

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, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276320

Vítima: OZEIZO AVELINO SOARES

Data do Acidente: 10/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), OZEIZO AVELINO SOARES

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

Documentos de identificação incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276320

Vítima: OZEIZO AVELINO SOARES

Data do Acidente: 10/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OZEIZO AVELINO SOARES

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



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: 0127702/39	CPF da vítima: 865.995.187.53	Nome completo da vítima: Ozeizo Avelino Soares		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Ozeizo Avelino Soares		CPF: 865.995.187.53		
Profissão: N informou	Endereço: 51 Campinas	Número: 311	Complemento:	
Bairro: Área Rural	Cidade: Jacanau	Estado: PB	CEP: 58278000	Telefone(DDD): (83)444929028
E-mail:				

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2141** L CONTA: **1857** O

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

Ozeizo Soares 20/04/2017

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

OZEIZO Avelino Soares

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.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº **01/2019**

Ocorrência nº. **148/2019**



Aos 12 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 12h:0min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

OZEIZO AVELINO SOARES, conhecido por , RG nº 29.148.566-2-SSP/PB, CPF nº 865.995.187-53, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de João Avelino Soares e Nazaré Mendes Bezerra, natural de Canguaretama/PB, nascido(a) em 17/08/1961, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Campina, S/, nº , bairro: – Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: vizinho a LUIZ ANDRÉ, fone(s) para contato: (83) 98727-4171.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 10 de junho de 2017;
- 3) HORÁRIO: 17h:0min;
- 4) LOCAL: PB-071 nº , bairro Sítio Tanque Dantas – Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO INFORMADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 125 FAN, NIV: 9C2JC30707R233177, ano/modelo: 2007, cor vermelha, placa: LKL-7219/PB, licenciado em nome de OBENIS DA SILVA SOARES.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o notificante conduzia a referida motocicleta, quando passou mal, perdeu o controle do veículo e caiu; QUE em seguida foi socorrido para o hospital de traumas de João Pessoa, onde ficou em internado por 11 dias naquele estabelecimento.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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

OZEIZO AVELINO SOARES
OZEIZO AVELINO SOARES

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/Agente Mat. nº 155.335-6



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: 0127702/39	CPF da vítima: 865.995.187.53	Nome completo da vítima: Ozeizo Avelino Soares		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Ozeizo Avelino Soares		CPF: 865.995.187.53		
Profissão: N informou	Endereço: 51 Campinas	Número: 311	Complemento:	
Bairro: Área Rural	Cidade: Jacanau	Estado: PB	CEP: 58278000	Telefone(DDD): (83)444929028
E-mail:				

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2141** CONTA: **1857**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

Ozeizo Soares 20/04/2017

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

OZEIZO Avelino Soares

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.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1006520



Identificação do paciente

ID 1179504	Nome OZBIZO AVELINO SOARES			Sexo Masculino
Data de nascimento 17/06/1981	Idade 58 anos 9 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Pronome
Mãe NAZARE MENDES BEZERRA				Paiz JOAO AVELINO SOARES
Escolaridade				Responsável (Parentesco) SEVERINA JOSEFA DA SILVA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986557808		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 291485662		Nº Crns	
Local de procedência JACARAU		Type MUNICÍPIO	UF PE	CEP 58273000
Email	Naturalidade CAICARA	CBOR		

Endereço

CEP 58273000	Município de residência JACARAU	UF PE	Logradouro CAMPINAS
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 10/06/2017 19:09:02	Número da pulseira 100006205361	Comunicação SUS	15 AGH - 2019 CORRETORA DE SEGUROS GRANDE
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter da atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura 4
--------------	----	------------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Parente autônomo de queda de motocicleta conciente, orientado, caminhando. Ode CO2, segue os comandos.

Diagnóstico

CID

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMATempo
02min 42sPrimeira
Colch 360x48

Imprimir

20.30

R4 150 x 90 mmHg

Hct 320 mg/dl

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: 13/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OZEIZO AVELINO SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010001857-2

Nr. da Autenticação 4406DE0384F6B9E7

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Obenir da Silva Soares,
RG nº 3.275.315, data de expedição 07/07/2011,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 102.418.124-37, com
domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Ramprinal, nº 51/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima 0zeizo Avelino Soares, cujo o condutor era
0zeizo Avelino Soares.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data:



Obenir da Silva Soares

Assinatura do Declarante

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





CHAMADA		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL	3.275.315 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 07/07/2011
NOME	OBENIS DA SILVA SOARES	
FILIAÇÃO	OZEÍZO AVELINO SOARES SEVERINA JOSEFA DA SILVA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
NOVA CRUZ-RN	05/06/1988	
DOC ORIGEM		
NASC.N. 23957 FLS.159 LIV.A83 CARTORIO 2 NOVA CRUZ-RN CPF 102.418.124-37	ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83		



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Obenir da Silva Soares,
RG nº 3.275.315, data de expedição 07/07/2011,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 102.418.124-37, com
domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Ramprinal, nº 51/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima 0zeizo Avelino Soares, cujo o condutor era
0zeizo Avelino Soares.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data:



Obenir da Silva Soares

Assinatura do Declarante

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





CHAMADA		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL	3.275.315 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 07/07/2011
NOME	OBENIS DA SILVA SOARES	
FILIAÇÃO	OZEÍZO AVELINO SOARES SEVERINA JOSEFA DA SILVA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
NOVA CRUZ-RN	05/06/1988	
DOC ORIGEM		
NASC.N. 23957 FLS.159 LIV.A83 CARTORIO 2 NOVA CRUZ-RN CPF 102.418.124-37	ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83		



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Iberio da Silva Soares,
RG nº 3.245 515, data de expedição 17/07/2011,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 102.418.124-37, com
domicílio na cidade de Jacarauá, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Campinal, nº 511,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ozeizo Avelino Soares, cujo o condutor era
Ozeizo Avelino Soares.

Veículo: MOTONIQUETA
Modelo: HONDA CG125 FAN
Ano: 2007
Placa: HUL 4259
Chassi: 9C2JC30107R233144
Data do Acidente: 10/06/2019
Local e Data: JACARAUÁ, 19/03/2019



Iberio da Silva Soares
Assinatura do Declarante

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

Cartório Dias da Cruz
Serviço Notarial e Registral
Paulo Freire Viana João Pessoa, 474, centro, Jacarauá - PB, telefone: (83) 3295 1014 CEP: 58200-000
Reconheço, por AUTENTICIDADE, a firma da(s) assinatura(s) que se segue(m).
IBERIO DA SILVA SOARES XXXXXXXXXXXXXXXXX
Endereço: _____ da vintude: Jacarauá - PB, 29.03.2019
Zéda Fernandes da Cruz - Escrivã(a) Encarregada
Selos digitais: ALH99914 - MFCT.
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>.





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATAS DE VIA MEDICAO
3.275.315 - 2	07/07/2011
NAME	OSENIS DA SILVA SOARES
FILIAÇÃO	OZEIZO AVELINO SOARES SEVERINA JOSEFA DA SILVA
NATURALIDADE	DATA DE NACIMENTO
NOVA CRUZ-RN	05/06/1988
DOC. ORIGEM	
MASC.N.23957 FLS.159 LIV.A83 CARTORIO 2 NOVA CRUZ-RN 102.618.124-37	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.119 DE 29/06/90	



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Iberio da Silva Soares,
RG nº 3.245 515, data de expedição 17/07/2011,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 102.418.124-37, com
domicílio na cidade de Jacarauá, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Campinal, nº 511,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ozeizo Avelino Soares, cujo o condutor era
Ozeizo Avelino Soares.

Veículo: MOTONIQUETA
Modelo: HONDA CG125 FAN
Ano: 2007
Placa: HUL 4259
Chassi: 9C2JC30107R233144
Data do Acidente: 10/06/2019
Local e Data: JACARAUÁ, 19/03/2019



Iberio da Silva Soares
Assinatura do Declarante

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

Cartório Dias da Cruz
Serviço Notarial e Registral
Paulo Freire Viana João Pessoa, 474, centro, Jacarauá - PB, telefone: (83) 3295 1014 CEP: 58200-000
Reconheço, por AUTENTICIDADE, a firma da(s) assinatura(s) que se segue(m).
IBERIO DA SILVA SOARES XXXXXXXXXXXXXXXXX
Endereço: _____ da vintude: Jacarauá - PB, 29.03.2019
Zéda Fernandes Dias Cruz - Escrivãe/Escrivânea Encarregada
Selos digitais: ALH99914 - MFCT.
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>.





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATAS DE VIA MEDICAO
3.275.315 - 2	07/07/2011
NAME	OSENIS DA SILVA SOARES
FILIAÇÃO	OZEIZO AVELINO SOARES SEVERINA JOSEFA DA SILVA
NATURALIDADE	DATA DE NACIMENTO
NOVA CRUZ-RN	05/06/1988
DOC. ORIGEM	
MASC.N.23957 FLS.159 LIV.A83 CARTORIO 2 NOVA CRUZ-RN 102.618.124-37	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.119 DE 29/06/90	





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1006520



Identificação do paciente

ID 1179504	Nome OZEIZO AVELINO SOARES			Sexo Masculino
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55 anos 8 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mae NAZARE MENDES BEZERRA	Pai JOÃO AVELINO SOARES			
Escolaridade				Responsável (Parentesco) SEVERINA JOSEFA DA SILVA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986657608	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 291496682	Nº Cro		
Local de procedência JACARAU	Tipo MUNICÍPIO			UF PB
Email	Naturalidade CAICARA	CEP/R		



Endereço

CEP 68270000	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro CAMPINAS	15 Abr. 2016
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 10/06/2017 19:08:02	Número da pulseira 100006205361	Cemário SUS	Clínica	l... b (1) ta... do
Especialidade CIRURGIA GERAL			Origem do paciente RUA	
Classificação de risco			Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Voo de ambulância Não	Trauma Não
Méio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Peso	Temperatura
--------------	------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Radiológicos

Paciente vítima de queda de moto, consciente, orientado, imóvel no local, que CDZ, segue aos cuidados.

Diagnóstico

CID

Atendido por
MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Tempo

02:00:49 10/06/2017 Entrada

Cach 366348

Imprimir

20.30

RA 160 x 90 mmHg
Hct 330 mg/dL



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

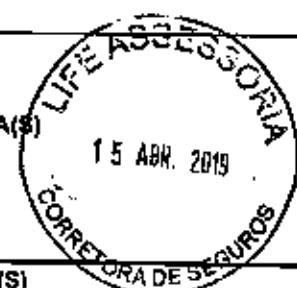
Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	BAE 10066520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Mãe NAZARE MENDES BEZERRA			Prontuário
Endereço CAMPINAS, SN	Bairro ZONA RURAL	Município JACARAÚ	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES	Nº Cons. Regional 8346/PB
Data/Hora Classificação 10/06/2017 19:09:02		Data/Hora Prescrição 10/06/2017 23:09:19	

Anamnese

TCE POR ACIDENTE COM MOTOCICLETA, EVOLUINDO COM REBAIXAMENTO DA CONSCIÊNCIA AO EXAME: SONOLENTO, CONFUSO, OBSEDECE A COMANDOS, SEM DÉFICIT MOTOR TCC: CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA, SEM EFEITO DE MASSA SIGNIFICATIVO CD: AIH/ EXAMES/ PRESCRIÇÃO



MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), DILUIR 4,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), DILUIR 40,0 MG

ENITOINA 100MG/5ML SUSPENSÃO ORAL, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA ORAL, 8/8H, 0,0 (MGTS/SM)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

COAGULOGRAMA COMPLETO

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

IONOGRAMA

CID10

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Internar Paciente

GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
(8346/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	BAE 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data Baixa
Data de nascimento 17/08/1951	Idade 65	Sexo Masculino	CNS
Mãe NAZARE MENDES BEZERRA			Telefone de Contato (83) 986557608
Endereço CAMPINAS, SN	Bairro ZONA RURAL	Município JACARAU	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	UF PB
Data/Hora Classificação 10/06/2017 19:09:02		Data/Hora Prescrição 10/06/2017 19:43:02	Nº Cons. Regional 2489/PB

Anamnese

PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU QUE INFORMA TER SIDO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO FICANDO UM POUCO CONFUSO APÓS O ACIDENTE, QUEIXANDO-SE DE DOR EM OMBRO D E OTORRAGIA D E QUE INGERIU BEBIDAS ALCOÓLICAS. ENCONTRA-SE ORIENTADO, APRESENTA HÁLITO ETÍLICO, ACUSA DOR A PALPAÇÃO PROFUNDA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA D COM CREPTAÇÃO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MSD.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA

TC de clavícula

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula
S09.8	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(2489/PB)

OZEIZO AVELINO SOARES





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. GRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 21/06/2017 09:54:27

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 65	Sexo Masculino	CNS 888004881189316
Tempo de Internação 10d 8h 57min		Convênio SUS	Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 21/06/2017 09:54:23)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

TCE - CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA

ECG 15, SEM DÉFICITS FOCais, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA
MANTÉM QUADRO DE OTORRAGIA

JA LIBERADO PELA ORTOPEDIA - IMOBILIZAÇÃO EM 8

TC CRANIO - CONTUSAO TEMPORAL EM FASE FINAL DE ABSORÇÃO

JA DE ALTA PELA ORTOPEDIA

CONDUTA: ALTA HOSPITALAR

PRESCREVO: DIPIRONA/DICLOFENAC/OTYLEX SE DOR
FENITOINA+ CIPROFLOXACINA

ENCAMINHO PARA O AMBULATORIO HTOP - NCR/ORTO.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Professional responsável pela informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

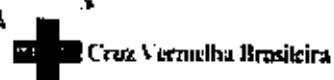
Número Conselho: 5247

ALTA MÉDICA

ALTA MÉDICA

USUÁRIO: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
 DATA E HORA: 21/06/2017 09:45:09
 MOTIVO DE ALTA: ALTA HOSPITALAR
 CONDUTA: ALTA DA NEUROCIRURGIA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CEP: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: KATIA
CAIXAS DA SILVA
GONCALVES
Em: 21/06/2017 08:48:10

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boleto de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 698004861489316
Tempo de Internação 10d 7h 51min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (KATIA CAIXAS DA SILVA GONCALVES - 21/06/2017 08:48:02)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE CONTUSÃO+ FRAT. CLAVÍCULA

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5) RESPOSTA MOTORA: NORMAL
RESULTADO GLASGOW: 15.00 ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILLO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ÁSCUTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECRIÇÃO

SECRIÇÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2468276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: VALESCA
MARIA DOS SANTOS
Em: 20/06/2017 23:39:38

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boleto de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	Pronúncio 102461
Tempo de Internação 9d 22h 42min	Convênio SUS		Plantão NOTURNO

Evolução Enfermagem (VALESCA MARIA DOS SANTOS - 20/06/2017 23:39:27)

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

PACIENTE EVOLUI EGR SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGE.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: VALESCA MARIA DOS SANTOS

Número Conselho: 489417





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2459276 - Tel.: 6332165700

Impresso por: THAIS
DANDARA AZEVEDO DA
SILVA
Em: 20/06/2017 16:31:23

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	10/06/2017 19:09:02	
Nome	Nº	CNS	Prontuário
17/08/1981	55	898004861189318	102481
Tempo de Internação	Convênio		Plantão
0d 15h 34min	SUS		DIURNO

Evolução Enfermagem (THAIS DANDARA AZEVEDO DA SILVA - 20/06/2017 10:49:46)

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE . ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR:

RESULTADO GLASGOW: 15.00

RESPOSTA VÉRBAL:

ESCALA DE GLASGOW:

RESPOSTA MOTORA:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE



AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO , FLÁCIDO , RHA

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA , HIDRATADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO PRESENTE

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2459276 - Tel.: 8332165700Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 20/06/2017 14:23:38

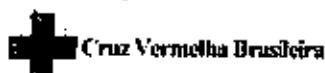
Paciente		Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES		1006520	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 888004851189316	Prontuário 102481
Tempo de internação 9d 13h 28min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 20/06/2017 14:23:28)**Evolução do paciente****Descrição da evolução:**

TCE - CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA
 ECG 15, SEM DÉFICITS FOCais, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA
 MANTÉM QUADRO DE OTORRAGIA
 JA LIBERADO PELA ORTOPEDIA - IMOBILIZAÇÃO EM S
 CD: SOLICITO TC CRANIO PARA ALTA HOSPITALAR

Setor: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
 Profissional responsável pela informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Número Conselho: 5247



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: SEBASTIAO
HENRIQUES PEREIRA
JUNIOR
Em: 19/06/2017 16:50:50

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	10/06/2017 19:09:02	
Local de nascimento Belo Horizonte	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 698004861189318

Tempo de Internação 8d 19h, 53min	Convênio SUB	Prontuário 102481
		Plano DIURNO

Evolução Enfermagem (SEBASTIAO HENRIQUES PEREIRA JUNIOR - 19/06/2017 11:34:15)**AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

TIPOS: EUPNEICO

ASCUITA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

TEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO AUSENTE

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458278 - Tel.: 6332165700Impresso por: SEBASTIAO
HENRIQUES PEREIRA
JUNIOR
Em: 19/06/2017 16:50:24

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Bolelim de Atendimento 1008520	Data/Hora Entrada 19/06/2017 18:08:02	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 898004881188316	Prontuário 102481
Tempo de Internação 8d 15h 53min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SEBASTIAO HENRIQUES PEREIRA JUNIOR - 19/06/2017 11:28:49)**DÉBITO CARDIÁCO DIMINUÍDO**

EVOLUÇÃO: COMUNICAR ALTERAÇÕES DOS SSVV

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

EVOLUÇÃO: REALIZAR TROCA DE FRALDA S/N (ATENÇÃO)

DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

DEPRESSÃO

REALIZAR DIALOGO DE INTERAÇÃO COM O PACIENTE: sempre

NÁUSEA E VÔMITO

EVOLUÇÃO: ATENTAR E COMUNICAR QUEIXAS (CIENTE)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

RISCO DE QUEDA

EVOLUÇÃO: MANTER AS GRADES DO LEITO SEMPRE ELEVADAS (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE AJETORES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

Sedão: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela Informação: SEBASTIAO HENRIQUES PEREIRA JUNIOR

Número: 099958
Data: 19/06/2017
Hora: 16:50:24
Assinatura: 099.058





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. DRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: JACKELINE
SAMMER GOMES PINTO
Em: 19/06/2017 21:48:50

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:00:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861169316
Tempo de Internação 8d 20h 51min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão NOTURNO

Evolução Enfermagem (JACKELINE SAMMER GOMES PINTO - 19/06/2017 21:48:33)**AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE . ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL.

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO:

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO

AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: CATETER VENDSO EM MS

**INTERCORRÊNCIAS**

DIURNAS / NOTURNAS:

PACIENTE EVOLUI EM EGR, QUEIXANDO-SE DE CEFALÉIA, MEDICADO CPM, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Sala: ÁREA LARANJA - UDC B - Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: JACKELINE SAMMER GOMES PINTO

Número Conselho: 275429



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES
CNES: 2456276 - Tel: 8332165700



Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 19/06/2017 11:42:30

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1DD8520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 888004861189316	Prontuário 102481
Tempo de internação 8d 10h 45min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução do Paciente /GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 19/06/2017 11:42:06)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

TCE - CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA
ECG 15, SEM DÉFICITS FOCAIS, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA
MANTÉM QUADRO DE OTORRAGIA
CD: SUPORTE CLÍNICO - AVALIAÇÃO ORL

Unidade: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Gustavo V. Neves Porto

CRM: 7650/PB

Neurocirurgião Número Conselho: 7650

#ORL#

19/06/17 Rtk c/ histórico de TCE há 07 dias
 18h c/ relato de otorragia a Direito
 Ao exame: EGR, eupneico, consciente,
 orientado.
 OTC e: NDN
 OTO: c/ de concha
 activa, presente
 & de paroxismo
 focal perifônico.
 ① Como não te sinto bem, estou
 orientado mantendo o seguimento
 do quadro via ombotônico
 ② Alto do ORL
 ③ Aus cultura de nariz e ouvido

Taíza Salgado
Médica
CRM-PE 10928

Dr. Yury Pinto
CORRETORA DE SEGUROS
15 ABR. 2019



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700Impresso por: JOSE
FIRMINO DE OLIVEIRA
JUNIOR
Em: 18/06/2017 21:42:25

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	10/06/2017 19:09:02	
DATA de nascimento 17/08/1961	Idade 56	Sexo Masculino	CNS 898004881189318
Tempo de Internação 7d 20h 45min		Convênio SUS	Prontuário 102481
			Plantão NOTURNO

Evolução Enfermagem (JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA JUNIOR - 18/06/2017 21:42:06)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TRAUMA DE CRÂNIO-ENCEFÁLICO / FRAT. CLAVICULAR

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: BEM DÉFÍCIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO → 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

TOSSE

TOSSE: ABSENTE

SECRIÇÃO

SECRIÇÃO: ABSENTE

**AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL**

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: CORADA, ABSENTE



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700

Impresso por: JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA JUNIOR
Em: 18/06/2017 13:02:56

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 896004861189316
Tempo de Internação 7d 12h 5min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA JUNIOR - 18/06/2017 13:02:41)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TRAUMA DE CRÂNIO-ENCEFÁLICO / FRAT. CLAVICULAR

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFÍCIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO → 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECRECÃO

SECRECÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO AUSENTE





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senac - Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: TOMAS
CATAO MONTE RASO
Em: 17/06/2017 07:43:09AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 83-2165700

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES		10066520	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
17/08/1981	55	Masculino	888004881188316	102481
Tempo de internação		Convênio		Plantão
6d 8h 48min		SUS		DIURNO

Evolução do Paciente (TOMAS CATAO MONTE RASO - 17/06/2017 07:43:03)**Evolução do paciente****Descrição da evolução:**

tce - acidente motociclistico

gcs 14, plfr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

ct 10/6: contusão temporal sem efeito de massa significativo - controle 11/6: mantido
DOR EM REGIAO CLAVICULAR DIREITA - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRURGICA
TCC - 15/06: CONTUSÃO TEMP ESQ SEM DESVIO DA LM
CD: OBSERVAÇÃO NEUROLOGICASeção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: TOMAS CATAO MONTE RASO

Número Conselho: 7742





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: MATHEUS
MARINHO ENOMOTO
Em: 17/06/2017 09:10:49

AV. ORESTES LISBOA, S/N - JOSÉ GONÇALVES GONDIM
CNES: 2778698 - Tel.: 81 32165700

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 17/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Date de nascimento 17/08/1981	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 088004861189318
Tempo de Internação 6d 8h 19min	Convênio SUS	Prontuário 102481	Plano DIURNO

Evolução do Paciente (MATHEUS MARINHO ENOMOTO - 17/06/2017 09:10:46)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

APÓS DEBATE DA EQUIPE DECIDE-SE POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

CD: IMOBILIZAÇÃO EM 8 GESSADO

ALTA DA ORTOPEDIA

ENCAMINHADO AO ORTÓTRAMA (AMBULATORIO DE DR LAERCIO)

ORIENTADO POR DR LAERCIO

AOS CUIDADOS DAS OUTRAS ESPECIALIDADES

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Professional responsável pela informação: MATHEUS MARINHO ENOMOTO

Número Conselho: 10204

S. 100.000
matheus
enomoto
17/06/2017





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700Impresso por: VALESCA
MARIA DOS SANTOS
Em: 17/06/2017 14:49:32

Paciente	Bolema de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	18088520	10/06/2017 10:09:02	
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 698004881169315
Tempo de Internação 6d 13h 52min		Convênio BHS	Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (VALESCA MARIA DOS SANTOS - 17/06/2017 14:49:21)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE/FRATURA DE CLAVICULA

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY:

RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUITA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 245827-6 - Tel: 8332165700

Impresso por: JACKELINE
SAMMER GOMES PINTO
Em: 16/06/2017 20:34:39

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1008520	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Tempo de Internação 5d 19h 37min		Convênio SUS	Prontuário 102481
			Plantão NOTURNO

Evolução Enfermagem (JACKELINE SAMMER GOMES PINTO - 16/06/2017 20:34:30)

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: CONFUSO (4)
ESCALA DE GLASGOW:

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO:

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO

AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

TIPOS: MIGRAÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM M5 , CATETER VENOSO EM I/S

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

PACIENTE EVOLUI EM EGR, SEM INTERCORRÊNCIAS, MEDICADO CPM, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRÁ 03
Profissional responsável pela informação: JACKELINE SAMMER GOMES PINTO

Número Conselho: 275428





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALIM
CNES: 2456276 - Tel: 6332165700

Impresso por: THAIS
DANDARA AZEVEDO DA
SILVA
Em: 16/06/2017 13:34:12

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS BR0004861189316
Tempo de Internação 6d 12h 37min	Convênio BUS		Pronunciado 1024B1
			Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (THAIS DANDARA AZEVEDO DA SILVA - 16/06/2017 13:19:48)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRATURA DA CLAVÍCULA

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / NOTRÍCIA

TIPOS: SEM DÉFÍCIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR:
RESULTADO GLASGOW: 13.00

RESPOSTA VERBAL:
ESCALA DE GLASGOW:

RESPOSTA MOTORA:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO, RHA

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE / MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA, HIDRATADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO AUSENTES

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR



Clínica da Cidade Bela Vista
Cidade Bela Vista - PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700

Impresso por: TOMAS
CATÃO MONTE RASO
Em: 16/06/2017 11:18:35

MEDICO	Bolema de Atendimento 1008520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Nome: C. D. S. C. ARES Sexo: Masculino Idade: 55 Data de Nascimento: 21/01/1962	Sexo: Masculino Convênio: SUS	CNS: 898004061188316	Promotorio: 1024B1 Plantão: DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TOMAS CATÃO MONTE RASO - 16/06/2017 11:18:29)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

ms - acidente motociclistico

gcs 14, p/r, mobiliza os quatro membros espontaneamente

ct 10/6: contusão temporal sem efeito de massa significativo - controle 11/6: mantido
DOR EM REGIAO CLAVICULAR DIREITA - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRURGICA
TCC - 15/06: CONTUSÃO TEMP ESQ SEM DESVIO DA LM
CD: OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA

Quarto: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Responsável pela informação: TOMAS CATÃO MONTE RASO

Número Conselho: 7742

TO
TOMAS CATÃO MONTE RASO
CONSELHO 7742





Hospital Estadual de Emergências e Trauma

Impresso por ANNA BOZZANNO LACERDA DE ARENUJO
ARENUJO
BOZZANNO LACERDA DE
QNS: 2459276 - Tel.: 3322165700

Poderes	QZELIZO AVELINO SOARES	Diretor de Administração	Da/Hora Entrada	1006520	Sexo	65	Masculino	CNS	898004881189316	Tempo da Internação	102481	Pronto para Saida	102481	NOTURNO	462m 5min	SUS	Corrente	Pronto para Saida	462m 5min	NOTURNO
Dias de Internamento	H77081881	Idade	Saída	1006520	Dia/Hora Entrada	10/06/2017 19:08:02														

AD ENFERMAGEM (ANNA BOZZANNO LACERDA DE ARENUJO - 15/06/2017 23:55:05)

SEGURO SOCIAIS

SAÚDE - NOTURNO:

00:00

PCF-SEGUE COM QUADRO CLINICO MANTIDO, E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.
SEGURO SOCIAIS

00:00

SEGURO SOCIAIS

00:00

SEGURO SOCIAIS

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

15 ABR 2019



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOSE
MIGUEL GONCALVES
Em: 15/06/2017 18:09:14

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
		Convênio SUS	Prontuário 102481

Evolução do Paciente (JOSE MIGUEL GONCALVES - 15/06/2017 18:09:08)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

Descrição da evolução:

RISCO CIRÚRGICO #

- paciente em tempo referindo cefaléia e dor em clavícula direita. Nega - dor torácica.
Medicação : não

ECG : sinusal, fc =60 bpm, HBASE

AP : nega - has, dm, iam, avc, alergia, tabagismo.

Ao exame

EGB, afebril, eupneico

AR : Mv +

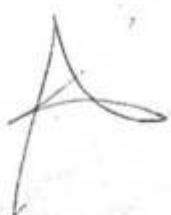
ACV : RCR, PA = 150/80 mmHg, s/ss

MMII : sem edema

Conclusão : Classe I (baixo risco).

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: JOSE MIGUEL GONCALVES

Número Conselho: 6043



Câmara Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700Impresso por: KATIA
CAXIAS DA SILVA
GONCALVES
Em: 15/06/2017 09:58:31

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Tempo de Internação 4d 9h 1min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (ISAIAS JOSE SANTIAGO DE SOUZA - 15/06/2017 09:06:06)**AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: TOSSE

SECRECÃO

SECRECÃO: ESPESSA

**AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL**

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

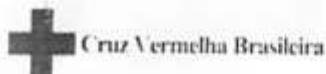
ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

INTEGRIDADE DA PELE

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700Impresso por: WELLMA
CARLA GONCALVES DE
ANDRADE
Em: 14/06/2017 20:43:43

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Témpo de Internação 3d 19h 46min	Convênio SUS		Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (WELLMA CARLA GONCALVES DE ANDRADE - 14/06/2017 20:42:55)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE, fratura de clavícula.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , DESORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTES

SECRECÃO

SECRECÃO: AUSENTES

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

**AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA**

EVOLUÇÃO: CORADA

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

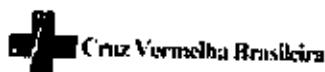
EVOLUÇÃO: NORMOTENSO

AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM MS , CATETER VENOSO EM MS



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CEP: 2458276 - Tel: 8332165700

Impresso por: ANDISON DE
CARVALHO
Em: 14/06/2017 13:07:50

Paciente		Boletim de Atendimento	Date/Hora Entrada	Date/Hora Saída
OZEIRO AVELINO SOARES		1006620	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Pronluário
17/08/1961	65	Masculino		102481
Término de Internação		Convênio		Plantão
3d 12h 10min		SUS		DIURNO

Evolução Enfermagem (ANDISON DE CARVALHO - 14/06/2017 13:07:41)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE, fratura da clavícula.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, DESORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: CONFUSO (4)

RESPOSTA MOTORA: HIPOTONIA

RESULTADO GLASGOW: 13.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY:

RESULTADO DE RAMSAY: 3.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: ABSENTE

SECRIÇÃO

SECRIÇÃO: ABSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.



AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: STABILIZADA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 14/06/2017 10:15:43

Paciente DZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 14/06/2017 10:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS CNS
Tempo de Internação 3d 9h 18min		Convênio SUS	Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 14/06/2017 10:15:18)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****Descrição da Evolução:**

tce - acidente motociclistico

gcs 14, pifr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

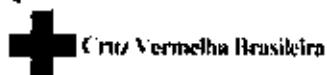
ct 10/6: contusão temporal sem efeito da massa significativo - controle 11/6: mantido
DOR EM REGIAO CLAVICULAR DIREITA - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRURGICA
CONDUTA: TC CRANIO CONTROLE + RISCO CIRURGICO
PRE-OP

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela Informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Número Conselho: 5247



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2456278 - Tel.: 8332165700Impresso por: JACKELINE
SAMMER GOMES PINTO
Em: 13/06/2017 21:00:08

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:08:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 2d 20h 3min	Convênio SUS		Plantão NOTURNO

Evolução Enfermagem (JACKELINE SAMMER GOMES PINTO - 13/06/2017 20:59:52)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE, fratura de clavícula.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , DESORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: CONFUSO (4)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL,

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE ANSIOSO, AGITADO OU IMPACIENTE = 1

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTLA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

**AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL**

EVOLUÇÃO: FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 13/06/2017 12:50:54

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 12:50:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 2d 11h 53min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Pleitão DIURNO

Evolução do Paciente (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 13/06/2017 12:50:49)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da Evolução:

tce - acidente motociclistico -

gcs 14, plfr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

ct 10/6: contusão temporal sem efeito da massa significativo - controle 11/6: mantido
DOR EM REGIAO CLAVICULAR DIREITA
cd:suporte clínico

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Número Conselho: 5247





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: VALESCA
MARIA DOS SANTOS
Em: 13/06/2017 14:41:04AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CEP: 2458276 - Tel: 8332165700

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	13/06/2017 19:09:02	
Date de nascimento 17/08/1981	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de internação 2d 13h 44min		Convênio SIUS	Prontuário 102481
			Plano DIURNO

Evolução Enfermagem (VALESCA MARIA DOS SANTOS - 13/06/2017 14:40:48)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PIRILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE É TRANQUIL - 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

TIPOS: NORMA CONSERVADA

VALORES: MARGINAIS





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 12/06/2017 11:28:59

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 10h 31min		Convênio SUS	Pronúário 1024BT
			Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 12/06/2017 11:28:49)**Evolução do paciente****Descrição da evolução:**

tce - acidente motociclistico

gcs 14, pifr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

ct 10/6: confusão temporal sem efeito de massa significativo - controle 11/6: mantido

cd:suporte clínico

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTOGustavo V. Neves Porto
CRM/7650/PB
Neurocirurgião

Número Conselho: 7650





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LUSBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2456276 - Tel.: 8332165700Impresso por: KATIA
CAXIAS DA SILVA
GONCALVES
Em: 12/06/2017 08:34:07

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Date de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 7h 37min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Pleitório DIURNO

Evolução Enfermagem (KATIA CAXIAS DA SILVA GONCALVES - 12/06/2017 08:33:46)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILLO - 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTLA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECRECÃO

SECRECÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA, HIDRATADA





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090
Laranja B
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome OZEIZO AVELINO SOARES	Data de 17/08/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº 102481	Data Prescrição 19/06/2017 11:46:48
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC B	Leito LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a 19/06/2017 11:46:48		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 ONDANSETRONA 80MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		18 24 08
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIPRIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		16 22 04 30
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG.		E.V.		1X AO DIA		04
Diluir em ÁGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		16 24 08
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		18 20 22 40
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							
8 AFERIR PA E FC	0.0							
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							
10 SOLICITAÇÃO DE PARÉCER OTORRINOLARINGOLOGIA	0.0							

19 de Junho de 2017

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650



Z. C. S.
Assinatura e Carimbo do Profissional
Assessoria: V. Neves Porto
CRM-PB: 7650/PB
Assessoria Jurídica

GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, 811 - PERNAMBUCO - 58010-100 - JOÃO PESSOA - PB - 58031080

B

Nome
OSSEIZ AVELINO SOARES

Motivo do Atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLISMO

Sector
AREA LARANJA UDC

Data de
17/08/1961

Idade
55

Sexo
MASCULINO

Nº
1006520

Nº
102411

Posto de Trabalho
AREA LARANJA - UDC B

Ledo
LETO EXTRA 03

Data Prescrição
16/08/2017 11:19:28

Validade a
2017-11-19 28

PRESCREVENDO DICA

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vc	Via de	Veloc. Inf.	Patologia	Orientação de uso	Avaliação
1 DIETÁ	0,0			ORAL				
2 Diflir 600 Sulfato Fisiológico 0,9%	4,0	ML		EV		8881		
3 DIPRIVONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		EV		66H		
4 DICON DA UVENTE	10,0	ML		EV				
5 FENTONINA 50MG/ML INJETÁVEL	2,0	ML		EV		1XADIA		
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000,0	ML		EV		24H		
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0							
8 AFERIR PA E FC	0,0							
9 CABEÇERA ELEVADA A 30°	0,0							

16 de Junho de 2017

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional





Congressional Delegations



Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Mário Leônidas Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PREScrição MÉDICA

Nome OZEIZO AVELINO SOARES		Data de 17/06/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº 102481	Data Prescrição 14/06/2017 10:13:14
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Setor AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC 8		Leito LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a 14/06/2017 10:13:14	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Poseologia	Orientação de Uso	Agravamento
1 DIETA	0.0			ORAL				Ciente
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		26 24 06
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100,0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		26 24 06
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML						
4 OMEPRAZOL 49 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1XAO DIA		(04) FALTA
Diluir em AGUA DESTILADA	40,0	ML						
5 FENTOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		26 24 06
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000,0	ML		E.V.		24H		26 24 06
7 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		12/12H	Observação:SF 100 12/12H	26 24 06
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							C/AT
9 AFERR PA E FC	0.0							
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

14 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

CRM: 5247-^b



Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Laranja B

Nome OZEIZO AVELINO SOARES	Data de 17/08/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº 102481	Data Prescrição 14/06/2017 10:13:14
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selor AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC 9	Leito LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a 14/06/2017 10:13:14		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vl.	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprendizado
1 DIETA	0.0			ORAL				Ciente
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		26 24 26
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		26 24 26
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OSMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		(64) FALTA
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENTOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		26 24 26
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solutio Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		26 24 26 26
7 CIETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		12/12H	Observação:SF 100 12/12H	26 24
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							26
9 AFERIR PA E FC	0.0							
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

14 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

CRM: 5247



Assinatura e Carimbo do Profissional

S/ut. E + ameaça constatação



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome OZEIZO AVELINO SOARES	Data de 17/08/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº 102481	Data Prescrição 13/06/2017 12:52:59
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selor AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC B	Leito LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a 13/06/2017 12:52:59		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vt	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENITOINA 50MG /ML INJETÁVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							
8 APÉRIR PA E FC	0.0							
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

PARECER DA OPERADORA HGT 26 (SC)

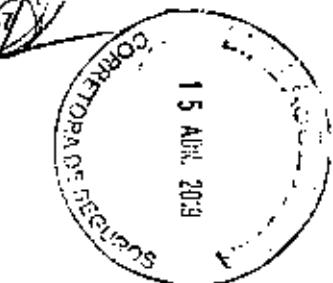
24/06/2017

U8

13 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MORAIS AGRA

CRM: 5247



Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senator Hélio LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

Laranja B

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome OZEIZO AVELINO SOARES	Data de 17/08/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº 102481	Data Prescrição 12/06/2017 11:31:43
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selor AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC B	Leito LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a 12/06/2017 11:31:43		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apartamento
1 DIETA	0.0			ORAL				04/06
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		46 24 08
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		26 36 04 00
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		04/06
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		26 24 08
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		26 26 36 40
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							04/06
8 AFERIR PA E FC	0.0							
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

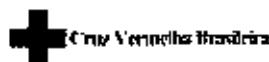
CRM: 7650



15 AGO 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

Gustavo V. Neves Porto
CRM: 7650/PE
Bombeiro
02 de Junho de 2017



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome OZEIZO AVELINO SOARES	Data de 17/06/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº	Data Prescrição 10/06/2017 23:19:46
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 10/06/2017 23:19:46		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		<i>24-08</i>
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
2 DIPIRONA 500 MG/5ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		<i>24-10</i>
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML						
3 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO/AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		<i>06</i>
Diluir em ÁGUA DESTILADA	40.0	ML						
4 FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		<i>24-08</i>
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML						
5 INSULINA REGULAR 100UI (FRASCO/AMPOLA)	4.0	ML		S.C.		ACM		<i>24-13/06</i>
6 Solução Ringer Lactato 600ml	2000.0	ML		E.V.		24H		

10 de Junho de 2017

GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES

CRM: 8346

Assinatura e Carimbo do Profissional



Documento de Alta

Nome: OZEIZO AVELINO SOARES			Número Prontuário: 102481
Data de 17/08/1961	Sexo: Masculino	Data de Internação: 11/06/2017 00:57:06	Data de Alta: 21/06/2017 09:45:09
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: ALTA DA NEUROCIRURGIA			
Resumo da Internação: VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 10.06.17 EXAME ATUAL: ECG 15/14 SEM DEFICIT MOTOR, MOBILIZANDO 4MM E DEAMBULANDO SEM AJUDA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA EM IMOBILIZAÇÃO			
Resultado de Exames: TC CRANIO SERIADA - CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA EM PROCESSO DE ABSORÇÃO FINAL COM DISCRETO EDEMA ADJASCENTE			
Tratamento: CONSERVADOR PELA NEUROCIRURGIA IMOBILIZAÇÃO EM B PELA ORTOPEDIA			
Diagnóstico: S06.3 - Traumatismo cerebral focal			
Recomendações: REPOUSO MEDICO RETORNO AMBULATORIAL NO HTOP COM A NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA			

Data: 21/06/2017
THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247 - PB




Nome: <i>Ogurjo Avelino Soárez</i>				Registro:	
Idade: <i>10/06/17</i>	Sexo: <input type="checkbox"/>	Cor: <input type="checkbox"/>	Clínica: <input type="checkbox"/>	Enf.: <input type="checkbox"/>	Leito: <input type="checkbox"/>
Data de admissão:				Data da alta:	
Diagnóstico inicial: <i>Fratura de clavícula (D)</i>					
Diagnóstico final: <i>& mervis/</i>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada – data e equipe: <i>17/06/17. Devido - se por tratamento comum (com S. amaro (Dr. Lacerda))</i>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologista:					
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Paciente com fratura de clavícula (D), feita cirurgia ambulatorial, com curativo, encaminhado para hospitalo</i>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <i>Laril</i>					
Reposo:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa: <i>A-fixa 11 dias, Depressor 6/6 por 24h/</i>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em <i>Orbitana 31 Mar/17</i> para retirada de ponto.					
Ao ambulatório <i>em 30 dias para revisão.</i>					
João Pessoa; <i>17 de 06 de 17</i> no dia <i>22/06/17</i> as 7:00 com <i>Dr. Lacerda</i>					
Ass. Médico/CRM <i>[Signature]</i>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Ezilda Alves Souza portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10:54:20 horas, portador(a) da patologia CID-10 S42.0, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 21 vinte e um dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17/06/17

Dr. Matheus Souza
Ortopedia e Traumatologia
/Ortopedista

Assinatura e Carambola do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO FONTEUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Eugenio Andrade Soárez portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às horas, portador(a) da patologia CID-10 S42.0, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 21 (vinte e um) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17/06/17

Dr. Matheus Siqueira
Ortopedia & Traumatologia
Cirurgião-Dentista

Assinatura e Currículo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO MONTUÁRIO DE APROVIMENTO

F(NG).CC.003-I





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

Reciboário de Controle Especial

Unidade de Saúde	
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orasglio Lipp - Cidade: Pedro II - N° C. EUS	
Paciente	Nº C. EUS
DZEIZU AVELINO SOARES	8980-0-316
Endereço do paciente	
SILVA CAMPINAS, SN, JACARAU-PB-58278000	

USO ORAL

11 - TYLEFEX 30MG -----02 CX
TOMAR 01 CP VO & BH SE DOR

21/06/2017

Data

DR. THAISE ELLER DE MOURA ACRA
5247/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: Elaine Souza
Identidade: 2222694
Org. Emissor: SEPF
Endereço: S. C. Campinas
Cidade: Juliano UF: PE
Telefone:

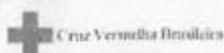
IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Ass. Farmacêutico

Data

15 AGO. 2019

CORRETORA DE RECURSOS



Receituário

Paciente: OZEIZO AVELINO SOARES

Data: 21/06/2017 09:49:56

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

Idade 55

BAE: 1006520

ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ACHA-SE NESTE HOSPITAL DESDE 10.06.17, COM DIAGNOSTICO DE CID S06, DEVENDO AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 60 DIAS A PARTIR DA DATA DE ALTA.

JOAO PESSOA, 21.06.17

Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Drº. THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
5247/PB

Receituário

Paciente: OZEIZO AVELINO SOARES

Data: 21/06/2017 09:49:56

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

Idade 55

BAE: 1006520

ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ACHA-SE NESTE HOSPITAL DESDE 10.06.17, COM DIAGNOSTICO DE CID S06, DEVENDO AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 60 DIAS A PARTIR DA DATA DE ALTA.

JOAO PESSOA, 21.06.17



Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Drº. THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
5247/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: OZEIZO AVELINO SOARES

Idade 55

Data: 21/06/2017 09:49:56

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

BAE: 1006520

ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ACHA-SE NESTE HOSPITAL
DESDE 10.06.17, COM DIAGNOSTICO
DE CID S06, DEVENDO AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 60 DIAS A PARTIR DA DATA
DE ALTA.

JOAO PESSOA, 21.06.17



Drº. THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
5247/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: OZEIZO AVELINO SOARES

Idade 55

Data: 21/06/2017 09:49:56

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

BAE: 1006520

ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ACHA-SE NESTE HOSPITAL
DESDE 10.06.17, COM DIAGNOSTICO
DE CID S06, DEVENDO AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 60 DIAS A PARTIR DA DATA
DE ALTA.

JOAO PESSOA, 21.06.17



Drº. THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
5247/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1006520



Identificação do paciente

ID 1179504	Nome OZEIZO AVELINO SOARES			Sexo Masculino
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55 anos 8 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mae NAZARE MENDES BEZERRA	Pai JOÃO AVELINO SOARES			
Escolaridade				Responsável (Parentesco) SEVERINA JOSEFA DA SILVA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986657608	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 291496682	Nº Cro		
Local de procedência JACARAU	Tipo MUNICÍPIO			UF PB
Email	Naturalidade CAICARA	CEP/R		



Endereço

CEP 68270000	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro CAMPINAS	15 Abr. 2016
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 10/06/2017 19:08:02	Número da pulseira 100006205361	Cemário SUS	Clínica	l... b (1) ta... do
Especialidade CIRURGIA GERAL			Origem do paciente RUA	
Classificação de risco			Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Voo de ambulância Não	Trauma Não
Méio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Peso	Temperatura
--------------	------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Radiológicos

Paciente vítima de queda de moto, consciente, orientado, imóvel no local, que CDZ, segue aos cuidados.

Diagnóstico

CID

Atendido por
MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Tempo

02:49:49 10/06/2017 Entrada

Cach 366348

Imprimir

20.30

RA 160 x 90 mmHg
HCT 33% mg/dL



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

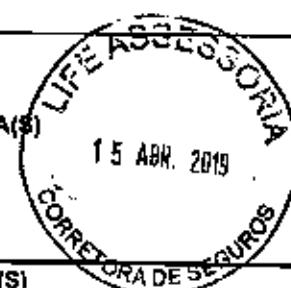
Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	BAE 10066520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Mãe NAZARE MENDES BEZERRA			Prontuário
Endereço CAMPINAS, SN	Bairro ZONA RURAL	Município JACARAÚ	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES	Nº Cons. Regional 8346/PB
Data/Hora Classificação 10/06/2017 19:09:02		Data/Hora Prescrição 10/06/2017 23:09:19	

Anamnese

TCE POR ACIDENTE COM MOTOCICLETA, EVOLUINDO COM REBAIXAMENTO DA CONSCIÊNCIA AO EXAME: SONOLENTO, CONFUSO, OBSEDECE A COMANDOS, SEM DÉFICIT MOTOR TCC: CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA, SEM EFEITO DE MASSA SIGNIFICATIVO CD: AIH/ EXAMES/ PRESCRIÇÃO



MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), DILUIR 4,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), DILUIR 40,0 MG

ENITOINA 100MG/5ML SUSPENSÃO ORAL, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA ORAL, 8/8H, 0,0 (MGTS/M)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

COAGULOGRAMA COMPLETO

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

IONOGRAMA

CID10

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Internar Paciente

GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
(8346/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	BAE 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data Baixa
Data de nascimento 17/08/1951	Idade 65	Sexo Masculino	CNS
Mãe NAZARE MENDES BEZERRA			Telefone de Contato (83) 986557608
Endereço CAMPINAS, SN	Bairro ZONA RURAL	Município JACARAU	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	UF PB
Data/Hora Classificação 10/06/2017 19:09:02		Data/Hora Prescrição 10/06/2017 19:43:02	Nº Cons. Regional 2489/PB

Anamnese

PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU QUE INFORMA TER SIDO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO FICANDO UM POUCO CONFUSO APÓS O ACIDENTE, QUEIXANDO-SE DE DOR EM OMBRO D E OTORRAGIA D E QUE INGERIU BEBIDAS ALCOÓLICAS. ENCONTRA-SE ORIENTADO, APRESENTA HÁLITO ETÍLICO, ACUSA DOR A PALPAÇÃO PROFUNDA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA D COM CREPTAÇÃO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MSD.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA

TC de clavícula

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula
S09.8	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(2489/PB)

OZEIZO AVELINO SOARES





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. GRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 21/06/2017 09:54:27

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 65	Sexo Masculino	CNS 888004881189316
Tempo de Internação 10d 8h 57min		Convênio SUS	Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 21/06/2017 09:54:23)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

TCE - CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA

ECG 15, SEM DÉFICITS FOCais, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA
MANTÉM QUADRO DE OTORRAGIA

JA LIBERADO PELA ORTOPEDIA - IMOBILIZAÇÃO EM 8

TC CRANIO - CONTUSAO TEMPORAL EM FASE FINAL DE ABSORÇÃO

JA DE ALTA PELA ORTOPEDIA

CONDUTA: ALTA HOSPITALAR

PRESCREVO: DIPIRONA/DICLOFENAC/OTYLEX SE DOR

FENITOINA+ CIPROFLOXACINA

ENCAMINHO PARA O AMBULATORIO HTOP - NCR/ORTO.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Professional responsável pela Informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

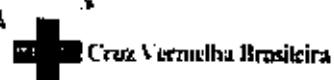
Número Conselho: 5247

ALTA MÉDICA

ALTA MÉDICA

USUÁRIO: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
 DATA E HORA: 21/06/2017 09:45:09
 MOTIVO DE ALTA: ALTA HOSPITALAR
 CONDUTA: ALTA DA NEUROCIRURGIA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CEP: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: KATIA
CAIXAS DA SILVA
GONCALVES
Em: 21/06/2017 08:48:10

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boleto de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 698004861489316
Tempo de Internação 10d 7h 51min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (KATIA CAIXAS DA SILVA GONCALVES - 21/06/2017 08:48:02)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE CONTUSÃO+ FRAT. CLAVÍCULA

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5) RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00 ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE É TRANQUILLO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCOLTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2468276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: VALESCA
MARIA DOS SANTOS
Em: 20/06/2017 23:39:38

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boleto de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 698004861189316
Tempo de Internação 9d 22h 42min	Convênio SUS		Pronunciado 102481
			Plantão NOTURNO

Evolução Enfermagem (VALESCA MARIA DOS SANTOS - 20/06/2017 23:39:27)

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

PACIENTE EVOLUI EGR SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGE.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: VALESCA MARIA DOS SANTOS

Número Conselho: 489417





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2459276 - Tel.: 6332165700

Impresso por: THAIS
DANDARA AZEVEDO DA
SILVA
Em: 20/06/2017 16:31:23

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	10/06/2017 19:09:02	
Nome	Nº		
17/08/1981	55	CNS	Prontuário
Sexo		898004861189318	102481
Masculino			
Tempo de Internação	Convênio		Plantão
8d 15h 34min	SUS		DIURNO

Evolução Enfermagem (THAIS DANDARA AZEVEDO DA SILVA - 20/06/2017 10:49:46)

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE . ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR:

RESULTADO GLASGOW: 15.00

RESPOSTA VÉRBAL:

ESCALA DE GLASGOW:

RESPOSTA MOTORA:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTLA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE



AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO , FLÁCIDO , RHA

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA , HIDRATADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO PRESENTE

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2459276 - Tel.: 8332165700Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 20/06/2017 14:23:38

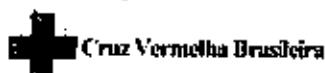
Paciente	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 888004851189316
Tempo de internação 9d 13h 28min		Convênio SUS	Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 20/06/2017 14:23:28)**Evolução do paciente****Descrição da evolução:**

TCE - CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA
 ECG 15, SEM DÉFICITS FOCAIS, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA
 MANTÉM QUADRO DE OTORRAGIA
 JA LIBERADO PELA ORTOPEDIA - IMOBILIZAÇÃO EM S
 CD: SOLICITO TC CRANIO PARA ALTA HOSPITALAR

Setor: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
 Profissional responsável pela informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Número Conselho: 5247



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: SEBASTIAO
HENRIQUES PEREIRA
JUNIOR
Em: 19/06/2017 16:50:50

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	10/06/2017 19:09:02	
Local de nascimento Belo Horizonte	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 698004861189318

Tempo de Internação 8d 19h, 53min	Convênio SUB	Prontuário 102481
		Plano DIURNO

Evolução Enfermagem (SEBASTIAO HENRIQUES PEREIRA JUNIOR - 19/06/2017 11:34:15)**AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

TIPOS: EUPNEICO

ASCUITA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

TEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO AUSENTE

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458278 - Tel.: 8332165700

Impresso por: SEBASTIAO
HENRIQUES PEREIRA
JUNIOR
Em: 19/08/2017 10:50:24

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 10008520	Data/Hora Entrada 10/08/2017 18:06:02	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 56	Sexo Masculino	CNS 898004881189316	Prontuário 102481
Tempo de Internação 8d 15h 63min	Convênio SUS	Plantão DIURNO		

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SEBASTIAO HENRIQUES PEREIRA JUNIOR - 19/06/2017 11:28:49)

PÉSITO CARDÍACO DMINUÍDO

Evolução: comunicar alterações nos assv

DETALLES DE ALMACENAJE

EVOLUÇÃO: REALIZAR TROCA DE FRALDA S/N (ATENÇÃO)

DÉBITO NEUROLOGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E/N (ATENÇÃO)

repression

REALIZAR DIALOGO DE INTERAÇÃO COM O PACIENTE: ~~ENTREVISTA~~

NATISSE E VÔMITE

EVOLUÇÃO: ATENTAR E COMUNICAR DIFERENÇAS (SCIENTE)

RISCO PARA INFECÇÃO

Evolução: comunicar e registrar aumento de temperatura (atenção) - registrar presença de sinais fisiológicos (atenção)

ESTADO DE PIAUÍ

Evolução: manter as grades do leito sempre elevadas (atenção)

1880 PARA FLETITE

Evolução: trocar sítio de AVP a cada 72h (atenção), observar e comunicar sinais flogísticos no local de inserção de sietes, prendas e etc (atenção)

Socio: AREA LARANJA - WDC B Folto: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela Informação: SEBASTIAO HENRIQUES PEREIRA JUNIOR

www.persimilis.com

Numerus: 0911
Seite 3
499,95€

A circular stamp with the words "CORRETORA DE SEGUROS" around the perimeter and the date "15 ABR. 2018" in the center.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. DRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: JACKELINE
SAMMER GOMES PINTO
Em: 19/06/2017 21:48:50

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:00:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861169316
Tempo de Internação 8d 20h 51min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão NOTURNO

Evolução Enfermagem (JACKELINE SAMMER GOMES PINTO - 19/06/2017 21:48:33)**AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE . ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL.

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO:

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO

AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: CATETER VENDSO EM MS

**INTERCORRÊNCIAS**

DIURNAS / NOTURNAS:

PACIENTE EVOLUI EM EGR, QUEIXANDO-SE DE CEFALÉIA, MEDICADO CPM, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Sala: ÁREA LARANJA - UDC B - Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: JACKELINE SAMMER GOMES PINTO

Número Conselho: 275429



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES
CNES: 2456276 - Tel: 8332165700



Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 19/06/2017 11:42:30

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1DD8520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 56	Sexo Masculino	CNS 888004861189316	Prontuário 102481
Tempo de internação 8d 10h 45min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução do Paciente /GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 19/06/2017 11:42:06)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

TCE - CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA
ECG 15, SEM DÉFICITS FOCAIS, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA
MANTÉM QUADRO DE OTORRAGIA
CD: SUPORTE CLÍNICO - AVALIAÇÃO ORL

Unidade: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Gustavo V. Neves Porto

CRM: 7650/PB

Neurocirurgião Número Conselho: 7650

#ORL#

19/06/17 Rtk c/ histórico de TCE há 07 dias
18h c/ relato de otorragia a Direito
Ao exame: EGR, eupneico, consciente,
orientado.
Orc e: ADN
ativa, presente
& de paralisia
focal periférica.
CD: ① Como não teve comprometimento
oriental mantendo o de seguimento
do quadro via ombotônico
② Alto do ORL
③ Aus cultura das meninges

Taíza Salgado
Médica
CRM-PE 10928

Dr. Yury Pinto
CORRETORA DE SEGUROS
15 ABR. 2019



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700Impresso por: JOSE
FIRMINO DE OLIVEIRA
JUNIOR
Em: 18/06/2017 21:42:25

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	10/06/2017 19:09:02	
DATA DE NASCIMENTO 17/08/1961	Idade 56	SEXO Masculino	CNS 898004881189318
TEMPO DE INTENÇÃO 7d 20h 45min		CONVÉNIO SUS	PRONTUÁRIO 102481
			PLANTÃO NOTURNO

Evolução Enfermagem (JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA JUNIOR - 18/06/2017 21:42:06)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TRAUMA DE CRÂNIO-ENCEFÁLICO / FRAT. CLAVICULAR

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: BEM DÉFÍCIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO → 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

TOSSE

TOSSE: ABSENTE

SECRIÇÃO

SECRIÇÃO: ABSENTE

**AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL**

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: CORADA, ABSENTE



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332155700

Impresso por: JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA JUNIOR
Em: 18/06/2017 13:02:56

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 896004861189316
Tempo de Internação 7d 12h 5min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA JUNIOR - 18/06/2017 13:02:41)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TRAUMA DE CRÂNIO-ENCEFÁLICO / FRAT. CLAVICULAR

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFÍCIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO → 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECRECÃO

SECRECÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO AUSENTE





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senac - Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: TOMAS
CATAO MONTE RASO
Em: 17/06/2017 07:43:09AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 83-2165700

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES		10066520	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
17/08/1981	55	Masculino	888004881188316	102481
Tempo de internação		Convênio		Plantão
6d 8h 48min		SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TOMAS CATAO MONTE RASO - 17/06/2017 07:43:03)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

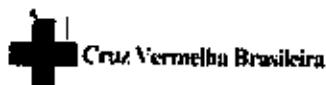
tce - acidente motociclistico

gcs 14, plfr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

ct 10/6: contusão temporal sem efeito de massa significativo - controle 11/6: mantido
DOR EM REGIAO CLAVICULAR DIREITA - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRURGICA
TCC - 15/06: CONTUSÃO TEMP ESQ SEM DESVIO DA LM
CD: OBSERVAÇÃO NEUROLOGICASeção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: TOMAS CATAO MONTE RASO

Número Conselho: 7742





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA
Impresso por: MATHEUS
MARINHO ENOMOTO
Em: 17/06/2017 09:10:49

AV. ORESTES LISBOA, S/N - JOSÉ GONÇALVES GONDIM
CNES: 2778698 - Tel.: 81 32165700

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 17/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Date de nascimento 17/08/1981	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 088004861189318
Tempo de Internação 6d 8h 19min	Convênio SUS		Período DIURNO

Evolução do Paciente (MATHEUS MARINHO ENOMOTO - 17/06/2017 09:10:46)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

APÓS DEBATE DA EQUIPE DECIDE-SE POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

CD: IMOBILIZAÇÃO EM 8 GESSADO

ALTA DA ORTOPEDIA

ENCAMINHADO AO ORTÓTRAMA (AMBULATORIO DE DR LAERCIO)

ORIENTADO POR DR LAERCIO

AOS CUIDADOS DAS OUTRAS ESPECIALIDADES

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Professional responsável pela informação: MATHEUS MARINHO ENOMOTO

Número Conselho: 10204

DR. M.
MARINHO
ENOMOTO
CONSELHO
N.º 10204





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700Impresso por: VALESCA
MARIA DOS SANTOS
Em: 17/06/2017 14:49:32

Paciente	Bolema de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	18088520	10/06/2017 10:09:02	
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 698004881169315
Tempo de Internação 6d 13h 52min		Convênio BHS	Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (VALESCA MARIA DOS SANTOS - 17/06/2017 14:49:21)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE/FRATURA DE CLAVICULA

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY:

RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUITA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 245827-6 - Tel: 8332165700

Impresso por: JACKELINE
SAMMER GOMES PINTO
Em: 16/06/2017 20:34:39

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1008520	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Tempo de Internação 5d 19h 37min		Convênio SUS	Prontuário 102481
			Plantão NOTURNO

Evolução Enfermagem (JACKELINE SAMMER GOMES PINTO - 16/06/2017 20:34:30)

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: CONFUSO (4)
ESCALA DE GLASGOW:

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO:

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO

AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

TIPOS: MIGRAÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM M5, CATETER VENOSO EM I/S

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

PACIENTE EVOLUI EM EGR, SEM INTERCORRÊNCIAS, MEDICADO CPM, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRÁ 03
Profissional responsável pela informação: JACKELINE SAMMER GOMES PINTO

Número Conselho: 275428





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALIM
CNES: 2456276 - Tel: 6332165700

Impresso por: THAIS
DANDARA AZEVEDO DA
SILVA
Em: 16/06/2017 13:34:12

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS BR0004861189316
Tempo de Internação 6d 12h 37min	Convênio BUS		Pronunciado 1024B1
			Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (THAIS DANDARA AZEVEDO DA SILVA - 16/06/2017 13:19:48)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRATURA DA CLAVÍCULA

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / NOTRÍCIA

TIPOS: SEM DÉFÍCIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR:
RESULTADO GLASGOW: 13.00

RESPOSTA VERBAL:
ESCALA DE GLASGOW:

RESPOSTA MOTORA:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO, RHA

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE / MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA, HIDRATADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO AUSENTES

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: STABILIZADA, PULSO APROPRIADO, PULSO APROPRIADO



Clínica da Cidade Bela Vista - Centro



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458276 - Tel: 8332165700

Impresso por: TOMAS
CATÃO MONTE RASO
Em: 16/06/2017 11:18:35

MOTIVO	Bolema de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ACIDENTE	1008520	10/06/2017 19:09:02	
Idade	Sexo	CNS	Pronunciado
55	Masculino	898004061188316	1024B1
2º Ano	Convênio		Plantão
	SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TOMAS CATÃO MONTE RASO - 16/06/2017 11:18:29)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

ms - acidente motociclistico

gcs 14, p/r, mobiliza os quatro membros espontaneamente

ct 10/6: contusão temporal sem efeito de massa significativo - controle 11/6: mantido
DOR EM REGIAO CLAVICULAR DIREITA - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRURGICA
TCC - 15/06: CONTUSÃO TEMP ESQ SEM DESVIO DA LM
CD: OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA

Quarto: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Responsável pela informação: TOMAS CATÃO MONTE RASO

Número Conselho: 7742

TO
TOMAS CATÃO MONTE RASO
CONSELHO 7742



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOSE
MIGUEL GONCALVES
Em: 15/06/2017 18:09:14

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
		Convênio SUS	Prontuário 102481

Evolução do Paciente (JOSE MIGUEL GONCALVES - 15/06/2017 18:09:08)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

Descrição da evolução:

RISCO CIRÚRGICO #

- Entrou em tempo referindo cefaléia e dor em clavícula direita. Nega - dor torácica.
Medicação : não

ECG : sinusal, fc =60 bpm, HBASE

AP : nega - has, dm, iam, avc, alergia, tabagismo.

Ao exame

EGB, afebril, eupneico

AR : Mv +

ACV : RCR, PA = 150/80 mmHg, s/ss

MMII : sem edema

Conclusão : Classe I (baixo risco).

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: JOSE MIGUEL GONCALVES

Número Conselho: 6043



Câmara Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700Impresso por: KATIA
CAXIAS DA SILVA
GONCALVES
Em: 15/06/2017 09:58:31

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Tempo de Internação 4d 9h 1min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (ISAIAS JOSE SANTIAGO DE SOUZA - 15/06/2017 09:06:06)**AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: TOSSE

SECRECÃO

SECRECÃO: ESPESSA

**AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL**

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

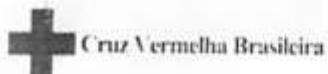
ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

INTEGRIDADE DA PELE



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700

Impresso por: WELLMA
CARLA GONCALVES DE
ANDRADE
Em: 14/06/2017 20:43:43

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Témpo de Internação 3d 19h 46min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (WELLMA CARLA GONCALVES DE ANDRADE - 14/06/2017 20:42:55)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE, fratura de clavícula.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , DESORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECRECÃO

SECRECÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.



AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

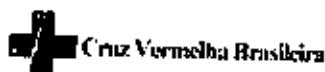
EVOLUÇÃO: NORMOTENSO

AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM MS , CATETER VENOSO EM MS



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CEP: 2458276 - Tel: 8332165700

Impresso por: ANDISON DE
CARVALHO
Em: 14/06/2017 13:07:50

Paciente		Boletim de Atendimento	Date/Hora Entrada	Date/Hora Saída
OZEIRO AVELINO SOARES		1006620	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Pronluário
17/08/1961	65	Masculino		102481
Término de Internação		Convênio		Plantão
3d 12h 10min		SUS		DIURNO

Evolução Enfermagem (ANDISON DE CARVALHO - 14/06/2017 13:07:41)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE, fratura da clavícula.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, DESORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: CONFUSO (4)

RESPOSTA MOTORA: HIPOTONIA

RESULTADO GLASGOW: 13.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY:

RESULTADO DE RAMSAY: 3.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: ABSENTE

SECRIÇÃO

SECRIÇÃO: ABSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.



AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: STABILIZADA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 14/06/2017 10:15:43

Paciente DZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 14/06/2017 10:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 102481
Tempo de Internação 3d 9h 18min	Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 14/06/2017 10:15:18)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****Descrição da Evolução:**

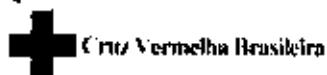
tce - acidente motociclistico

gcs 14, pifr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

ct 10/6: contusão temporal sem efeito da massa significativo - controle 11/6: mantido
DOR EM REGIAO CLAVICULAR DIREITA - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRURGICA
CONDUTA: TC CRANIO CONTROLE + RISCO CIRURGICO
PRE-OPSeção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela Informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Número Conselho: 5247



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2456278 - Tel.: 8332165700Impresso por: JACKELINE
SAMMER GOMES PINTO
Em: 13/06/2017 21:00:08

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:08:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 2d 20h 3min	Convênio SUS		Plantão NOTURNO

Evolução Enfermagem (JACKELINE SAMMER GOMES PINTO - 13/06/2017 20:59:52)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE, fratura de clavícula.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , DESORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: CONFUSO (4)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL,

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE ANSIOSO, AGITADO OU IMPACIENTE = 1

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTLA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

**AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL**

EVOLUÇÃO: FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 13/06/2017 12:50:54

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 12:50:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 2d 11h 53min		Convênio SUS	Prontuário 102481
			Período DIURNO

Evolução do Paciente (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 13/06/2017 12:50:49)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da Evolução:

tce - acidente motociclistico -

gcs 14, plfr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

ct 10/6: contusão temporal sem efeito da massa significativo - controle 11/6: mantido
DOR EM REGIAO CLAVICULAR DIREITA
cd:suporte clínico

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Número Conselho: 5247





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: VALESCA
MARIA DOS SANTOS
Em: 13/06/2017 14:41:04AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CEP: 2458276 - Tel: 8332165700

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	13/06/2017 19:09:02	
Date de nascimento 17/08/1981	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de internação 2d 13h 44min		Convênio SIUS	Prontuário 102481
			Plano DIURNO

Evolução Enfermagem (VALESCA MARIA DOS SANTOS - 13/06/2017 14:40:48)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PIRILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE É TRANQUIL - 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

TIPOS: NORMA CONSERVADA

VALORES: MARGINAIS





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 12/06/2017 11:28:59

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
OZEIZO AVELINO SOARES	1006520	10/06/2017 19:09:02	
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 10h 31min		Convênio SUS	Pronúario 1024BT
			Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 12/06/2017 11:28:49)**Evolução do paciente****Descrição da evolução:**

tce - acidente motociclistico

gcs 14, pifr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

ct 10/6: confusão temporal sem efeito de massa significativo - controle 11/6: mantido

cd:suporte clínico

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTOGustavo V. Neves Porto
CRM/7650/PB
Neurocirurgião

Número Conselho: 7650





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LUSBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2456276 - Tel.: 8332165700Impresso por: KATIA
CAXIAS DA SILVA
GONCALVES
Em: 12/06/2017 08:34:07

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Date de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 7h 37min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (KATIA CAXIAS DA SILVA GONCALVES - 12/06/2017 08:33:46)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILLO - 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTLA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECRECÃO

SECRECÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA, HIDRATADA





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090
Laranja B
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome OZEIZO AVELINO SOARES	Data de 17/08/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº 102481	Data Prescrição 19/06/2017 11:46:48
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC B	Leito LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a 19/06/2017 11:46:48		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 ONDANSETRONA 80MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		18 24 08
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIPRIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		16 22 04 30
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG.		E.V.		1X AO DIA		04
Diluir em ÁGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		16 24 08
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		18 20 22 40
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							
8 AFERIR PA E FC	0.0							
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							
10 SOLICITAÇÃO DE PARÉCER OTORRINOLARINGOLOGIA	0.0							

19 de Junho de 2017

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650



Z. C. S.
Assinatura e Carimbo do Profissional
Assessoria: V. Neves Porto
CRM-PB: 7650/PB
Assessoria Jurídica

GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, 811 - PERNAMBUCO - 58010-100 - JOÃO PESSOA - PB - 58031080

B

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Data Prescrição
OZZEIZO AVELINO SOARES	17/08/1961	55	MASCULINO	1006520	16/06/2017 11:19:28
ACIDENTE DE MOTOCICLISMO	Sector	Posto de Trabalho	Lecto	Lecto Extra 03	Validade a
	AREA LARANJA UDC	AREA LARANJA - UDC B			2017-11-19 28

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Número da prescrição	Dose	U.M.	Vé	Via d	Veloc. Inf.	Patologia	Orientação de uso	Avaliação
1 DIETA	0,0			ORAL				
2 Difur em Segundo Fisiológico 0,9%	4,0	ML		EV		8881		
3 DIPRIVONA 500 MG/ML AMPOLA 2ML	2,0	ML		EV		66H		
4 Difur em AGUA DESTILADA	10,0	ML		EV				
5 DIFERENÇAOL 40 MG FRASCO-AMPOLA 40,0	40,0	MG		EV		1XADIA		
6 FENTONINA 50MG XML INJETÁVEL	2,0	ML		EV		88H		
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0					24H		
8 AFERIR PA E FC	0,0					ATR		
9 CABECERA ELEVADA A 30°	0,0							

16 de Junho de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

CRM: 7742

TOMAS CATAO MONTE RASO

15 ABR 2019





Congressional Delegations



Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Mário Leônidas Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome OZEIZO AVELINO SOARES		Data de 17/08/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº 102481	Data Prescrição 14/06/2017 10:13:14
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Setor AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC 8		Leito LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a 14/06/2017 10:13:14	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Poseologia	Orientação de Uso	Agravamento
1 DIETA	0.0			ORAL				Ciente
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		26 24 06
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100,0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		26 24 06
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML						
4 OMEPRAZOL 49 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		(04) FALTA
Diluir em AGUA DESTILADA	40,0	ML						
5 FENTOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		26 24 06
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000,0	ML		E.V.		24H		26 24 06
7 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		12/12H	Observação: SF 100 12/12H	26 24
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							C/AT
9 AFERR PA E FC	0.0							
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

14 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

CRM: 52473



Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Laranja B

Nome OZEIZO AVELINO SOARES	Data de 17/08/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº 102481	Data Prescrição 14/06/2017 10:13:14
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selor AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC 9	Leito LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a 14/06/2017 10:13:14		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vl.	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprendizado
1 DIETA	0.0			ORAL				Ciente
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		26 24 26
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		26 24 26
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OSMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		(64) FALTA
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENTOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		26 24 26
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solutio Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		26 24 26 26
7 CIETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		12/12H	Observação:SF 100 12/12H	26 24
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							26
9 AFERIR PA E FC	0.0							
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

14 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

CRM: 5247



Assinatura e Carimbo do Profissional

S/ut. E + ameaça constatação



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome OZEIZO AVELINO SOARES	Data de 17/08/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº 102481	Data Prescrição 13/06/2017 12:52:59
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selor AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC B	Leito LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a 13/06/2017 12:52:59		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vt	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENITOINA 50MG /ML INJETÁVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							
8 APÉRIR PA E FC	0.0							
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

PARECER DA OPERADORA HGT 26 (SC)

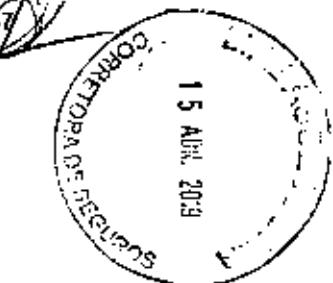
24/06/2017

U8

13 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MORAIS AGRA

CRM: 5247



Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senator Hélio LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

Laranja B

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome OZEIZO AVELINO SOARES	Data de 17/08/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº 102481	Data Prescrição 12/06/2017 11:31:43
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selor AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC B	Leito LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a 12/06/2017 11:31:43		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apartamento
1 DIETA	0.0			ORAL				04/06
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		46 24 08
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		26 36 04 00
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		04/06
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		26 24 08
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		26 26 36 40
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							04/06
8 AFERIR PA E FC	0.0							
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

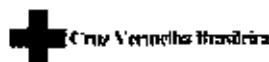
CRM: 7650



15 AGO 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

Gustavo V. Neves Porto
CRM: 7650/PE
Bombeiro
02 de Junho de 2017



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome OZEIZO AVELINO SOARES	Data de 17/06/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº	Data Prescrição 10/06/2017 23:19:46
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 10/06/2017 23:19:46		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		24-08
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
2 DIPIRONA 500 MG/5ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		24-10
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML						
3 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO/AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		06
Diluir em ÁGUA DESTILADA	40.0	ML						
4 FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		24-08
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML						
5 INSULINA REGULAR 100UI (FRASCO/AMPOLA)	4.0	ML		S.C.		ACM		
6 Solução Ringer Lactato 600ml	2000.0	ML		E.V.		24H		

10 de Junho de 2017

GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
CRM: 8346

Assinatura e Carimbo do Profissional



Documento de Alta

Nome: OZEIZO AVELINO SOARES			Número Prontuário: 102481
Data de 17/08/1961	Sexo: Masculino	Data de Internação: 11/06/2017 00:57:06	Data de Alta: 21/06/2017 09:45:09
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: ALTA DA NEUROCIRURGIA			
Resumo da Internação: VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 10.06.17 EXAME ATUAL: ECG 15/14 SEM DEFICIT MOTOR, MOBILIZANDO 4MM E DEAMBULANDO SEM AJUDA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA EM IMOBILIZAÇÃO			
Resultado de Exames: TC CRANIO SERIADA - CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA EM PROCESSO DE ABSORÇÃO FINAL COM DISCRETO EDEMA ADJASCENTE			
Tratamento: CONSERVADOR PELA NEUROCIRURGIA IMOBILIZAÇÃO EM B PELA ORTOPEDIA			
Diagnóstico: S06.3 - Traumatismo cerebral focal			
Recomendações: REPOUSO MEDICO RETORNO AMBULATORIAL NO HTOP COM A NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA			

Data: 21/06/2017
THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247 - PB




Nome: <i>Ogurjo Avelino Soárez</i>				Registro:	
Idade: <i>10/06/17</i>	Sexo: <input type="checkbox"/>	Cor: <input type="checkbox"/>	Clínica: <input type="checkbox"/>	Enf.: <input type="checkbox"/>	Leito: <input type="checkbox"/>
Data de admissão:				Data da alta:	
Diagnóstico inicial: <i>Fratura de clavícula (D)</i>					
Diagnóstico final: <i>& mervis/</i>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada – data e equipe: <i>17/06/17. Devido - se por tratamento comum (com S. amaro (Dr. Lacerda))</i>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologista:					
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Paciente com fratura de clavícula (D), feita cirurgia ambulatorial, com curativo, encaminhado para hospitalo</i>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <i>Laril</i>					
Reposo:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa: <i>A-fixa 11 dias, Depressor 6/6 por 24h/</i>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em <i>Orbitana 31 Mar/17</i> para retirada de ponto.					
Ao ambulatório <i>em 30 dias para revisão.</i>					
João Pessoa; <i>17 de 06 de 17</i> no dia <i>22/06/17</i> as 7:00 com <i>Dr. Lacerda</i>					
Ass. Médico/CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Ezilda Alves Souza portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10:54:20 horas, portador(a) da patologia CID-10 S42.0, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 21 vinte e um dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17/06/17

Dr. Matheus Souza
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carambola do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO FONTEUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Eugenio Andrade Soárez portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às horas, portador(a) da patologia CID-10 S42.0, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 21 (vinte e um) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17/06/17

Dr. Matheus Siqueira
Ortopedia & Traumatologia
Cirurgião-Dentista

Assinatura e Currículo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

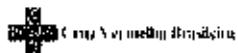
Eu, _____ autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO MONTUÁRIO DE APROVIMENTO

F(NG).CC.003-I





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

Reciboário de Controle Especial

Unidade de Saúde	
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orasglio Lipp - Cidade: Pedro	
Paciente	Nº C.
DZEIZU AVELINO SOARES	8980
Endereço do paciente	Nº LSC
SILLO CAMPINAS, SN, JACARAU-PB-58278000	0-316

USO ORAL

11 - TYLEFEX 30MG -----02 CX
TOMAR 01 CP VO & BH SE DOR

21/06/2017

Data

DR. THAISE ELLER DE MOURA ACRA
5247/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

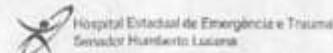
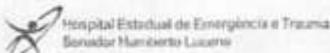
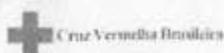
Nome completo: Elaine Souza
Identidade: 2222694
Org. Emissor: SEPF
Endereço: SC Campinas
Cidade: Juliano UF: PE
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Ass. Farmacêutico

Data





Receituário

Paciente: OZEIZO AVELINO SOARES

Data: 21/06/2017 09:49:56

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

Idade 55

BAE: 1006520

ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ACHA-SE NESTE HOSPITAL DESDE 10.06.17, COM DIAGNOSTICO DE CID S06, DEVENDO AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 60 DIAS A PARTIR DA DATA DE ALTA.

JOAO PESSOA, 21.06.17

Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Drº. THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
5247/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

Receituário

Paciente: OZEIZO AVELINO SOARES

Data: 21/06/2017 09:49:56

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

Idade 55

BAE: 1006520

ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ACHA-SE NESTE HOSPITAL DESDE 10.06.17, COM DIAGNOSTICO DE CID S06, DEVENDO AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 60 DIAS A PARTIR DA DATA DE ALTA.

JOAO PESSOA, 21.06.17



Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Drº. THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
5247/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: OZEIZO AVELINO SOARES

Idade 55

Data: 21/06/2017 09:49:56

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

BAE: 1006520

ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ACHA-SE NESTE HOSPITAL
DESDE 10.06.17, COM DIAGNOSTICO
DE CID S06, DEVENDO AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 60 DIAS A PARTIR DA DATA
DE ALTA.

JOAO PESSOA, 21.06.17

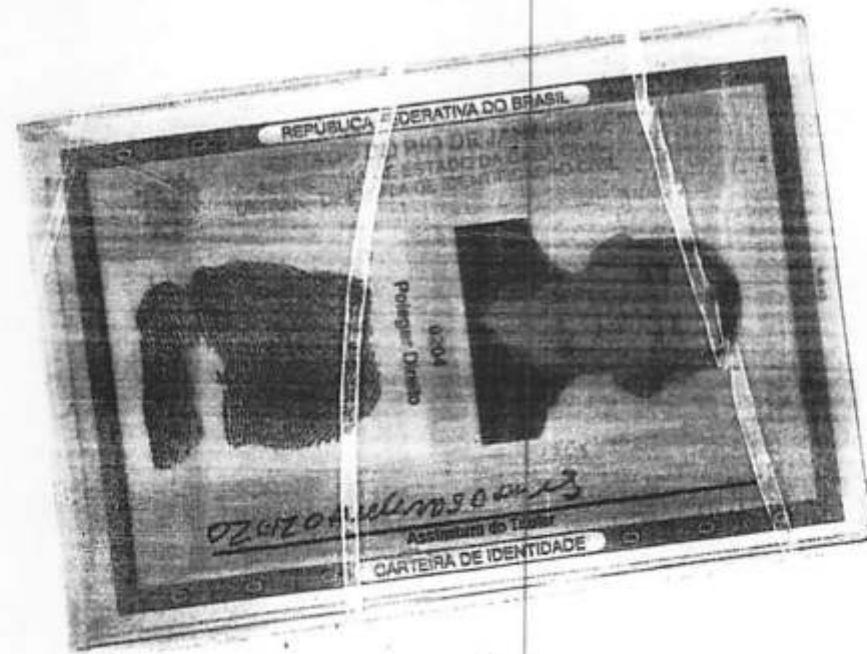
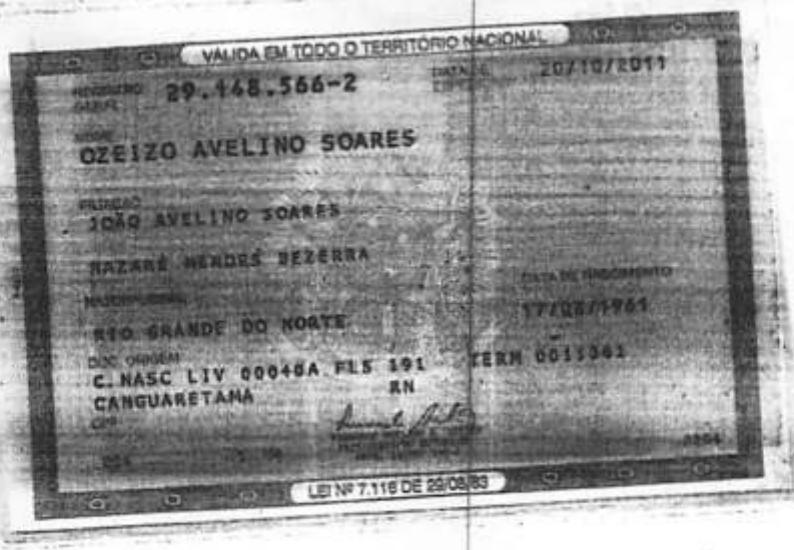


Drº. THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
5247/PB

Thaise Agra Tellesita
Neurocirurgia
CRM 5247

Thaise Agra Tellesita
Neurocirurgia
CRM 5247

Drº. THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
5247/PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DO ESTADO DA JUSTIÇA
DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Polegar Direito
024



OZEIZO AVELINO SOARES

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
Nº 29.148.566-2

DATA DE
EXPEDIÇÃO 20/10/2011

NOME:

OZEIZO AVELINO SOARES

PRIMEIRO

JOÃO AVELINO SOARES

NAZARÉ MENDES BEZERRA

NATURALIDADE

RIO GRANDE DO NORTE

17/08/1961

DOC. CRÍSE

C. NASC LIV 00040A FLS 191 TERM 0011361
CANGUARETAMA RN

CPF

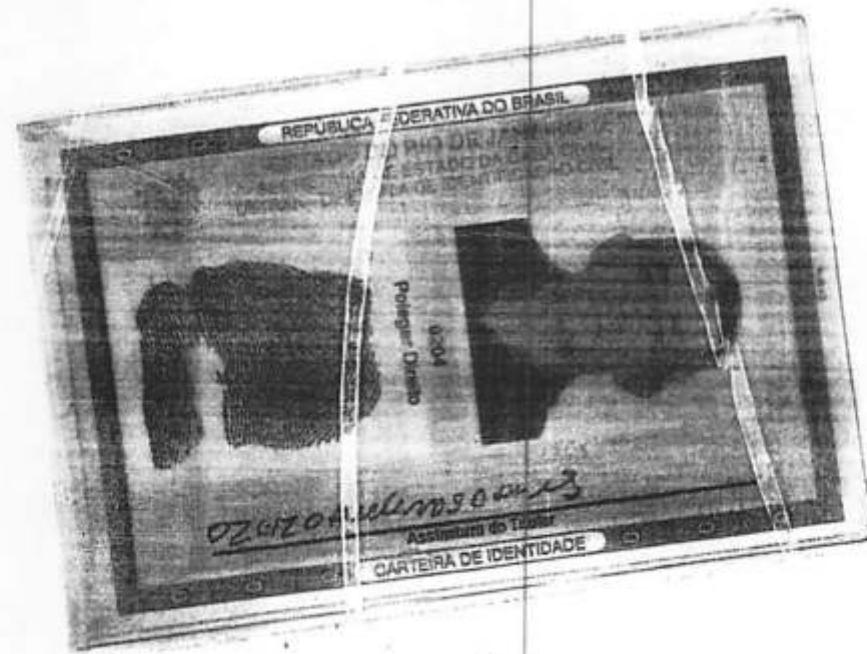
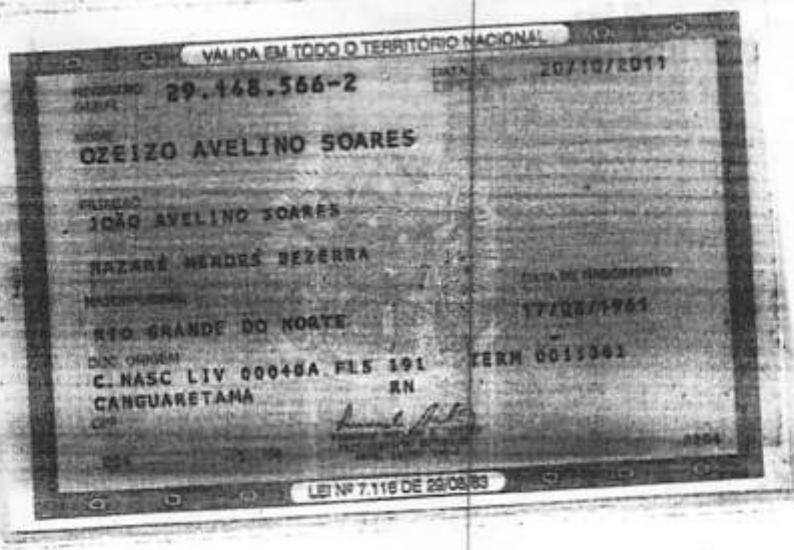
006

\$ 50

FERNANDO AVELINO B. VIEIRA
PRESUNTO C. DEIRAN NE
TEL. 24.057.1307

0704

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DO ESTADO DA JUSTIÇA
DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Polegar Direito
024



OZEIZO AVELINO SOARES

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
Nº 29.148.566-2

DATA DE
EXPEDIÇÃO 20/10/2011

NOME:

OZEIZO AVELINO SOARES

PRIMEIRO

JOÃO AVELINO SOARES

NAZARÉ MENDES BEZERRA

NATURALIDADE

RIO GRANDE DO NORTE

17/08/1961

DOC. CRÍSE

C. NASC LIV 00040A FLS 191 TERM 0011361
CANGUARETAMA RN

CPF

006

\$ 50

FERNANDO AVELINO B. VIEIRA
PRESUNTO C. DEIRAN NE
TEL. 24.057.1307

0704

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 865.995.187-53

Nome: OZEIZO AVELINO SOARES

Data de Nascimento: 17/08/1961

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:44:55 do dia 30/04/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 5AA4.AEAD.4236.F2AB



Este documento não substitui o "[Comprovante de Inscrição no CPF](#)".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 865.995.187-53

Nome: OZEIZO AVELINO SOARES

Data de Nascimento: 17/08/1961

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:44:55 do dia 30/04/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 5AA4.AEAD.4236.F2AB



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ozeizo Avelino Soares
 DATA DO ACIDENTE 20/06/2017 CPF DA VÍTIMA 865.495.387.53

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Ortio Qimpinic

Nº 5/11 COMPLEMENTO lote Pessoas BAIRRO Acre Rural
 CIDADE PB UF PB CEP 58278000
 E-MAIL ozelso.avelino@outlook.com.br TELEFONE (83) 991928028

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, TAI 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, TAI 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 15/10/2019IDENTIDADE 29.148.566-2ASSINATURA Ozeizo Avelino Soares

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15 ABR. 2019NOME REITORA DE SEGURADORAASSINATURA 



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ozeizo Avelino Soares
 DATA DO ACIDENTE 20/06/2017 CPF DA VÍTIMA 865.495.387.53

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Ortio Qimpinic

Nº 5/11 COMPLEMENTO lote Pessoas BAIRRO Anel Rural
 CIDADE PB UF PB CEP 58278000
 E-MAIL ozelso@bol.com.br TELEFONE (83) 991928028

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, TAI 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, TAI 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 | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> MORTE = R\$ 13.500,00 <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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 15/10/2019IDENTIDADE 29.148.566-2ASSINATURA Ozeizo Avelino Soares

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15 ABR. 2019NOME REITORA DE SEGURADORAASSINATURA 

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276320 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OZEIZO AVELINO SOARES **Data do acidente:** 10/06/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO LEVE- CONTUSÃO TEMPORAL A ESQUERDA.
FRATURA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ARCO MOVIMENTOS EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL EM OMBRO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276320 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OZEIZO AVELINO SOARES **Data do acidente:** 10/06/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO LEVE- CONTUSÃO TEMPORAL A ESQUERDA.
FRATURA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ARCO MOVIMENTOS EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL EM OMBRO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127702/19

Vítima: OZEIZO AVELINO SOARES

CPF: 865.995.187-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2017

Titular do CPF: OZEIZO AVELINO SOARES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

OZEIZO AVELINO SOARES : 865.995.187-53

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: 15/04/2019
Nome: OZEIZO AVELINO SOARES
CPF: 865.995.187-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

OZEIZO AVELINO SOARES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127702/19

Número do Sinistro: 3190276320

Vítima: OZEIZO AVELINO SOARES

CPF: 865.995.187-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2017

Titular do CPF: OZEIZO AVELINO SOARES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentos de identificação

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: 30/04/2019
Nome: OZEIZO AVELINO SOARES
CPF: 865.995.187-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

OZEIZO AVELINO SOARES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127702/19

Vítima: OZEIZO AVELINO SOARES

CPF: 865.995.187-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2017

Titular do CPF: OZEIZO AVELINO SOARES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

OZEIZO AVELINO SOARES : 865.995.187-53

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: 15/04/2019
Nome: OZEIZO AVELINO SOARES
CPF: 865.995.187-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

OZEIZO AVELINO SOARES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA