

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

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190349688

Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS

Data do Acidente: 12/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TIAGO DOS REIS FARIAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190349688

Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS

Data do Acidente: 12/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), TIAGO DOS REIS FARIAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

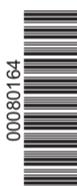
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2^a SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA
DEL. DE ACIDENTES DE VEÍCULOS
RUA RAIMUNDO NONATO DE ARAÚJO, S/N - CATOLÉ - CAMPINA GRANDE - 58.410-160 -

OCORRÊNCIA N° 000346/18

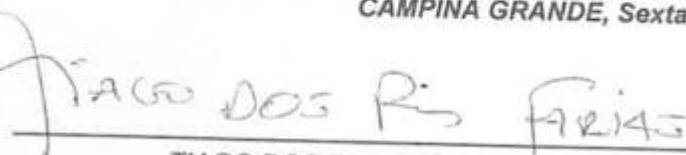
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000346/18 registrada em 26/01/2018, que passo a transcrever na Integra: Aos vinte e seis dias do mês de janeiro do ano de 2018, nesta cidade de CAMPINA GRANDE, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DEL. DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente o Bel. SEVERINO DE CARVALHO LOPES, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:07 horas, compareceu o Sr. TIAGO DOS REIS FARIAS, com 33 anos de idade, filho de SEBASTIÃO DOS SANTOS FARIAS e MARLI DOS REIS FARIAS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Casado, escolaridade Médio Completo, profissão INSPECTOR DE MALL, portador da Cédula de Identidade N° 3001391, expedido pela SSP-PB, residindo à rua - ONILDO RIBEIRO DE ASSIS, 173, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE - PB, celular 9-8869-0800.

Declarou que:

QUE, no dia 12.01.2018, por volta das 14:02hs, pilotava sua Motocicleta Honda/BIZ 125 KS, Ano/Modelo 2010/2010, de cor Preta, de Placas MOV-2213/PB, Chassi de N°9C3JC4210AR113875, Licenciada em nome do comunicante Thiago dos Reis Farias, na Avenida Almeida Barreto, bairro Quarenta, momento em que a condutora de um Veículo palio de cor branca e demais sinais e condutor não identificado, que cruzou a via e colidiu na traseira da moto em que o comunicante pilotava, em consequência do fato e a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Tornozelo do Pé esquerdo, tendo sido socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital HAPVIDA (Clínica Orto e Trauma de João Pessoa-PB - PACG, conforme documento em anexo, diante do exposto prestou o presente boletim e solicita as devidas providências, junto aos órgãos competentes. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 FÉ.

CAMPINA GRANDE, Sexta-feira, 26 de Janeiro de 2018


TIAGO DOS REIS FARIAS

Declarante


ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão



2º Cartório de Registro da Campina Grande - PB
Tabelião: Marília de Fátima Leite Clevidá
Praça da República, 100, Centro - C.Grande - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 425 - III do CPC)
Campina Grande-PB 07/12/2018
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Selo Digital: AHT77936-BJNV
Emol: R\$2,30 ISS R\$0,12 Farpen R\$0,28 Fepj: R\$0,44 MP R\$0,04

Viviane Clevidá de Sousa Clevidá
Escrivente Aut. 2222



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0190298/139	055.796.364-82	TIAGO DOS REIS FARIAS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: TIAGO DOS REIS FARIAS		CPF: 055.796.364-82	
Profissão: Bombeiro	Endereço: RUA. ONILDO Ribeiro Assis	Número: 173	Complemento: CASA
Bairro: BODOCONGO	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PARANÁ	CEP: 58.434-886
E-mail: PROCESSOCOMUNA@GMAIL.COM		Tel.(DDD): (83) 99829-8855	

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

DADOS CADASTRAIS

<input checked="" type="checkbox"/> RENDA MENSAL:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA: 4503 CONTA: 5974
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Jacaré Piernoc 28/05/2017
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X TIAGO DOS REIS FARIAS.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 12/1/2018	HORA: 14:02 HS	ID Nº: 1664792
NOME: TIAGO DOS REIS FARIAS		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: AV. ALMEIDA BARRETO - QUARENTA		
COMPLEMENTO: AO LADO DO QUARTEL.		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Escolher um item.		
<input checked="" type="checkbox"/> PACIENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL HAPVIDA		

Campina Grande, 26 de janeiro de 2018.



Deoclécio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



28 May 2023

68 min 25.3

RETIRADA DE SEGUROS

12cd.c2b2.f15b.2c27.76e7.8802.194c.dcfb.

29/11/2018	R\$ 74,57	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	Média de ultimas mesas (km/h)
------------	-----------	---------------	------------	-------------------------------

Antecedent	Dosis	Consumo	Constante	Letras	Dosis	Antaei	Dosis	Consumo	Antaei	Letras	Dosis	Antecedent
CC Descensos												
1991 Gestante-tríptico	0,030-0,22500	0,25	0,024	1,15	0,035	1,45	0,25	0,95	1,15	0,035	1,45	0,25
1992 Gestante-tríptico	0,030-0,22500	0,25	0,024	1,15	0,035	1,45	0,25	0,95	1,15	0,035	1,45	0,25
1993 Adec-B-Amenor	0,95	0,95	0,25	0,24	0,95	0,95	0,25	0,95	0,95	0,25	0,95	0,95
1994 Adec-B-Amenor	0,95	0,95	0,25	0,24	0,95	0,95	0,25	0,95	0,95	0,25	0,95	0,95
1995 Mielra-10/20%	1,55	0,030	0	0,00	1,55	0,030	0	0,00	1,55	0,030	0	0,00
1996 Adec-B-Amenor	0,95	0,95	0,25	0,24	0,95	0,95	0,25	0,95	0,95	0,25	0,95	0,95
1997 CONTRIBUICIONES	0,020	0,020	0	0,00	0,020	0,020	0	0,00	0,020	0,020	0	0,00
1998 URGENTES-SE SERVICIOS												
1999 ALUMNOS-SE SERVICIOS	0,018	0,00	0	0,00	0,018	0,00	0	0,00	0,018	0,00	0	0,00



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1579048 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: 58432-009 Data: 12/01/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ana Paula Colaco De Arruda

PACIENTE: TIAGO DOS REIS FARIAZ CEP:58400002 Nascimento:30/06/1984

Endereço:ONILDO RIBEIRO DE ASSIS

Sexo:M Telefone: 988690800

Cidade: Campina Grande Idade:033 Bairro: BODOCONGO

Nome da Mãe: MARLI DOS REIS FARIAZ RG: 3001391 N:173

Responsável: CPF: Profissão:BOMBEIRO CIVIL

Estado Civil: Data de CNS:709008839342115

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Atend:12/01/2018

Médico: Hora: 17:17:18 CONVÉNIO:SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| 1. Abraçado | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Cerradura | 22. Ingu��tamento venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceratão |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácito paroxístico |
| 10. Engavetamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Parafusos |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parese |
| 14. F. Contuso | 32. Parastaseis |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F.Corto-contuso | 34. Rinorrágia |
| 17. F.Perfurado-contuso | 35. Sinalz de Isquemia |
| 18. F.Perfurado-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRICO DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocôricas () Anisocôricas

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____



EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PREScrições e CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



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

Ficha de Acolhimento

Nome: Tiago dos Reis Farias		
End:	Ouro Preto de Piauí - 173	Bairro: Bodocó
Data de Nascimento:	20.06.87	Documento de Identificação:
Queixa:	Aco moto	Data do Atend.: 13.01.18 Hora: 10:15 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Bruna Moura da Silva

CNEP/AMBULATÓRIA

COREN-PB 223.352

Assinatura e carimbo do profissional



EXAME SECUNDÁRIO / PARÍCER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE _____

DESTINO DO PACIENTE	/	/	as	:	hs.
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico			<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input checked="" type="checkbox"/> A revolta		
<input type="checkbox"/> Internação (setor)			<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica		
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL			<input type="checkbox"/> Óbito		

Jeanne Oliveira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

A circular stamp with the words "LIFE ASSESSORIA" at the top and "CORREO DE SEGUROS" at the bottom. In the center, it says "28 MAY 2019".

SERVIÇOS REALIZADOS:		
CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBQ	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Digitized by srujanika@gmail.com



http://127.0.0.1:1488/projeto/hotel/motorguedelha.php?coupler=1579046



HOSPITAL
REGIONAL
DA PARAÍBA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: RAFAEL LARA DE FREITAS

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIA

Data do Atendimento: 25/01/2018

RECEITA

USO ORAL

1) MAXSULID 400 MG _____ 01 CX

TOMAR 01 COMP 12/12HS POR DIA DURANTE 7 DIAS

2) PARACETAMOL 750 MG _____ 10 COMP

TOMAR 01 COMP DE 12/12 HORAS

USO EXTERNO

1) CLOREXIDINE 0,05% _____ 01 TUBO

APLICAR NA FERIDA APOS LIMPEZA COM SORO FISIOLOGICO

USAR MULETAS DURANTE 3 SEMANAS

CURATIVO DIARIO

RETORNO EM 07/02 AS 08:00 NO PS DA HAPVIDA

MEXER COM O JOELHO

R. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CAMA - PG 3784 - RTOT 9693



RF3000N

RAFAEL LARA DE FREITAS

25/01/2018 07:26

10.1.32.202

63 - DADOS ASSINATURA E PROcedimento de assinatura

Assinatura e procedimento na folha de contabilidade

65 - TOTAL PROcedimentos de assinatura	66 - TOTAL TAREFAS ALARMESTAS	67 - TOTAL AUTOMATIZADAS	68 - TOTAL MENSAGENS	69 - TOTAL MEDICAMENTOS	70 - TOTAL PAUTAS	71 - TOTAL GRANDES ANEXOES	72 - TOTAL GERAIS DA GUARDA
1	2	3	4	5	6	7	8

73 - DATA E AUTENTICAÇÃO DO ASSINANTE

Data e assinatura do representante ou responsável

74 - RESUMO DE SAÍDA	75 - RESUMO DE ENTRADA	76 - RESUMO DE SAÍDA	77 - RESUMO DE ENTRADA
1	2	3	4



78 - DATA DA ASSINATURA DO DOCUMENTO

Data da assinatura do documento

79 - ASSINATURA DO DOCUMENTO

80 - ASSINATURA DO DOCUMENTO

Hapvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 4 2718885

ANS - n° 36.825.3

Data da Internação: 12/01/2018 Hora: 18:02:53

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

**LAUDO 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 - CNIS
2362856**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE
TIAGO DOS REIS FARIAS

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1579081

7 - CARTEÃO DO SUS
709008839342115

8 - DATA DE NASCIMENTO
30/06/19849 - SEXO
Male Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARLI DOS REIS FARIAS

11 - TELEFONE DO COMITATO
DDD **83** NF DE TELEFONE **588690800**

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
ONILDO RIBEIRO DE ASSIS , 173 , BODOCONGO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - CÓDIGO DE URGÊNCIA - 15 - UF
250400 **PB**16 - CEP
58400002**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prurito c/ dor + desordem de urin
Nx c/ Rx rxz.



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento crônico

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

Artrite c/ ST + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Nx rxz

21 - CID 10 PRINCIPAL

T023

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento c/ medicamentos c/ Rxz

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

030800009

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

980016296938549

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WAGNER DE MELO FALCAO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/01/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES EM PREVIDÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - N° DO BILHETE

36 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - COO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

40 - AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

46 - RP DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

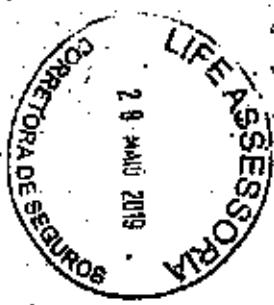
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ପ୍ରମାଣିତ ହେଲାଏ କି ଏହା କାମକାଳୀ

Page 008080

5403

55



Data da Internação: 12/01/2018 Hora: 18:02:53

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

**LAUDO 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

TIAGO DOS REIS FARJAS

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1579081

7 - CARTÃO DO SUS

709008839342115

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/06/1984

9 - SEXO

MASC**FEM**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARLI DOS REIS FARJAS

11 - TELEFONE DE CONÍGUO

83 988690800

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BLOCO)

ONILDO RIBEIRO DE ASSIS , 173 , BODOCONGO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO NACIONAL - 15 - UF

250400**PB**

16 - CEP

58400002**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Perda de peso e diminuição das funções vitais.
Nº 01 Fazendo 100%

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de hospitalização.

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

Admissione + CR + 170

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

1X 72

21 - CID 10 PRINCIPAL

T02.2

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervento cirúrgico - laparotomia de

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0303040009**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

26 - CLÍNICA

02

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(1) CNIS

(1) CPF

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

30 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296938549

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WAGNER DE MELO FALCAO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/01/2018

32 - ASSINATURA E CARAMBOL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () CNPJ DA SEGURADORA

35 - N° DO BILHETE

36 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () CNPJ EMPRESA

36 - CNPJ DA EMPRESA

37 - CODIR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

(1) CNIS

(1) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARAMBOL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

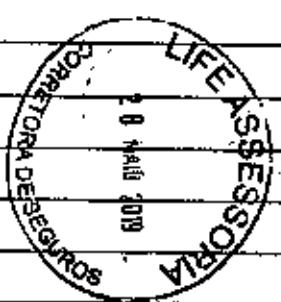
Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Arco de Agosto

Alojamiento

10



ok

9

DIAGNÓSTICO

$f \rightarrow TN^{\perp}(\mathbb{D})$

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Tipo de Ris	Alojamento:	Leito	Covivência
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
13/01	1. Dieta ligeira 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 300mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	CR CR 18/24 06 18/24 CR CR CR CR		LIFE ASSSESSOR CORRETORA DE SEGURO 12/01/2019
14/01	Dietas ligeira Jelco Dipirona 500mg EV 6/6h Tilitil 20mg + AD EV 12/12h SSVV + CCGG	dx 12/18/21 06 12/17 dx		Outro 14/01 Pct em AEG instavel atel Col: VPM Agravante cirúrgico
14/01	Dr Wagner Paixão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643			

13/01/18 09:00 ~~60~~ Paciente e Orientado ~~660~~
~~100~~ Fizemos apontos no momento
ao cuidado da Enfermeira.



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

4628
Paciente: Ricardo

Alojamento | Leito | Convênio

at 688

François do Bo MTC

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/01	J. Kloro Nuro		at Outorgado
14/01	2.5mmol 100g + 100 ml 5% 0,9% i.v. n.h.c 16 06	16 06	Piora evolutiva de
	3. Tiotril 20mg i.v. @ n.h.c 16 06	16 06	quadre de nub
	4. Diprofene 200mg @ 16 06	16 06	molhe com d
	5. Omeprazol 40mg i.v. 16 06	16 06	e edema em
	6. CCC 250ml		máos
			ad: Internado
			PILOTO ASSESSORIA
			Solicitação CP
			CORRETORA DE SEGUROS
			14/01 entubado
14/01	Dicta livre	00	Pág. 107º clínica
	Tetra		afim
	Diprofene 200mg EN 6/6c.	16 06	ce: Agmack e sons pré op
	Tiotril 20mg + 100 EN 13/12h	16 06	
	500ml CC 16	2)	
	Harrison Morrissey Almeida		

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento,
comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, 17 de Janeiro de 2018
- Diogo dos R. Farias.

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer
outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



**ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): **TIAGO DOS REIS** Protocolo: 0000380727 RG: NÃO INFORMADA
 Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 13-01-2018 00:32 Origem: ARUA AMARETA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 33 anos Destino: Letra - 09

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 13/01/2015 10:07)

Resultados

Reasons for Refusal

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.04 milhões/mm ³	42,1 a 4,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11,3 g/dL	11,1 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	33 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	65 fL	61,6 a 82,0 fL
H.C.M.....	22 pg	21,7 a 21,9 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	12,1 a 18,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Nucleados			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	304	
Segmentados.....	72,0	5.472	40 x 70.000 = 1.800 x 8.000/mm ³
Sesimófilos.....	0	0	0,1 x 8.000 = 800/mm ³
Banófilos.....	0	0	0,02 x 8.000 = 160/mm ³
Linfócitos			
Tipicos.....	20,0	1.520	20 x 15.000 = 1.800 x 8.000/mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monocitos.....	4,0	304	2,5 x 15.000 = 400 x 8.000/mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	213.000 mm ³		140.000 x 400.000/mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

A. C. M. Agra
Ana Cássia Miguel Agra
Biomedicina
UFSCar São Paulo



PNCQ
Programa Nacional
de Capacitação Qualitativa



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	TIAGO DOS REIS	Protocolo:	0000380727	RG:	NÃO INFORMADO
Dra(a):	SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	Data:	13-01-2018 09:32	Origem:	ÁREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	33 anos	Destinat:	Leta - 99

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'30''

DATA DA COLETA: 13/01/2018 10:00:00
 Referência: Sangue
 Receptor: Leta

Valores de Referência:
 De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO..... 9'00'' min

DATA DA COLETA: 13/01/2018 10:00:00
 Referência: Sangue
 Receptor: Leta

Valores de Referência:
 De 5 a 12 minutos

Ana Cassim Miguel Agra
 Biomédica
 CRM 6411

S0100345 - 13/01/2018 10:00:00 - 13/01/2018 10:30:00



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle da Qualidade



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



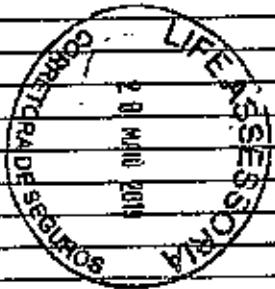
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÉNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

GOVERNO
DA PARAÍBA

**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NAME:	Thiago	COR:	125	PESO:	72kg	PRONTUÁRIO:	166
IDADE:	SEXO:	B	P	A	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			LEITO:

DADOS CLÍNICOS:



EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	3/01/13	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo e Assinatura do Médico			

MOD. 002



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Alziamiento
1. Caja
Comunicado

Paciente Alojamiento Leito Convênio

16/01 Drieta cure 01
Dum rona 1 VD 6/66 1/2/56
Vestrau J 75w^(Inv) 1/4/26 - 5/2/56
SSW + CCA 6. CL
BEG o-tauw akap
cd: vme

16/01 Dried cure
 Dym rona 10 g/ea
 Vegetarian 75mg (In)
 SSW + CCA 6.
 01
 12/16/06
 Col: VMC
 el
 BESG saturated after
 Thinner cure

Hallucinogenes et psychotropiques
Sémiologie et thérapeutique

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 12/06/2018 09:01

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAZ Convenio: APVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA - HGP_ Leito: 04-HGP/1	Dt. Nasc.: 30/06/1984 Nº Prescrição: 15718550 24/01/2018 às 17:15	Atendimento: 48233132 Prontuário: 12222787 Peso: 70,00 kg
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL	CRM-10582
2. Hidratação Venosa Fase Única SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia	Vol. Total: 500 ml 500 ml	7,00 gts/min Acesso Periférico
3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g) Agua Destilada	1 g 10 ml	1 FRAP(C/1GR) 8/8h EV
4. PROFENID IV (100,00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg 100 ml	1 FRAP(C/100MG) 12/12h EV
5. PLAMET (5,00mg/ml) Agua Destilada	10 mg 18 ml	2 ML (AMPL C/10MG/8h) EV
6. TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg 100 ml	2 ML (AMPL C/100MG/8h) EV SN
Alta vigilância		
7. OMEPRASEC (40,00mg) Agua Destilada	40 mg 18 ml	1 FRAP(C/40MG) 24/24h EV
8. DIPIRONA (500,00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg 18 ml	2 ML (AMPL C/500MG/6h) EV
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA 10 SINAIS VITAIS 11 GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS 12 TALA BOTA		



Profissionais CRM-10582 ANDREA HATTORI NASRALA

x

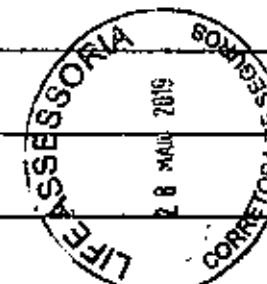
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Pagina 1 de 1

Emissão: 12/06/2018 09:01

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO 1A - ALA A	Dt. Nasc.: 30/06/1984 Nº Prescrição: 15722193 Leito: 1A-110/2	Atendimento: 48233132 Prontuário: 12222787 Peso: 70.00 kg
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL	CRM-8784
2. Hidratação Venosa Fase Única SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia	Vol. Total: 500 ml 500 ml	7.00 gts/min Acesso Periférico
3. CEFAZOLINA SÓDICA (1.00g) Agua Destilada	1g 10 ml	1 FRAP(C/1GR) 8/8h EV
4. PLAMET (5.00mg/ml) Agua Destilada	10 mg 18 ml	2 ML (AMPL C/10MG@8h EV
5. PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg 100 ml	1 FRAP(C/100MG) 12/12h EV
6. DIPIRONA (500.00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg 18 ml	2 ML (AMPL C/500MG@6h EV
7. TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg 100 ml	2 ML (AMPL C/100MG@8h EV SN
Alta vigilância		
8. OMEPRAZEC (40.00mg) Agua Destilada	40 mg 18 ml	1 FRAP(C/40MG) 24/24h EV
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA		CRM-8784
10. SINAIS VITAIS		CRM-8784
11. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		CRM-8784
12. TALA BOTA		CRM-8784
32. Alta em: 25/01/2018 Alta dada por: RAFAEL LARA DE FREITAS	ALTA MELHORADO	

Profissionais CRM-8784 RAFAEL LARA DE FREITAS



Evolução Diária Posto Clínico-Cirúrgico

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 09:00

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS Dt. Nasc.: 30/06/1984 Atendimento: 48233132 Prontuário: 12222787

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Leito: 04-HGP/1

Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA, MÉDICO, CRM 10582 [1] Nº: 18606482 24/01/2018 às 17:13

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	# PACIENTE OPERADO #	[1]
	ID 33	
	HD FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO	
	CIRURGIA: OSTE OSSINTSE DO MALEOLO LATERAL	
	EQUIPE: DR. LUCIANO LIRA	
	DRA. ANDREA NASRALA	
	PROGRAMAÇÃO:	
	- ALTA 1º PO	
	- TALA BOTA	
	- ANALGESIA E ANTIBIÓTICO	
	- RETORNO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL	

BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:58

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Leito: 04-HGP/1		
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA MEDICO CRM 19582 [1]	Nº: 18608654	24/01/2018	17:18
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S07.01A 8.7 S026 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]		
Diagnóstico Cirúrgico	[1]		
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	24/01/2018 [1]		
Cirurgia	OSTEOSSÍTESE DO MALEOLO LATERAL [1]		
Cirurgião	DR. LUCIANO LIRA [1]		
1º Auxiliar	DRA. ANDREA NASRALA [1]		
Anestesista	DR. ITALO [1]		
Descrição Cirúrgica	1- ANESTESIA + GARROTEAMENTO MID 2 - ANTISEPSIA + ASSEPSIA 3 - COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRÚRGICO 4 - INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL E TENOLISE DO TIBIAL POSTERIOR 5- REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL COM PLACA 1/3 TUBO E 05 PARAFUSOS CORTICais 3,5 MM E FIXAÇÃO DA SINDESMOSE COM 1 PARAFUSO SUPRASINDESMAL 6-CONTROLE FLUOROSCOPICO SATISFACTORIO + SUTURA + CURATIVO COMPRESSIVO [1]		

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

ULTRA SON SERV MED LTDA - HGP

12/08/2018 08:59

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO INTERNACAO EMERGÉNCIA	Lito: 04-HGP/1	
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA, MÉDICO, CRM 10592 [1]	Nº: 19608430 24/01/2018 às 17:12		

IDENTIFICAÇÃO

Nome	TIAGO DOS REIS FARIAS	[1]
Sexo	Masculino,	[1]
Idade	39 A 6 M	[1]
Data De Nascimento	30/06/1984	[1]
Nº Atendimento	48233132	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	SB26 FRAT DO MALELO LATERAL	[1]
----------------	-----------------------------	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Principal	OSTEOSSÍTESE DO TORNOZELO DIREITO	[1]
-----------	-----------------------------------	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ÁLTA HOSPITALAR

Total De Dias	2 Dias	[1]
---------------	--------	-----



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9

Diagnóstico

Paciente	Tiago P. S.	Alojamento	<input checked="" type="checkbox"/>	Leito	<input type="checkbox"/>	Convênio	<input type="checkbox"/>
----------	-------------	------------	-------------------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
17/01/2017	Dia 17 de Janeiro de 2017 Ortopedista Dr. Wagner Falcão	2017	10:00	LIFE ASSESSORIA 28 MAIO 2019
	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643	2018	10:00	CORRETORA DE SEGUROS



INTERCORRENCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIRESE	AVALAGAO	CARMBO	ASSINATURA
REGISTROS										
JUN/18 08:00 - 12:00										

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/08/2018 08:51

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Lito: 1A-110/2	
Profissional(a): MARIA DA CONCEICAO BENTO FERREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 580390 [1]	Nº: 18817595	25/01/2018	às 03:25

DADOS DO PACIENTE

28 MAIO 2018

Data De Nascimento 30/06/1984 [1]

Sexo Masculino. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora 19:00 [1]

Hora [1]

Descrição paciente evolui em p/ol de fratura de tornozelo em egr consciente orientado eupneico afibril sem queixas no momento.segue em observação. [1]

Hora 22:00 [1]

Hora [1]

Descrição paciente medicada cpm. [1]

Hora 04:00 [1]

Hora [1]

Descrição paciente segue sono e repouso preservado. [1]

Hora 05:00 [1]

Hora [1]

Descrição paciente segue medicado e aos cuidados da equipe. [1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIA	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO [1]	CRM: 293155 [1]	COREN: 10617334 [1]	Nº: 18617334 25/01/2018 às 02:43
DADOS DA ADMISSÃO			
Data Da Cirurgia	24/01/2018	0 MAU 2018	[1]
Hora Da Cirurgia		CORRETORA DE SEGUROS	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TORNOCÉLIO		[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC			
Setor De Admissão Do Paciente	INTERNACÃO		[1]
Identidade Do Paciente	Sim.		[1]
Autorização Do Paciente	Sim.		[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.		[1]
Informação De Lateraldade Polo MA	Sim.		[1]
Confirmação De Vaga Em UTI	Não.		[1]
Retirada De Adornos/Próteses E Guards Adequada	Sim.		[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.		[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.		[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.		[1]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não.		[1]
Higienização	Sim.		[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

12/06/2018 08:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIA	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A		Lato: 1A-110/2
Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO, ENFERMEIRO(A), COREN 293155 [1]	Nº: 18617287	25/01/2018	às 02:36

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução da enfermagem	21:20 Paciente admitido neste setor procedente do bloco em POI da fratura de tornozelo, EGR, consciente, orientado, eupneico, fo oclusa, nega alergia, diurese espontânea, segue em observação e aos cuidados da equipe.	(1)
PROCEDIMENTOS INVASIVOS		
Acesso Periférico	Sim	[1]



Evolução de Enfermagem Internação

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 06:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIA	DL Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Lote: 1A-110/2	
Profissional(es): ANDREA BORGES MACEDO, ENFERMEIRO(A), COREN 214919 [1]		Nº: 18619539	25/01/2018 às 07:42

Evolução de Enfermagem

Evolução da enfermagem

Paciente evolui em 1ºDPO Fratura do Tornozelo D., orientado, consciente, afibril, eupneico, aniclerico, desambulando c/ajuda, aceitando dieta vo, diurese espontanea, medicado cpm, s/queixas no momento, segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

[1]

Alta hospitalar.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Outros

Sim

[1]



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
12/08/2018 09:54

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 15721309	25/01/2018 às 02:39	
Posto: POSTO 1A - ALA A	Lelot: 1A-110/2		
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			

Profissionais:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Manhã	Tarde	Noite
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Manhã	Tarde	Noite

3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	07:00
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã Tarde Noite

10 - RISCO DE SANGRAMENTO

Relacionado a: TRAUMATISMO

MANTER PRESSÃO OU CURATIVOS OCLUSIVOS	07:00 19:00
---------------------------------------	-------------



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:56

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Lote: 1A-110/2	
Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS, MÉDICO, CRM 8784 [1]	Nº: 18619247	25/01/2018	as 07:28

DIAGNÓSTICOS

CID10	S826 FRAT DO MALEOLO LATERAL	[1]
-------	------------------------------	-----

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada	OSTEOSSÍTESE	[1]
--------------------	--------------	-----

Cirurgião	DR LUCIAN LIRA	[1]
-----------	----------------	-----

ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Melhorado	Sim	[1]
--------------------	-----	-----



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

12/06/2018 08:55

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

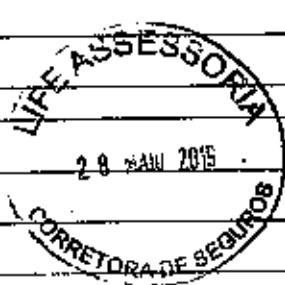
Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Lito: 1A-110/2	
Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO, ENFERMEIRO(A), COREN 293155 (1)	Nº: 18617366	25/01/2018	02:46

PACIENTE

Estado Civil:	CASADO	(1)
Origem Do Paciente:	Residência.	(1)

PRE-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia:	Eletiva	28 JAN 2018	(1)
Data Da Cirurgia:	24/01/2018		(1)
Procedimento Cirúrgico Proposto:	FRATURA DE TORNOZELA		(1)
Pulseira De Identificação:	MSE		(1)
Responsável Pelo Recebimento:	IRENE		(1)
Avaliação Pré-Anestésica:	Sim.		(1)
Nome, dosagem, frequência:	NAO		(1)
Alergia- Descrição:	NEGA		(1)
Avaliação Das Condições Emocionais:	Tranquila.		(1)
Orientações Ao Paciente:	Cirurgia.		(1)
Reserva da Hemoderivados:	Não.		(1)
Higienização:	Sim		(1)
Tricotomy:	Sim		(1)
Adornos, Esmaltes E Maquiagem:	Sim		(1)
Prótese:	Sim		(1)





HOSPITAL
PARAÍBA

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
48233132



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

12/06/2018 09:05:20

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade				
12222787	TIAGO DOS REIS FARIAS		M	30/06/1984	33				
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil					
3001391 SSP PB	5579636482			1-CASADO					
Endereço									
R APOLONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE-PB CEP:58401528									
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe							
		MARLOI DOS REIS FARIAS							



Setor	118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGP	20 MAI	
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
24/01/2018	13:30		
Médico Atendente	29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES		Clinica
Médico Acompanhante	29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES		4-CIRURGICA
Avaliação médica			Tipo Atendimento
			0 INTERNACAO

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	VIVANTE S A
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
93070000307000024		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
31906762	99996666	C59584701	INTERNACAO
31906762	52150089	C59584701	FRATURA BIMALEOLAR OU TRIMALEOLAR DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO

TIAGO DOS REIS FARIA

2000M

SÉRIE: 1/3

IMAGEM: 1/1

DIREITO
TR-339

DATA DO BANCO: 12/01/2018

PRONTO ATENDIMENTO
CAMPINENSE



70%

23%
W: 4695 L: 2047



REGISTROS TECNICOS DE ENFERMAGEM

ULTRA SON SERV MEL LTD - HGP

卷之三

245

245-38241

1

•

TIAGO DOS REIS FARIA

2307M

DATA DO EXAME: 12/01/2013

SÉRIE: 3/3
IMAGEM: 1/1

DIREITO
TR-339

PRÓVITO ATENDIMENTO
CAMPINENSE



70%
Qualidade

28%
W: 4095 L: 2047

TIAGO DOS REIS FARIA

DATA DO EXAME: 11/04/2013

III

SÉRIE: 1/3
IMAGEM: 1/2

DIREITO

TR 15022

TR 338

HOSPITAL GERAL DA
PARÁBA



25%

Quadrado

TIAGO DOS REIS FARIA

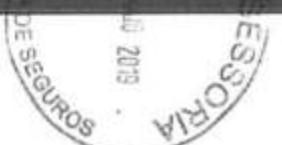
SE03 M

DATA DO RAY: 11/04/2013

SÉRIE: 111
IMAGEM: 2/2

DIREITO
TR 15022
TR 338

HOSPITAL GERAL DA
PARÁBA



70%
Qualmark

35%
W: 1024 L: 512



CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

Declaração de Acompanhamento

Declaro para os devidos fins que o(a) Sr(a) _____ compareceu a este hospital, no periodo de 24/01/2018 até 25/01/2018 como acompanhante do(a) Sr(a) TIAGO DOS REIS FARIAS para atendimento com o(a) médico(a) RAFAEL LARA DE FREITAS

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8784 CRM-9693
[Handwritten signature]

JOAO PESSOA, 29 de Janeiro de 2018.





Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente **TIAGO DOS REIS FARIAS**, foi atendido neste Hospital no dia **24/01/2018**, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme prontuário de nº **48233132**.

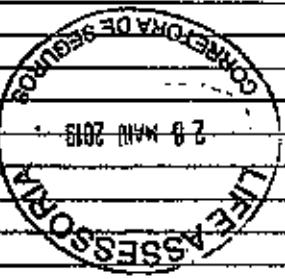
João Pessoa, 14 de Junho de 2018





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NAME: <i>Liliane C. de Almeida Vello</i>	IDADE: <i>33</i>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <i>30/06/1984</i>	LEITO: <i>9</i>	
SETOR: <i>Enfermagem</i>					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTINUA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	<input type="checkbox"/> HIPOTENSO	<input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO	<input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> ORIENTADO		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	<input type="checkbox"/> DISPÉNICO	<input type="checkbox"/> TAQUIPÉNICO	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉICO	BRADIPNÉICO	
SIST. GENITOURINÁRIO (CIURESE)	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> POLÚRIA	<input checked="" type="checkbox"/> OLIGÚRIA	SYD	
MOBILIDADE:	<input type="checkbox"/> DUSÚRIA	<input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA	<input type="checkbox"/> ANÚRIA		
	<input type="checkbox"/> DEAMBULA	<input type="checkbox"/> DEAMBULA C/ APOIO	<input type="checkbox"/> ACAMADO	S. DEFICITE MOTOR	
	<input type="checkbox"/> TETRAPLEGIA	<input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA	<input type="checkbox"/> PARESIA	RESTRITO NO PEITO	
SIST. GAS. RONENTATINAL (DIETA)	<input checked="" type="checkbox"/> VG	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE		
ESTADO NUTRICIONAL:	<input type="checkbox"/> NUTRIDO	<input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO	<input type="checkbox"/> OBESO	CAQUÉTICO	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	PR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
RISCO DE QUEDA	<input type="checkbox"/> CD:FR				
RISCO DE ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> CD:FR				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> CD:FR: <i>A.U.P.</i>				
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	<input type="checkbox"/> CD:FR				
RISCO DE GLICEMIA INSTAVEL	<input type="checkbox"/> CD:FR				
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/>	RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> CD:FR		
RISCO DE SANGRAMENTO	<input type="checkbox"/> CD:FR				
NAUSEA	<input type="checkbox"/> CD:FR				
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/>	DOR CRÔNICA	<input type="checkbox"/> CD:FR		
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> CD:FR				
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CD:FR				
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/>	ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/>	PAHA BAKHO	<input type="checkbox"/> CD:FR
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CD:FR				
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CD:FR				
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	<input type="checkbox"/> CD:FR				
<i>Liliane C. de Almeida Vello</i> ENFERMEIRA ESPECIALISTA COPER/PC 337474	<input type="checkbox"/> CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA <input type="checkbox"/> FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			<i>20/03</i>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 mL/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.			<i>28-MAI-2019</i>		
<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 (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).			<i>RETORNO DE 5/06/2019</i>		
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<i>28-MAI-2019</i>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.					
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS. AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			<i>sempre</i>		



INTERCORRELACION DE ENFERMAGEN / DURNA

REGISTROS

RESULTADOS ESPERAOS:

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 09:58

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOÃO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Lito: 1A-110/2	
Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS, MÉDICO, CRM 8784 (1)		Nº: 18619156	25/01/2018 às 07:24

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 DIH

(1)

ID 33
HD FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOCÉLO DIREITO
CIRURGIA: OSTEOSINTSE DO MALEOLO LATERAL
BEM SEM QUEIXAS
EQUIPE: DR. LUCIANO LIRA
DRA. ANDREA NASRALA
PROGRAMAÇÃO:
- ALTA
- TALA BOTA
- ANALGÉSIA E ANTIBIÓTICO
- RETORNO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL



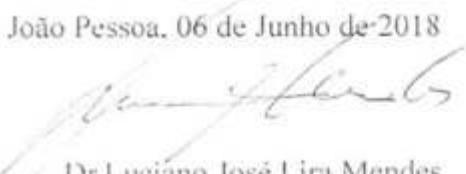
SISTEMA
HAPVIDA

LAUDO MÉDICO

Declaro para devido fins que o(a) paciente Tiago dos Reis Farias, foi atendido no HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA no dia 24/01/2018, vítima de acidente de trânsito com moto (sic),tendo o diagnóstico codificado com o CID-10 S82, submetido a tratamento cirúrgico da lesão.

Ante o exposto conclui que o paciente encontra-se de alta para retorno as atividades laborais e sem sequelas.

João Pessoa, 06 de Junho de 2018


Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dr. Luciano J Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4290





ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP		Pecilmeis: TAGO DOS REIS FARIA DL Nasc.: 30/06/1984 Avenida: 48217759 Ponto: / Profissional(a): LUCIANO JOSE LIRA MENDES CRM 4280 (RJ) Nr. 1858401 24/01/2018 às 07:27	ANAMNESE	Quelixa Principal CID-10 Quelixa e Sintomas Gerais CD: INTERNACAO AD EX: DOR E EDMEA DO R NO TNZ APQS ACIDENTE DE TRANSITO HA 12 DIAS (SIC)	CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULARIO EMERGENCIA CLINICA
Página 1 de 1





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA TIAGO DOS Reis FARIASDATA DO ACIDENTE 12.01.2018 CPF DA VÍTIMA 055.796.364-82

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É TIAGO DOS Reis FARIASENDEREÇO DO PORTADOR Rua. Onildo Riggio AssisNº 173 COMPLEMENTO CASA BAIRRO BoraCongoCIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.400-000E-MAIL PAOCESO.CANIA@GMAIL.COM TELEFONE (83) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|------------------------|---|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | • MORTE = R\$ 13.500,00 |
| | • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. |
| | • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29-05-2019IDENTIDADE 3.001.391.551/PBASSINATURA TIAGO DOS Reis FARIAS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

28 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS
TIAGO DOS Reis FARIAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190349688 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS **Data do acidente:** 12/01/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR.LUCIANO JOSE LIRA MENDES, CRM-:4290, DE 06/06/2018

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190349688 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS **Data do acidente:** 12/01/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO. (P7/27/28FC/29/40/43/50LM)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR.LUCIANO JOSE LIRA MENDES, CRM-:4290, DE: (PÁG.50).

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180298/19

Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS

CPF: 055.796.364-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/01/2018

Titular do CPF: TIAGO DOS REIS FARIAS

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TIAGO DOS REIS FARIAS : 055.796.364-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019
Nome: TIAGO DOS REIS FARIAS
CPF: 055.796.364-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

TIAGO DOS REIS FARIAS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA