

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2018

Aos Cuidados de: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Nº Sinistro: 3180127943

Vitima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 24/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180127943**.

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



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Sinistro: 3180127943

Vítima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 24/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180127943** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 25 de Abril de 2018

Carta n°: 12704900

A/C: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Nº Sinistro: 3180127943
Vitima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA
Data do Acidente: 24/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000991-1

Conta: 000010023120-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé

10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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: 3180127943
Nome do(a) Examinado(a): Egnalda Fausto dos Santos Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Geronimo, S/N 1 Andar
Centro Teixeira PB CEP: 58735-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2870029
Data local do acidente: [24/08/2017]
Data local do exame: [11/04/2018] Patos [PB]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E DE COTO DE AMPUTAÇÃO MAIS FIXAÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS DO MÉDIO PÉ COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER 2.0 MM, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 8 DIAS E REALIZADA A RETIRADA DOS FIOS APÓS UM PERÍODO DE 70 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 5 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPEDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR CRÔNICA E CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO.

Data da Alta: 25/10/2017

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

AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PLANTAR DE APROXIMADAMENTE 10 CM, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO DO ANTE PÉ EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II, DOR CRÔNICA, ALÉM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO, OBSERVA-SE A INEXISTÊNCIA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO.

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

Sim Não

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

Sim Não

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

**DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO DO ANTE PÉ EM 10°
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II
INEXISTÊNCIA DÓ 1º PODODÁCTILO**

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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

Tiago Martins Formiga
Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE LIVRAMENTO
SECRETARIA DA SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA REGIONAL LIVRAMENTO



Nº DE ORDEM: 005/2017

Em resposta ao Requerimento do Atendimento prestado pela equipe do SAMU 192 o Sr.(a): **EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS**, Inscrito(a) no RG: 28.700.29 SSP-PB, CPF: 059.549.644-08, nascido em 04/03/1983, passamos a informar o que segue:

ID da Ocorrência: 144

Equipe	<i>Central de Regulação Médica:</i> Médico Regulador: Dr. Marciel Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM): Jaciele e Evanía Rádio Operador (RO): Paulo.		
Plantonista	USB- 05 Enfermeiro: Maria Aparecida Téc. De Enfermagem: Gesilda Condutor Socorrista: Cendecias	Tempo Resposta: 05 min. Saida da Base: 10h37min. Chegada no local: 10h42min. Chegada no Hospital: 13hs30min.	

TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Data: 24/08/2017	Hora: 10hs37min	Idade: 34 anos	Sexo: F (X) M ()	Nº de Vítimas no local: DUAS
Local da Ocorrência:				
Centro		Cidade: Livramento		Apoio no Local: Não

*TEMPO RESPOSTA: 05 minutos.

Tipo de Agravo (Natureza da Ocorrência)

Trauma (X) Clínico () Gineco-Obstétrico () Psiquiátrico ()	Outro:
--	--------

Resumo da ocorrência:

Paciente consciente, orientado, vítima de colisão moto/carro, SSVV PA: 120x90mmhg, SPO² 98%, FC 67bpm, HGT 115dl, apresentando fratura exposta com amputação do MIE (dedão completo), Após regulação foram administradas as seguintes medicações: (Dipirona, Tenoxicam, Nauseodron, Tramau + 1500 de Soro Ringer) com acesso calibroso de jelco 14, feito compressivo, paciente com Glasgow 15 encaminhado direto para o Trauma.

Maria Damiana Marques da Nóbrega
Enfermeira
Coordenadora do SAMU de LIVRAMENTO

20 MAR. 2018

Assinatura do Recebedor: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00991-1

CONTA: 000010023120-9

Nr. da Autenticação 99635D34389BD74A

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
RUA JOSE GERONIMO SAN P'ANDAR - CENTRO
CEP 58735000 - TEIXEIRA / PB (AC: 132)

Ch/Site: RENAN CASSIO RESIDENCIAL MONDAGA
Rolino: 12-0133-080-373 Referência: FEV/2018
Medidor: 00058683961 Emissão: 19/02/2018



Altimetria ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAB
FEV/2018	20/02/2018	21/03/2018	6784535430

UC (Unidade Consumidora): 5/1713525-2

Canal de contato

- Levou óleo velho no chuveiro? Entre em contato com a concessionária de energia. Nós temos a solução para fazer a troca. De um jeito de segurança.
- Chegue os documentos e temporize o seu atendimento com a concessão responsável de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
1801118 Leliao 6571	20/02/18 Leliao 6517	1	146	32

Desempenho

CDI Descrição	Quantidade	Tarifa de	Valor Total	Base Calc.	AB	ICMS	ICMS STS	Base Total	Preço	Correção
001 CONSUMO DE ELE.	146 0,241000	100,32	100,32	31	0,00	100,32	100,32	100,32	1,22	1,62
002 CONSUMO ELETRICO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
003 CONSUMO LAMP PUBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CDI - Cálculo da Descontagem da Rete Total 121,90 100,32 20,36 100,32 -1,22 3,82

Último consumo mensal (kWh) 170 VENCIMENTO 06/03/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 121,90

Histórico de Consumo (kWh)

154	145	173	167	140	180	146	170	172	170	245	106
JAN/18	JUIN/17	NOV/17	OUT/17	DEZ/17	JAN/18	JUL/17	JUN/17	MAR/18	ABR/18	MAY/18	FEV/18

RESERVADO AO FISCO 2300.6906.81AD.9C77.228A.DE35.1581.8583

Indicadores de Qualidade - Q2017 - Ótimo/Ótimo

Límites da ANEEL	Apurado	Límites de Tensão
0,00 MENSAL	2,01	100% 17
0,00 TRIMESTRAL	14,53	100% CONTRATADA
0,00 ANUAL	29,00	100% LIMITES PAFICROH 202
0,00 BIMESTRAL	3,68	100% LIMITES SUPER/ABUSO/2
0,00 ANUAL	6,97	100% LIMITES SUPER/ABUSO/2
0,00	13,85	100% 1,00
0,00	4,14	100% 1,00
0,00	12,29	100% 1,00

Composição do Consumo

Descrição	Valor(R\$)	%
serv. Elec.	100,32	82,57
Combustíveis	32,00	26,91
Serviço de Transmissão	4,24	3,48
Entregas/Entregas	7,05	5,82
Impostos, Deveres e Contribuições	49,70	41,70
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	121,90	100,00

Valor do Custo(R\$) Ref 1200017 19-01-13

ATENÇÃO

SEGUNDA VIA DE CONTA

Facturas em atraso

VENCIMENTO 06/03/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 121,90

ENERGISA PARAIBA
Rolino: 12-0133-080-3730
Munic.: 1713525-2018-02-8

83678000001-8 21900054000-1 17135252018-2 02800133019-1



20 MAR. 2018

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Demian Lídio Maia Alencar inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.845.354-30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.549.644-08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.549.644-08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA Renda: RECUSA e apresento os documentos comprobatórios: RECUSA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua José Góes</u>	<u>CENTRO</u>	<u>TEIXEIRA</u>	<u>23</u>	<u>CASA</u>
			<u>PB</u>	<u>58735-000</u>
<u>RECUSA</u>			<u>(83) 9 9958-2737</u>	<u>(83) 9 9958-2737</u>

Local e Data

20 MAR 2018

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EGNALDO FAUSTO

RG nº 2870 003, data de expedição 06 / 04 /2003,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.584.054-28, com
domicílio na cidade de LIVRAMENTO, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA RAIMUNDO GALDINO DE SOUSA, nº 511,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA, cujo o condutor era
EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS

Ano: 2005

Placa: MUY 0302 / PB

Chassi: 9G9KC08A05R028337

Data do Acidente: 24.02.2017

Local e Data: Teixeira - PB, 36 de Fevereiro de 2018

FIRMA

Egnaldo Fausto
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DOCUMENTO ORIGINAL

20 MAR. 2018



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Sr.(a)

Atestado médico.

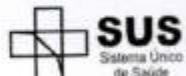
Atestô pone os devidos
termos que o seg. Egualdo
Flávio dos Santos boine,
agricultor, 34 ans, vitimado
de acidente de moto, a
menos apontar sequelas
frenéticas de tronco expô
e amputação de dedo
da perna Es. Cid 105-99+
N 826.

Teixeira, 26-02
2018

20 MAR 2018

Maria da Salete de Lucena Batista
CRM-PB 2125 - CPF 37091.894-91
SUS 702404518555322

MÉDICO - CRM





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Egnaldo Fausto dos Santos Lima		Idade:	39	
Convênio:	Sus	DN:	09-03-1983	Data:	24/08/13
Procedimento:	Fractura exposta do pé + amputação de D0.				
Cirurgião:	Dr. Gudimam	+ Auxiliar:	Dr. Otávio	Anestesista:	Dr. Wunderle
Inicio:	16:30	Término:	17:35	Anestesia:	Rurque

Observações:

- Despacho formal de clínica sin receta.
Administración de medicación de forma

07:50 - Paciente consciente, orientado, expressivo. em O2 ambiente. apendicite nega nos exames. Pomeu uva perfumada em H.S.D - em hidratante, com curativo em M.I. E (pele). Total da emigre, limpo. Segue nos cuidados da equipe. Anne Karine de A. Almeida
- Realizado novo exame perfumado - H.S.E. -

08:30 Actie SEPA
s 17/11/2010

Assinatura Anestesista

~~Laise Albuquerque de Almeida
ENFERMEIRA
CÓD. 100-1506-355
CIRÚRGICA~~

Pele: Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () \leq 3 segundos; () $>$ 3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Precordialgia ()

Ausculta cardíaca: Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção 28/08/17
11:22

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: VO () SNG () SNE () Gastroenterologia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: Normotônico () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Incisão cirúrgica: Local/Aspecto: lateral Curativo em: 28/08/17

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: Satisfatória () Insatisfatória

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: Desambulante clapin

SONO E REPOUSO

Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: Católica Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Passou a cirurgia da agenesia da uretra e
agora queimava na uretra, pegou um cálculo
da uretra

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 20 MAR. 2018

DATA: 21/08/17

HORA: 8:40 h

Renata Silva Luciano
Enfermeira
COHEN-PB 337480



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Rx. Admitido a HUT E.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

3400000

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Edson da Fonte da Serra* | Registro: | Leito: *2-4* | Setor Atual: *III*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: *36,5* °C; P: *120* bpm; FR: *12* irpm; PA: *120/70* mmHg; FC: *75* bpm; SPO2: *97* %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () 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

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

20 MAR. 2018

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
<i>Nenhum Movimento = 0</i>		
<i>Movimenta 2 membros = 1</i>		
<i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i>		
<i>Respiração Limitada, Dispnéia = 1</i>		
<i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i>		
<i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i>		
<i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i>		
<i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i>		
<i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i>		
<i>Despertado ao chamado = 1</i>		
<i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

20 MAR. 2018

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Eugenio Furtado dos S. Lame</i>			IDADE	SEXO	COR	
DATA 22-08-17		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA		OUTROS
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	O ²						INDUÇÃO	
							Satisf.: _____	Excit.: _____
Líquidos							Laringo espasmo: _____	Lenta: _____
							Náuseas: _____	Vômitos: _____
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O-PULSO: O-RESPIRAÇÃO AX-ANESTESIA: O-OPERAÇÃO							Outros: _____	MANUTENÇÃO
							ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____	
Não, por quê? _____								
DESPERTAR								
Reflexos na SO: _____								
Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit: _____								
Náuseas: _____ Vômitos: _____								
Outros: _____								
Com cânula: _____								
Paro o Leito Sim _____ Não _____								
CONDIÇÕES: _____								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
AGENTES		<i>Niso e 1/2 mg + Dumet 10 mg + cezofot 200 mg + Talot 200 mg + Difl 200 mg</i>						
TÉCNICA		<i>Faciso</i>						
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES		<i>Eduardo</i>						
ANESTESISTAS		<i>Wanderley - Deu</i>						
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGUÍNEA		
MOD. 066								
FOLHA DE ANESTESIA - SRPB								

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

ciente: Egnaldo Furtado dos Santos n° 0403

01

100

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRATION

REGISTRO
1422502

1983
GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Fratura exposta do

CIRURGIÃO Dr. Randima)

1000

Pe' LA oto cos de

0.34

ANESTESIA

ANESTESIA

102

— 1 —

Du

- 6 -

Boley
FIM 14:30

EQUIPAMENTOS

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar |
| <input type="checkbox"/> Serra | <input type="checkbox"/> Eletrocautério |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Oxicardiógrafo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <i>fixo</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz | <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

TÉC. DE EN^o RIV^o
CORREN - PE 203.722

~~Yad~~
Lucineid

Chancery

20 MAR 2018



 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						2 - CNES	
						3 - CNES	
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE						6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO / / /		9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL						11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE	
						200	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	16 - 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 INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL			24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL						27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTDE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTDE
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
						20 MAR. 2018	
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						40 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF							
AUTORIZAÇÃO							
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO						45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	46 - DATA DE SOLICITAÇÃO
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF							

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:

DN:

PRONT. N°:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO:

ALTA:

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

2. Resultado dos principais exames

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

20 MAR. 2018

7. Condições de alta

Curado

A pedido

Óbito

Melhorado

Inalterado

Transferido para: _____

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Responsável pelo resumo: _____

SEPI-30-40 NC conduct 2 sets short samples

CO2 depth \rightarrow 30
at 30 m depth \rightarrow 100% CO_2
below 30 m \rightarrow 100% CO_2

03:45 03:21 + 180-15

10

10

10 CO_2 measured

88

6

6

6

6

6

6

6

6

6

stainless

stainless

warm water + 80

at relevant about 60

20 MAR. 2018

x

x

shortened

stainless

101.26

21

285

x

x

x

out

-

stainless

101.26

Data da Internação: 24/08/2017 Hora: 13:57:07

SUS

Sistema
Único da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

1492530

7 - CARTÃO DO SUS

709802072971994

8 - SEI(O)

Masc Fem

04/03/1983

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ESPEDITA JOANA FAUSTA

11 - TELEFÔNICO DE CONTATO

DD 83 N.º DE FONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º,BAIRRO)

CECILIA GENE BRA, 0, SANTA TEREZINHA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Livramento

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

15 - UF

250850 PB 58690000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fc moto
grave lesão da pér

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TMO anamnese

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS EAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

N/A

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016282270869

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/08/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

47 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

20 MAR. 2018

Data da Internação: 24/08/2017 Hora: 13:57:07

SUS

Sistema
Único da
Saúde da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

1 - N.º DO PRONTUÁRIO

1492530

7 - CARTÃO DO SUS

709802072971994

3 - DATA DE NASCIMENTO

04/03/1983

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSAVEL

ESPEDITA JOANA FAUSTA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83

83

RJ 16 TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

CECILIA GENE BRA, 0, SANTA TEREZINHA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Livramento

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

15 - UF

250850 PB 58690000

17 - PRINCIPAIS SÍMPTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Ac ngru
Grau lesão l-10

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO (morbida)

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

J-15

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

02

() CNS () CPF

980016282270869

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARMIMBO (N.º DE REGISTRO DO CONSELHO)

ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

24/08/2017

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
 () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SE ENQUADRA

36 - CNPJ DA SEGURO/ORA

37 - N.º DO SÍLHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARMIMBO (N.º DE REGISTRO DO CONSELHO)

20 MAR. 2018

Nome do Paciente	Nº Prontuário	
26 NELSON TAVARES DOS SANTOS FILHO		
Data da Operação	24/03/12	Enf.
Operador	JN. DÍVIO FERNANDES	1º Auxiliar JN. EL. D. M. M.
2º Auxiliar	—	3º Auxiliar —
Anestesia	JN. WANDALE	Tipo de Anestesia NSEGU
Diagnóstico Pré-Operatório		
Fractura exposta de cráneos (E)		
Tipo de Operação		
LME + Desbridamento + Fixação com FIO (E) +		
Diagnóstico Pós-Operatório Neurapraxia do nervo de Arnold		
A Anestesia INDUZIDA, do HALUK		
Relatório Imediato da Patologia J. Fractura exposta de ossos do cráneos (E)		
Exame Radiológico no Ato SIM		
Acidente Durante a Operação NPD		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1. Abordagem em dorso de braço direito	
2. Própria exposição e antisepsia	
3. Colidão do crânio	
4. LME exposta longo ST 09, 10L.	
5. Neoparafusado do crânio e compactação da fratura (E).	
6. Fixação crânio + placas com	
7. (E) de plástico de 2x13x15x MITTE (E)	
8. Nova LME.	
9. Sutura da placa esternal.	
20 MAR 2018	
	

Dr. Otávio Góes, Jr.
0224-75103

Ficha de Acolhimento

Nome: Edinaldo Faria da Silva End: Centro Bairro: Ses Targino
Data de Nascimento: 04.03.83 Documento de Identificação:
Queixa: ed mat Data do Atend.: 24-08-17 Hora: 12:55 Documento:
Acidente de trabalho? Sim Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: Bom Regular Baixo Aspecto: Calmo Fáceis de dor Gemente

Frequência respiratória:

Pressão arterial:

Dosagem de HGT:

Deambulação: Livre Cadeira de rodas Maca

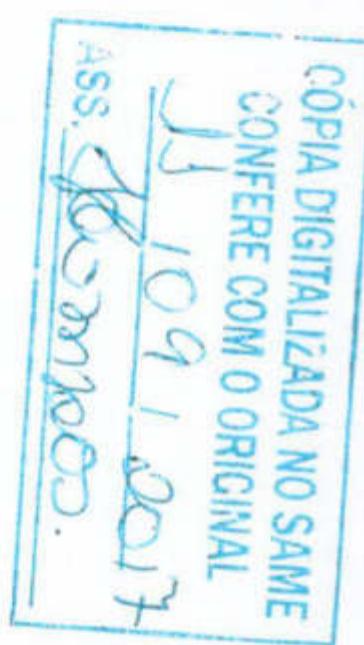
Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

20 MAR 2018





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

20 MAR 2011

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

TRAUMA - CG

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:
Gonçalda Fausto dos Santos **Lionel** **04-03-1983** IDADE: **34** PRONTUÁRIO:
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ANTES DA INCISÃO ANTES DO PACIENTE

ENTRADA
PAUSA CIRÚRGICA
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
CIRÚRGICA
SAÍDA

- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

- ✓ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

REVISÃO DO CIRURGÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS

A CONTAGEM DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (NÃO SE APLICAM)

OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

O PACIENTE POSSUI:

PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA DE ANESTESIA: HOUVE ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

REVISÃO DE EQUIPE DE ANESTESIA: HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO?

ALERGIA CONHECIDA?
X **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS
MATERIALIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS,
PROTESES E OUTROS ESTÃO APARECENDO
PARA SER RESOLVIDO **Não**

VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
PROTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO
DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO
RESULTADOS DO INDICADOR?)
O CIRURGÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE
ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES

**HA QUESTOES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU
QUAISQUER PREOCUPACOES?**

RISCO DE PERDA SANGUINEA > 500 ML.
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
NÃO
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA
NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

Wanda C. G. Madrini
NÃO SE APPLICA
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E
PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

NÃO SE APLICA

J. Clin. & Med. 2021, 10, 1000

TÉC. DE ENGENHARIA
CORPO. PÓ. 703.721 Assinatura

Business

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FOLHA DE TRATAMENTO

Paciente

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24	Betta 350	162	2.100
25	350mg Jolo-t 1x dia	17h	1000mg
26	Betta 350	162	2.100
27	Chloridr. loq. 14	162	1000mg
28	Tramadol 300mg	162	2.100
29	Betta 350	162	2.100
30	Betta 350	162	2.100
31	Betta 350	162	2.100
1	Betta 350	162	2.100
2	Betta 350	162	2.100
3	Betta 350	162	2.100
4	Betta 350	162	2.100
5	Betta 350	162	2.100
6	Betta 350	162	2.100
7	Betta 350	162	2.100
8	Betta 350	162	2.100
9	Betta 350	162	2.100
10	Betta 350	162	2.100
11	Betta 350	162	2.100
12	Betta 350	162	2.100
13	Betta 350	162	2.100
14	Betta 350	162	2.100
15	Betta 350	162	2.100
16	Betta 350	162	2.100
17	Betta 350	162	2.100
18	Betta 350	162	2.100
19	Betta 350	162	2.100
20	Betta 350	162	2.100
21	Betta 350	162	2.100
22	Betta 350	162	2.100
23	Betta 350	162	2.100
24	Betta 350	162	2.100
25	Betta 350	162	2.100
26	Betta 350	162	2.100
27	Betta 350	162	2.100
28	Betta 350	162	2.100
29	Betta 350	162	2.100
30	Betta 350	162	2.100
31	Betta 350	162	2.100
1	Betta 350	162	2.100
2	Betta 350	162	2.100
3	Betta 350	162	2.100
4	Betta 350	162	2.100
5	Betta 350	162	2.100
6	Betta 350	162	2.100
7	Betta 350	162	2.100
8	Betta 350	162	2.100
9	Betta 350	162	2.100
10	Betta 350	162	2.100
11	Betta 350	162	2.100
12	Betta 350	162	2.100
13	Betta 350	162	2.100
14	Betta 350	162	2.100
15	Betta 350	162	2.100
16	Betta 350	162	2.100
17	Betta 350	162	2.100
18	Betta 350	162	2.100
19	Betta 350	162	2.100
20	Betta 350	162	2.100
21	Betta 350	162	2.100
22	Betta 350	162	2.100
23	Betta 350	162	2.100
24	Betta 350	162	2.100
25	Betta 350	162	2.100
26	Betta 350	162	2.100
27	Betta 350	162	2.100
28	Betta 350	162	2.100
29	Betta 350	162	2.100
30	Betta 350	162	2.100
31	Betta 350	162	2.100
1	Betta 350	162	2.100
2	Betta 350	162	2.100
3	Betta 350	162	2.100
4	Betta 350	162	2.100
5	Betta 350	162	2.100
6	Betta 350	162	2.100
7	Betta 350	162	2.100
8	Betta 350	162	2.100
9	Betta 350	162	2.100
10	Betta 350	162	2.100
11	Betta 350	162	2.100
12	Betta 350	162	2.100
13	Betta 350	162	2.100
14	Betta 350	162	2.100
15	Betta 350	162	2.100
16	Betta 350	162	2.100
17	Betta 350	162	2.100
18	Betta 350	162	2.100
19	Betta 350	162	2.100
20	Betta 350	162	2.100
21	Betta 350	162	2.100
22	Betta 350	162	2.100
23	Betta 350	162	2.100
24	Betta 350	162	2.100
25	Betta 350	162	2.100
26	Betta 350	162	2.100
27	Betta 350	162	2.100
28	Betta 350	162	2.100

20 MAR 2018

10 MAR 2018

CONCLUSÃO MTO - como

Sintoma: ta pe ④Internado: h h ④Internado: ta pe ④

Rel

1. Imp. Hidr. ④2. pe MTR ④1. Cefalofagia, 2º dia expa.2. SM, 1º dia expa.3. Urticaria4. Dores ósseasDPOX: 1000 mg/dia
1000 mg/dia
1000 mg/dia

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ hs : _____ hs.

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CEO

IDADE

- Centro cirúrgico _____ Alta hospitalar / A revista
 Internação (setor) _____ Decisão Médica
- Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Ambito

Manaus 1º diaAss. do paciente ou responsável (quando necessário)

20 MAR. 2018

DIAGNÓSTICO

ok.

Paciente G. P. Gómez Ramírez

Alojamiento

Leito

10

Prescrição Médica

Evolução Médica

1.Dietă lună:
2.SRL 1500ml EV/24h
3.Dipirona 02ML+ AD EV 05/06h
4.Tilatil 20mg + AD EV 12/12h

1

5. Omeprazol 40mg EV/jejunum
6. Tramal 100mg + 100ml SF, 0,9% EV 8/8h SN

5. Omeprazol 40mg EV/jejum
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0

8. Clexane 40mg SC/dia
9. SSV + CCGG

7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/
8. Clexane 40mg SC/dia
9. SSW + CCGG

10. *Urechis unicinctus* (Gmelin) + *U. acanthophorus*

10. *Chloranthus*

W. Johnson 4474-124448: 1

11. Yardstick

Mr. G. M. F. G. M. F. G. M. F.

12. Classification

Dr. E. H. Englehardt

100

U.S. Special - Training

111

Gesamt

100

Dr. E. C. Eaton
Ornithologist
U. S. Natl. Mus.

29/8/2008

四百零

107

1990-1991

Date 28.08.2017 Hour 08:00 Day 120x80

dry hair)

٣٢٧

8/88

U 2

2

20
MR 2018

8

Data Hora PR: 26.08.17 08:00 140x80. Recolhido exame M.S e d.c. P. de
Paciente vulví exente de tumores
Ana Rita Ricardo da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PB 432.154

20 MAR. 2018

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pacientes: 267139 - 02/02/2009

Alojamiento:

Leito

1

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/3	1.Dieta	11h	Piora
25/3	2.SRL 1500ml EV/24h	24h	Estabilizado
26/3	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	06h	Estabilizado
26/3	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12h	Estabilizado
26/3	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	jejum	Estabilizado
26/3	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	8h	Estabilizado
26/3	7.Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN	8h	Estabilizado
26/3	8. Clexane 40mg SC/dia	dia	Estabilizado
26/3	9.SSIV + CCGG	dia	Estabilizado
26/3	10. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	11. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	12. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	13. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	14. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	15. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	16. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	17. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	18. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	19. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	20. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	21. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	22. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	23. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	24. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	25. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	26. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	27. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	28. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	29. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	30. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	31. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	32. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	33. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	34. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	35. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	36. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	37. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	38. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	39. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	40. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	41. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	42. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	43. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	44. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	45. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	46. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	47. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	48. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	49. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	50. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	51. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	52. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	53. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	54. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	55. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	56. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	57. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	58. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	59. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	60. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	61. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	62. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	63. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	64. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	65. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	66. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	67. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	68. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	69. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	70. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	71. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	72. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	73. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	74. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	75. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	76. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	77. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	78. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	79. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	80. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	81. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	82. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	83. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	84. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	85. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	86. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	87. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	88. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	89. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	90. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	91. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado
26/3	92. Cetorizina 10mg EV/8h	8h	Estabilizado

Diagnóstico

ORTOPE: 1A.2
LEITO: 2-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX HÁRDX + MTE

Experi. A

Paciente: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA, 34

Alojamento: 2
Leito: 5

Horário:

Evolução Médica

LEITO 2-4

Data: 7/1/13
DIETA: HVR
Prescrição Médica:

1 SF-0,9% 1500ML EV P/ 24H

2 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H

3 GENTAMICINA 80MG + SF EV 8/8H

4 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H

5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN

6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JELUM

7 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN

8 CLEXANE 40MG SC 1xDIA

9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H

10 CURATIVO 1xDIA

11 SSVW+CCGG

12

13

14

15

20 MAR 2013

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15



20 MAR. 2018

20 MAR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB N° 9167845644

3346653145

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PICT 2011124000001355-2

ANTRAC

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA, SN

58735000 TEIXEIRA - PB

06258405428 000000000000

FLAVIO BRASCA PONCE

1 000000000000

PICT 2011124000001355-2

ANTRAC

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA, SN

58735000 TEIXEIRA - PB

06258405428 000000000000

FLAVIO BRASCA PONCE

1 000000000000

PICT 2011124000001355-2

ANTRAC

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA, SN

58735000 TEIXEIRA - PB

06258405428 000000000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN

N° 9167845644

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA, SN

PICT 2011124000001355-2

ANTRAC

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA, SN

PICT 2011124000001355-2

ANTRAC

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA, SN

PICT 2011124000001355-2

ANTRAC

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA, SN

PICT 2011124000001355-2

ANTRAC

VIA 1 84689887-0 00/00000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN

N° 9167845644

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA, SN

PICT 2011124000001355-2

ANTRAC

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA, SN

PICT 2011124000001355-2

ANTRAC

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA, SN

PICT 2011124000001355-2

ANTRAC

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA, SN

PICT 2011124000001355-2

ANTRAC

VIA 1 84689887-0 00/00000000

20 MAR 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		Nº 9167345644	
MINISTÉRIO DAS CIDADES		3346653145	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
PLT 201112400004355-2 ent. DEMARCO		00/00000000	
1 84689887-0		00/00000000	
NOME/ENDEREÇO			
EGNALDO FAUSTO SITIO CATOLE DA PISTA, SN			
58735000 TEIXEIRA - PB			
PLACA ANT/UF 06258405428		PLACA MMY0802/PB	
ESPECIE/UF PB		ESPECIE/UF PB	
NOME ANT/UF FLAVIO BRASCA PONCE		NOME ANT/UF FLAVIO BRASCA PONCE	
PLACA ANT/UF NOVO		PLACA ANT/UF NOVO	
ESPECIE/UF PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ESPECIE/UF PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	
MARCAS/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS		MARCAS/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS	
CAB/POW/CT 2 P/149 /CT		CAB/POW/CT 2 P/149 /CT	
CATEGORIA PARTIC.		CATEGORIA PARTIC.	
COMBUSTIVEL GASOLINA		COMBUSTIVEL GASOLINA	
ANO/FAB. 2005		ANO/FAB. 2005	
COR/PREDOMINANTE VERMELHA		COR/PREDOMINANTE VERMELHA	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
DESENTRALIZADO, NO VÁLIDO, PÁG. 31, TUA, SE REFERENCIA			
N. Motor : KC08E150880317		N. Motor : KC08E150880317	
TEIXEIRA - PB 408886		TEIXEIRA - PB 408886	
LOCAL		LOCAL	
0		0	
16/05/2011		16/05/2011	
31050		31050	

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180127943 **Cidade:** Livramento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
 LIMA SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PLANTAR DE APROXIMADAMENTE 10 CM, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO DO ANTE PÉ EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II, DOR CRÔNICA, ALÉM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO, OBSERVA-SE A INEXISTÊNCIA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E DE COTO DE AMPUTAÇÃO MAIS FIXAÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS DO MÉDIO PÉ COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER 2.0 MM, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 8 DIAS E REALIZADA A RETIRADA DOS FIOS APÓS UM PERÍODO DE 70 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 5 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM PÉ ESQUERDO E DE FORMA COMPLETA EM 1 PODODÁCTILO ESQUERDO

COMPLICAÇÕES: PACIENTE APRESENTA DOR CRÔNICA E CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA TOTAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
 LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180127943 **Cidade:** Livramento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
LIMA SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO PE ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FRATURA DO HALUX

Sequelas permanentes: AMPUTAÇÃO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: HÁLUX 100% PERDA ANATÔMICA

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

