOA, PB		DATA EMISSÃO 12/12/2013	
<p><i>Rodrigo Carvalho</i></p> <p>ASSINATURA DO EMISSOR</p>		06085645137 PB027623637	
DETRAN - PB (PARAIBA)			

INTERPRINT LTDA.

VÁLIDA EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL

881588025

JOIQUILIO PLASTIFICAR

881588025

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

23 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - RICARDO GUILHERME GALANT

8000-2

PROIBIDO PLASTIFICAR

Giliard Lima Santos

0047-000004

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 50.904.338-0 DATA DE EMISSÃO 11/MAI/2007

NOME GILIARD LIMA SANTOS

RELACAO JOSE PEREIRA DOS SANTOS

E EDNEIDE LIMA SANTOS

NACIONALIDADE SOLANEA -PB DATA DE NASCIMENTO 09/MAI/1987

DOC. ORIGIN SERRARIA-PB

ARARA

CN: LV.A11 /FLS.165 /N.012114

074901734/18

Dr. A. L. L.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 118 DE 2004

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

Cartão de Pessoa Física

Instituto de inscrição

074.901.734-18

Nome

GILIARD LIMA SANTOS

Nascimento

09/05/1987

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO		
NOME WEBER DA CUNHA REGO		
		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 1207482 SSP PB		
CPF DATA NASCIMENTO 569.951.994-72 01/03/1968		
FISSAO VICENTE DA CUNHA REGO		
JOSEFA SOARES DA CUNHA REGO		
PERMISSAO ACC CAT. HAB. B		
N° REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITACAO 02849644421 12/12/2018 21/01/1998		
OBSERVAÇÕES		
<i>Webster da Cunha Rego</i> ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL DATA EMISSAO JOAO PESSOA, PB 12/12/2013		
<i>Rodrigue Carvalho</i> ASSINATURA DO EMISSOR		
06085645137 PB027623637		
DETRAN - PB (PARAIBA)		

VALIDA EM TUDO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 881588025

JOIQUILIO PLASTIFICAR
 881588025

COM-REV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 23 MAR. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180471373 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILIARD LIMA SANTOS **Data do acidente:** 15/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE T12

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ EXTENSA EM REGIÃO TORACO LOMBAR, EXAME NEUROLOGICO NORMAL, LIMITAÇÃO PARA FLEXO-EXTENSÃO DA COLUNA.

Resultados terapêuticos: BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA, SEM DÉFICIT NEUROLOGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 5523

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: