
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

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

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276320

Vítima: OZEIZO AVELINO SOARES

Data do Acidente: 10/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OZEIZO AVELINO SOARES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **OZEIZO AVELINO SOARES**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **001**

Agência: **000002191-1**

Conta: **000010001857-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: Informante	Endereço: Sit Campina	Número: 311
Bairro: Área Rural	Cidade: Jacana	CEP: 53278000
E-mail:	Estado: PE	Telefone: (83) 49492028

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

REDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 2141	CONTA: 1857	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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, _____	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) OZEIZO AVELINO SOARES		Assinatura: 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____		Assinatura: 15 ABR. 2019 CORRETORA DE SEGUROS

(*) 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/VÍTIMA 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: Informante	Endereço: Rua Campina	Número: 311
Bairro: Área Rural	Cidade: Jacana	CEP: 53278000
E-mail:	Estado: PE	Telefone: (83) 49492028

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: **2141** **1** CONTA: **1857** **0**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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: **Jacana PE 05/04/2019**
 Nome: _____ Nome: _____
 CPF: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

OZEIZO AVELINO SOARES
 Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

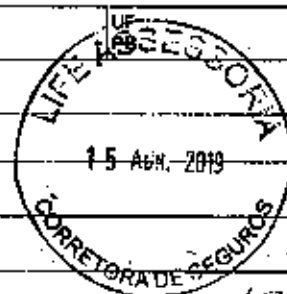
2ª Nome: _____ CPF: _____



(*) 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.



Identificação do paciente				
ID 1179504	Nome OZEIRO AVELINO SOARES			Sexo Masculino
Data de nascimento 17/06/1951	Idade 66 anos 9 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Profissão
Mãe NAZARE MENDES BEZERRA			Pai JOAO AVELINO SOARES	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) SEVERINA JOSEFA DA SILVA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 985557808	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 291495662	Nº Cns		
Local de procedência JACARAU			Tipo MUNICÍPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade CAICARA	CBO/R		
Endereço				
CEP 59278000	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro CAMPINAS	
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 16/06/2017 19:09:02	Número da pulseira 100006205361	Comórbido SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Comórbido SUS		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []		Ultrassonografia []		
Dados clínicos Paciente vítima de queda de moto concomitante, com fratura de membro superior do CDZ, segue para avaliação.				
Diagnóstico CID				
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				
Tempo 02min 43s				



CRANIO

11.6 (2)

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

1.4 40

Imprimir

20.30

RA 150 X 90 mmHg

HA 130 mg/dl

Dr. Jurema F. Arruda
Enfermeira
CREF 36848

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, Obenis 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)
Campinal, nº 511,
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 Ozeizo Avelino Soares, cujo o condutor era
Ozeizo Avelino Soares.

Veículo:
Modelo:
Ano:
Placa:
Chassi:
Data do Acidente:
Local e Data: _____



O Benis da Silva Soares
Assinatura do Declarante

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





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	NOVA CRUZ-RN	DATA DE NASCIMENTO 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 Nº 7.116 DE 29/08/83		

CARTÃO DE IDENTIDADE	
OBENIS DA SILVA SOARES	
	
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA LÍQUIDA ESTADO DA PARAÍBA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
P. 917	

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Obenis 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)
Campinal, nº 511,
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 Ozeizo Avelino Soares, cujo o condutor era
Ozeizo Avelino Soares.

Veículo:
Modelo:
Ano:
Placa:
Chassi:
Data do Acidente:
Local e Data: _____



O Benis da Silva Soares
Assinatura do Declarante

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





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	NOVA CRUZ-RN	DATA DE NASCIMENTO	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 Nº 7.116 DE 29/08/83			

CARTEIRA DE IDENTIDADE

OBENIS DA SILVA SOARES



SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA LÍQUIDA
ESTADO DA PARAÍBA
P. 917

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Obenis da Silva Soares,
RG nº 3.215.315, data de expedição 17/07/2011,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 102.418.124-37, com
domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de
PA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Compinhal, nº 511,
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 Ozeiró Avelino Soares, cujo o condutor era
Ozeiró Avelino Soares.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDACG325 FAN
Ano: 2007
Placa: PLA 7239
Chassi: AC2JC30707R233177
Data do Acidente: 10/06/2017
Local e Data: JACARAÚ, 29/03/2019



Obenis 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

Rua Presidente João Pessoa, 474, centro, Jacaraú - PB, telefone (33) 3395 1014 CEP: 58100-000
Reconheço, por AUTENTICIDADE a firma e o:

OBEINIS DA SILVA SOARES XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fora de _____ da comarca de Jacaraú - PB, 29.03.2019.

Zeda Fernandes da Cruz - ESCRIVÃO Encarregada

Selo digital: A1H89914 - MFCT.

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>.





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.275.315 - 2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	07/07/2011
NOME	OZENIS DA SILVA SOARES
FILIAÇÃO	OZEÍZO AVELINO SOARES SEVERINA JOSEFA DA SILVA
NATURALIDADE	NOVA CRUZ-RN
DATA DE NASCIMENTO	05/06/1988
DOC. ORDEM	NASC.N. 23957 FLS.159 LIV.A83 CARTORIO 2 NOVA CRUZ-RN 102.418.124-37
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 2010/93	



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Oberino da Silva Xavier
RG nº 3.245.315, data de expedição 14/07/1971
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 102.418.124-37, com
domicílio na cidade de Joazeiro, no Estado de
PA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Comunal, nº 511,
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 Ozeiró Avelino Xavier, cujo o condutor era
Ozeiró Avelino Xavier.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDACG325 FAN
Ano: 2007
Placa: LKL 7239
Chassi: 9C2JC30707R233177
Data do Acidente: 10/06/2017
Local e Data: JACARAÚ 29/03/2019



Assinatura do Declarante

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

Cartório Dias da Cruz

Service Notarial e Registral

Reconhecido, por AUTENTICIDADE a firma etc.

OPENIS DA SILVA SOARES XXX

Enregistré le 23/03/2011 à 14:00

Zeda Fernandes da Cruz - Escrivão Encarregada

Solo digital: AH99914 - MECT.

Confira a autenticidade em <https://selodigital.trib.jus.br>.





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.275.315 - 2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	07/07/2011
NOME	OZENIS DA SILVA SOARES
FILIAÇÃO	OZEÍZO AVELINO SOARES SEVERINA JOSEFA DA SILVA
NATURALIDADE	NOVA CRUZ-RN
DATA DE NASCIMENTO	05/06/1988
DOC. ORDEM	NASC. N. 23957 FLS. 159 LIV. A83 CARTÓRIO 2 NOVA CRUZ-RN 102.418.124-37
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 2010/93	



Cruz Vermelha Brasileira

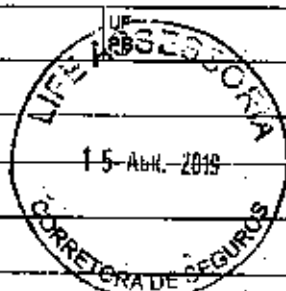
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LÊSBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1006520



Identificação do paciente					
ID 1179504	Nome OZEIRO AVELINO SOARES			Sexo Masculino	
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35 anos 9 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Proteção	
Mãe NAZARE MENDES BEZERRA	Pai JOÃO AVELINO SOARES				
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SEVERINA JOSEFA DA SILVA - ESPOSO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 98657808	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 291485862	Nº Cns			
Local de procedência JACARAU	Tipo MUNICÍPIO		UF PB		
Email	Naturalidade JACARA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58278000	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro CAMPINAS		
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL			
Admissão					
Data e Hora 10/06/2017 19:08:02	Número da pulseira 100006205361	Convênio SUS		15-Abr-2019	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	CRANIO			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		14-60		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não		
Melo de transporte SAMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []
Ultrassonografia []					
Diagnóstico					
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA					



CRANIO

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

14-60

20.30

RA 60 X 90 mmHg
HGT 130 mg/dL

Imprimir

Assinado digitalmente por Marniele Janaina da Costa Gama
Data: 10/06/2017 19:08:02
CPF: 02.000.000-00



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES		BAE 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data Baixa
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS	Telefone da Conta (83) 986557608
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, OBEDECE A COMANDOS, SEM DÉFICIT MOTOR TCC: CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA, SEM EFEITO DE MASSA SIGNIFICATIVO CD: AIH/EXAMES/ PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÃO

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

Diluir

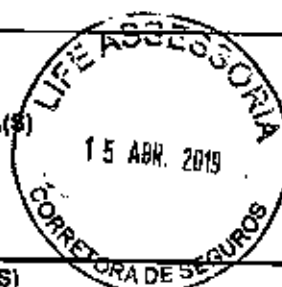
ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), DILUIR 4,0 ML

ÁGUA 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 (MGTSM)



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

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES		BAE 1006820	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data Baixa
Data de nascimento 17/08/1951	Idade 65	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986557608
Mãe NAZARE MENDES BEZERRA			Prontuário	
Endereço CAMPINAS, SN		Bairro ZONA RURAL	Município JACARAÍ	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 10/06/2017 19:09:02			Data/Hora Prescrição 10/06/2017 19:43:02	

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 HALITO ETÍLICO, ACUSA DOR À PALPAÇÃO PROFUNDA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA D COM CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MSD. OTORRAGIA À D

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação


 GILVANDO CARNEIRO LEAL
 (2489/PB)

OZEIZO AVELINO SOARES



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO CONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 21/06/2017 09:54:27

Paciente OZEIRO 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 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
CONDUZA: ALTA HOSPITALAR
PRESCREVO: DIPIRONA/DICLOFENACO/TYLEX SE DOR
FENITOINA+ CIPROFLOXACINA
ENCAMINHO PARA O AMBULATORIO HTOP - NCR/ORTO

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional 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
CONDUZA: ALTA DA NEUROCIRURGIA





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: KATIA
CAXIAS DA SILVA
GONCALVES
Em: 21/06/2017 08:48:10

Paciente OZEIRO 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 698004861189316
Tempo de Internação 10d 7h 51min	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (KATIA CAXIAS 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 TRANQUILO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

AValiação de Pele e Mucosa

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO



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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/05/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 698004861189316
Tempo de Internação 9d 22h 42min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (VALESCA MARIA DOS SANTOS - 20/06/2017 23:39:27)

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

PACIENTE EVOLUI EGR SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Seção: AREA 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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Tempo de Internação 8d 15h 34min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão 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 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

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO, RHA
DIETA: V.O.

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA, HIDRATADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO PRESENTE

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO, NORMOPÁLICO, PULSO PERIFÉRICO, BUCAL





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.: 8332185700

Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 20/06/2017 14:23:38

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 898004651189316	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)

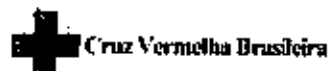
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TCE - CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA
ECG 15, SEM DÉFICTS FOCAIS, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA
MANTÉM QUADRO DE OTORRAGIA
JA LIBERADO PELA ORTOPEDIA - IMOBILIZAÇÃO EM 8
CD: SOLICITO TC CRANIO PARA ALTA HOSPITALAR

ção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela Informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Número Conselho: 5247



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: SEBASTIAO
HENRIQUES PEREIRA
JUNIOR
Em: 19/06/2017 16:50:50

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 18/08/2017 18:09:02	Data/Hora Saída
Idade 55	Sexo Masculino	CNS 696004861189318	Prontuário 102481
Tempo de Internação 9d 19h 53min	Convênio SUS		Plantão 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

ESCALA DE 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

DIETA: V.O.

AValiação de Pele e Mucosa

EVOLUÇÃO: CORADA

AValiação da Pele

TIPOS: LESÃO AUSENTE

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO





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: SEBASTIAO
HENRIQUES PEREIRA
JUNIOR
Em: 19/08/2017 16:50:24

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1008520	Data/Hora Entrada 19/08/2017 18:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861180316
Tempo de Internação 8d 15h 53min	Convênio SUS		Plantão DIURNO

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SEBASTIAO HENRIQUES PEREIRA JUNIOR - 19/06/2017 11:28:49)**DÉBITO CARDÍACO 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 DIÁLOGO 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 SITO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATÉTERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

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

Profissional responsável pela informação: SEBASTIAO HENRIQUES PEREIRA JUNIOR

Número de impressão: 499958
Sebastião Henrique Pereira
499.958



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: JACKELINE
SAMMER GOMES PINTO
Em: 19/06/2017 21:48:50

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1008520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:08:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Tempo de Internação 00 20h 51min	Convênio SUS		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 VENOSO EM MS

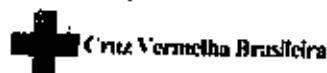
INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

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

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

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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1906520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Tempo de Internação 8d 10h 45min	Convênio SUS	Prontuário 102481	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

Gustavo V. Neves Porto

CRM: 7650/PB

Neurocirurgião

Número Conselho: 7650

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

#ORL#

19/06/17 Rk cl histórico de TCE há 07 dias
18h cl relato de contusão a Direita

As exame: ECG, eufórico, consciente,
espontâneo.

oro e: não orod: de sangramento
ativo. presença de hemotímpano?
de parotidite focal periférica.

CD ① como não há sangramento ativo,
orienta manutenção de seguimento
do quadro via ambulatorial

② Alto do ORL

③ Aos cuidados do neuro cirurgião

Tatiana Salgado

CRM: 26109/28





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 OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/06/1961	Idade 56	Sexo Masculino	CNS 898004861189318
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: 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 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

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

INTEGRIDADE DA PELE

TIPO: SEM LESÃO





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:09:02	Data/Hora Saida
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 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 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

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

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO AUSENTE





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458276 - Tel.: 800 2165700

Impresso por: TOMAS
CATAO MONTE RASO
Em: 17/06/2017 07:43:09

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 898004981188316
Tempo de Internação 6d 8h 48min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

tcc - acidente motociclistico

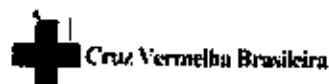
gcs 14, plfr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

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

Seção: 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

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778695 - Tel.: 81-32165700

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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 16/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 000204861189310
Tempo de Internação 6d 8h 19min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão 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 GESSADO

ALTA DA ORTOPEDIA

ENCAMINHADO AO ORTÓTRAUMA (AMBULATORIO DE DR LAERCIO)

ORIENTADO POR DR LAERCIO

AOS CUIDADOS DAS OUTRAS ESPECIALIDADES

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

Profissional responsável pela informação: MATHEUS MARINHO ENOMOTO

Número Conselho: 10204

Dr. Laércio
Ortopedia
17/06/2017
15h00:00





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNE5: 2458276 - Tel: 8332165709

Impresso por: VALESCA
MARIA DOS SANTOS
Em: 17/06/2017 14:48:32

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boleão de Atendimento 1808520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 668004861169315
Tempo de Internação 6d 13h 52min	Convênio BUS	Prontuário 102461	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (VALESCA MARIA DOS SANTOS - 17/06/2017 14:48:21)

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

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AValiação de Pele e Mucosa

EVOLUÇÃO: CORADA

AValiação Cardiovascular

AValiação Cardiovascular





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458275 - Tel.: 8332165700

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

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 888004861189316
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.D.

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO

AVALIAÇÃO GÊNITO-URINÁRIO

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM M5, CATETER VENOSO EM F5

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

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

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

Número Conselho: 275428





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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/09/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 838004861189316
Tempo de Internação 5d 12h 37min	Convênio SUS		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, FOTOREAGENTE

SENSIBILIDADE / MOTILIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOWABERTURA OCULAR:
RESULTADO GLASGOW: 3.00RESPOSTA 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

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO, RMA

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AValiação de Pele e Mucosa

EVOLUÇÃO: CORADA, HÍDRATADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO AUSENTE

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: HEMOTENSA, RITMO REGULAR, FREQUÊNCIA REGULAR



Cordeiro, Lúcia Maria



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
CATAO MONTE RASO
Em: 16/06/2017 11:18:35

Nome do Paciente	Boletim de Atendimento 1008520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:09:02	Data/Hora Saída
Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861168316	Prontuário 102481
Localização 2º andar	Convênio SUS		Plantão DIURNO

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

10/6 - acidente motociclístico

11/6 - 14, p/ir, mobiliza os quatro membros espontaneamente

11/6: 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

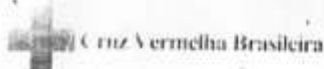
CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

Local: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Informação: TOMAS CATAO MONTE RASO

[Assinatura]
TOMAS CATAO MONTE RASO
Nº 7742

Número Conselho: 7742





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: JOSE
MIGUEL GONCALVES
Em: 15/06/2017 18:09:14

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

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

RISCO CIRÚRGICO

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

Profissional responsável pela informação: JOSE MIGUEL GONCALVES

Número Conselho: 6043

(Handwritten signature)





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: 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

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: TOSSE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: ESPESSA

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

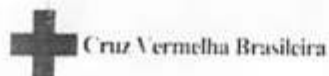
DIETA: V.O.

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
Tempo 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

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AValiação de Pele e Mucosa

EVOLUÇÃO: CORADA

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO

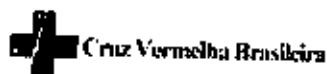
AValiação Genito-Urinário

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM MS , CATETER VENOSO EM MS





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

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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006620	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 3d 12h 10min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão 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

ASCUITA

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: NORMATIVA





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 10/06/2017 10:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 3d 0h 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. pfr, 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**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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458278 - Tel.: 8332165700Impresso por: JACKELINE
SAMMER GOMES PINTO
Em: 13/06/2017 21:00:08

Paciente OZEIRO 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	Prontuário 102481
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

ASCULTA

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 OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006526	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:06:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 2d 11h 53min	Convênio SUS	Prontuário 102481	Plantão 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 clinico

Seção: AREA 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 Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: VALESCA
MARIA DOS SANTOS
Em: 13/06/2017 14:41:04

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS
Tempo de internação 2d 13h 44min	Convênio SUS	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

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

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AValiação de Pele e Mucosa

EVOLUÇÃO: CORADA

AValiação Genito-Urinário

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

TIPOS: NORMAL



AV. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 12/06/2017 11:28:59

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação td 10h 31min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 12/06/2017 11:28:49)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

tce - acidente motociclistico

gas 14, pifr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

ct 10/8: confusão temporal sem efeito de massa significativo - controle 11/8: mantido

cd: suporte clínico

Seção: ÁREA 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 Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LUSO, S/N - PEDRO GONDIM
CNE: 2458278 - Tel.: 8332165700

Impresso por: KATIA
CAXIAS DA SILVA
GONCALVES
Em: 12/06/2017 08:34:07

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1951	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 7h 37min	Convênio SUS	Prontuário 102451	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 TRANQUILO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

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, HIDRATADA



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

Laranja B

PRESCRIÇÃO MÉDICA

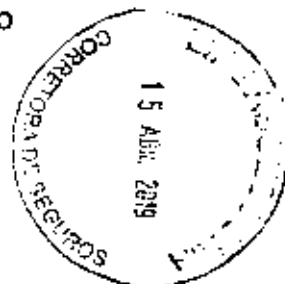
Nome OZEIRO AVELINO SOARES	Data de 17/08/1961	Idade 55	Sexo MASCULINO	Nº 1006520	Nº 102481	Data Prescrição 19/06/2017 11:46:48
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC B	Leito LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a 19/06/2017 11:46:48		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apreçamento
1 DIETA	0.0			ORAL				Excluído
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		26 24 08
Diluir em Solução Fisológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		26 24 08
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		04
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 24 08
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							At
8 AFERIR PA E FC	0.0							At
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							
10 SOLICITAÇÃO DE PARECER OTORRINOLARINGOLOGIA	0.0							At

19 de Junho de 2017

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650



Assinatura e Carimbo do Profissional

Gustavo V. Neves Porto
CRM: 7650/PB
Neurocirurgião



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PÉTIMO - JARDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO INDIVIDUAL

Nome	OZEIRO AVELINO SOARES	Data de	17/06/1961	Idade	55	Sexo	MASCULINO	Nº	1006520	Nº	10240	Data Prescrição	16/06/2017 11:19:28
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	LEITO EXTRA 03	Leito	LEITO EXTRA 03			Validade	16/06/2017 11:19:28

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

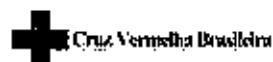
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Int.	Posologia	Orientação de Uso	Atualmente
1 DIETA	0.0			ORAL				cancelado
2 GINDANSETRONA 8MG/3ML (AMPOLA)	4.0	ML		EV		800H		24 08
Diluir em Solução Fiscológica 0.9%	1000.0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		EV		800H		24 08
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DE LENTE)	40.0	MG		EV		1X AO DIA		24 08
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENTONINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		EV		800H		24 08
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		EV		24H		24 08
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							24 08
8 AFERIR PA E FC	0.0		PA	26.1		24 08		24 08
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							24 08

TOMAS CATÃO MONTE RASO
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional



16 de Junho de 2017



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Laranja B

Nome	OZEIRO AVELINO SOARES	Data de	17/08/1981	Idade	55	Sexo	MASCULINO	Nº	1006520	Nº	102481	Data Prescrição	14/06/2017 10:13:14
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Seior	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.	Posologia	Orientação de Uso	Apreçamento
1 DIETA	0.0			ORAL				Custo
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		16 24 36
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		16 24 36 48
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		(04) FALTA
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		16 24 36
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		16 24 36 48
7 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		12/12H	Observação: SF 100 12/12H	16 24
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							CAU
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: 5247800



Assinatura e Carimbo do Profissional

Solente E. R. S. + ... card. 31/06/2017



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Luzena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Laranja B

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aproximadamente
1 DIETA	0.0			ORAL				Conte
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		16 24 36
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIFENIDOL 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		16 24 36
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		(04) FALTA
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENTONIA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		16 24 36
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		16 24 36 48
7 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		12/12H	Observação: SF 100 12/12H	16 24
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							CA
9 AFERIR PA E FC	0.0							
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

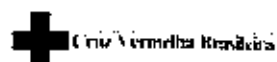
14 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional



Solente E. Aguiar cardiologista



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		
Diluir em Solução Fisológica 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 INJETAVEL	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 AFERIR PA E FC	0.0							
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

PARECE A DA ORTOPEDEIA HGT 16 (101)

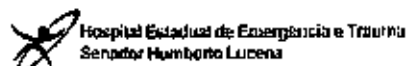
24 (101) 101 08 (101)

13 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247



Assinatura e Carimbo do Profissional



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

Laranja B

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome OZEIRO 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	Sector 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	Apazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				08/08
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V		8/8H		06 24 08
Diluir em Solução Fisológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		26 24 08 30
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		04 FC
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 24 08 30 40
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							26
8 AFERIR PA E FC	0.0							
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650



Assinatura e Carimbo do Profissional

Gustavo V. Neves Porto
CRM: 7650/PA
Neurocirurgião

12 de Junho de 2017



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
OZEIRO AVELINO SOARES	17/08/1961	55	MASCULINO	1006520		10/06/2017 23:19:46
Motivo do Atendimento	Sector	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA				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 Fisológica 0,9%	100.0	ML						
2 DIPYRONE 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		24-10
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
3 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		06
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
4 FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		24-08
Diluir em AGUA 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		

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 ADJACENTE			
Tratamento: CONSERVADOR PELA NEUROCIRURGIA IMOBILIZAÇÃO EM 8 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: <u>Osório Antônio Soares</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>10/06/17</u>				Data da alta:	
Diagnóstico inicial: <u>Fratura de clavícula (D)</u>					
Diagnóstico final: <u>o mesmo;</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>17/06/17: Decidido - n por tratamento com medicação e curativo (Dr. Lacerda)</u>					
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: <u>Paciente com fratura de clavícula (D), sendo ele seg tratamento com curativos, encaminhado para tratamento ambulatorial;</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>lunh</u>					
Repouso:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
Retorno 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: <u>A - 11 dias, Duponon 6/6h por 7 dias;</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório <u>Oftalmologia de Angélica</u> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>19 de 06 de 17</u> no dia <u>22/06/17</u> às <u>7:00</u> com <u>Dr. Lacerda</u>					
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) Georgina Avelino Santos 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. Mathias Diniz
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carimbo 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 INVENTÁRIO DE ALENAMENTO

F(NG).CC.003-1





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Edna Aulius Sora 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. Mathias Amorim
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

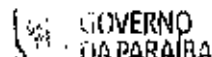
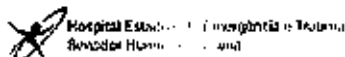
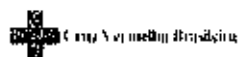
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO QUADRO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





Recolluário de Controle Especial

Unidade de Saúde	
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador João Luís Lucena - Av. Orestes Lima - João Pessoa - PB	
Paciente	Nº C.
D7EIZO AVELINO SOARES	89801
Endereço do paciente	
Sítio CAMPANIAS, SN, JACARAÚ-PB-58278000	

USO ORAL

1 - TYLEX 30MG - 02 CX
TOMAR 01 CP VO 8/H SE DOR

21/06/2017

Data

DI. THAISE ELLER DE MOURA AGRA
5247/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

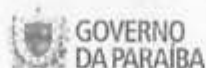
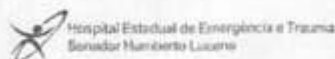
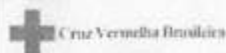
Nome completo: Thaís Eller de Moura Aggra
Identidade: 22.226.911
Org. Emissor: SSP/PB
Endereço: 56 Campanias
Cidade: João Pessoa UF: PB
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Ass. Farmacêutico

Data





Receituário

Paciente: OZEIRO AVELINO SOARES

Idade 55

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

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

BAE: 1006520

ATESTADO MEDICO

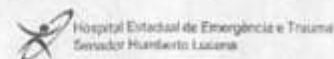
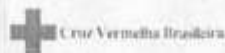
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ACHA-SE NESTE HOSPITAL DESDE 10.06.17, COM DIAGNOSTICO DE CID S06, DEVENDO AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 60 DIAS A PARTIR DA DATA DE ALTA.

JOAO PESSOA, 21.06.17

Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Drª. 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: OZEIRO 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.

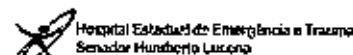
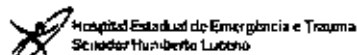
JOAO PESSOA, 21.06.17



Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Drª. 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: OZEIRO 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



Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Dr. 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: OZEIRO 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

Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Dr. 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 PARAIBA

AV. ORESTES LÊSBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1006520



Identificação do paciente					
ID 1179504	Nome OZEIRO AVELINO SOARES			Sexo Masculino	
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35 anos 9 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe NAZARE MENDES BEZERRA	Pai JOÃO AVELINO SOARES				
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SEVERINA JOSEFA DA SILVA - ESPOSO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 98657808	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 291485862	Nº Cns			
Local de procedência JACARAU	Tipo MUNICIPIO		UF PB		
Email	Naturalidade JACARA	CBO/R			
Endereço					
CEP 68278000	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro CAMPINAS		
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL			
Admissão					
Data e Hora 10/06/2017 19:08:02	Número da pulseira 100006205361	Convênio SUS		15-Abr-2019	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	CRANIO			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		14-60		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não		
Melo de transporte SAMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []
Ultrassonografia []					
Diagnóstico					
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA					
CID					
Tempo 02:48					
Enfermeira Cecilia 366248					

Imprimir

20.30

RA 60 X 90 mmHg
HGT 130 mg/dL



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES		BAE 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data Baixa
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS	Telefone da Conta (83) 986557608
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, OBEDECE A COMANDOS, SEM DÉFICIT MOTOR TCC: CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA, SEM EFEITO DE MASSA SIGNIFICATIVO CD: AIH/EXAMES/ PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÃO

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

Diluir

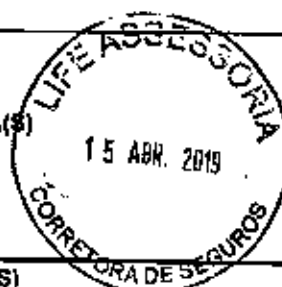
ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), DILUIR 4,0 ML

ÁGUA 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)



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

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES		BAE 1006820	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data Baixa
Data de nascimento 17/08/1951	Idade 65	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986557608
Mãe NAZARE MENDES BEZERRA			Prontuário	
Endereço CAMPINAS, SN		Bairro ZONA RURAL	Município JACARAÍ	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 10/06/2017 19:09:02			Data/Hora Prescrição 10/06/2017 19:43:02	

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 HALITO ETÍLICO, ACUSA DOR À PALPAÇÃO PROFUNDA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA D COM CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MSD. OTORRAGIA À D

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação


 GILVANDO CARNEIRO LEAL
 (2489/PB)

OZEIZO AVELINO SOARES



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO CONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 21/06/2017 09:54:27

Paciente OZEIRO 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 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/DICLOFENACO/TYLEX SE DOR
FENITOINA+ CIPROFLOXACINA
ENCAMINHO PARA O AMBULATORIO HTOP - NCR/ORTO

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





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: KATIA
CAXIAS DA SILVA
GONCALVES
Em: 21/06/2017 08:48:10

Paciente OZEIRO 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 698004861189316
Tempo de Internação 10d 7h 51min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (KATIA CAXIAS 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 TRANQUILO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

ASCUITA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

AValiação de Pele e Mucosa

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES		Bolém de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/05/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 698004861189316	Prontuário 102481
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 SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Seção: AREA 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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Tempo de Internação 8d 15h 34min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão 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 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

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO, RHA
DIETA: V.O.

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA, HIDRATADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO PRESENTE

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO, NORMOPÁLICO, PULSO PERIFÉRICO, BUCAL





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.: 8332185700

Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 20/06/2017 14:23:38

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 898004651189316	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)

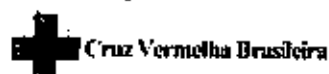
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TCE - CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA
ECG 15, SEM DÉFICTS FOCAIS, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA
MANTÉM QUADRO DE OTORRAGIA
JA LIBERADO PELA ORTOPEDIA - IMOBILIZAÇÃO EM 8
CD: SOLICITO TC CRANIO PARA ALTA HOSPITALAR

ção: 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
CNS: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: SEBASTIAO
HENRIQUES PEREIRA
JUNIOR
Em: 19/06/2017 16:50:50

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 18/08/2017 18:09:02	Data/Hora Saída
Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189318	Prontuário 102481
Tempo de Internação 9d 19h 53min	Convênio SUS		Plantão 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

ESCALA DE GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

ASCUITYA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

AValiação de Pele e Mucosa

EVOLUÇÃO: CORADA

AValiação da Pele

TIPOS: LESÃO AUSENTE

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO





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: SEBASTIAO
HENRIQUES PEREIRA
JUNIOR
Em: 19/08/2017 16:50:24

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1008520	Data/Hora Entrada 19/08/2017 18:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861180316
Tempo de Internação 8d 15h 53min	Convênio SUS		Plantão DIURNO

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SEBASTIAO HENRIQUES PEREIRA JUNIOR - 19/06/2017 11:28:49)**DÉBITO CARDÍACO 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 DIÁLOGO 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 SITO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATÉTERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

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

Profissional responsável pela informação: SEBASTIAO HENRIQUES PEREIRA JUNIOR

Número de impressão: 499958
Sebastião Henrique Pereira
499.958



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: JACKELINE
SAMMER GOMES PINTO
Em: 19/06/2017 21:48:50

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1008520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:08:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Tempo de Internação 00 20h 51min	Convênio SUS		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 VENDO EM MS

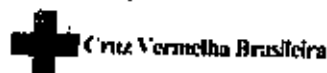
INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

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

Seção: 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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1906520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Tempo de Internação Ed 10h 45min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			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

Gustavo V. Neves Porto

CRM: 7650/PB

Neurocirurgião

Número Conselho: 7650

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

#ORL#

19/06/17 Rk cl histórico de TCE há 07 dias
rel cl relato de contusão a Direita

Exame: ECG, eufórico, consciente,
espontâneo.

oro e: não orod: de sangramento
ativo. presença de hemotímpano?
de parotismo focal periférico.

CD: como não há sangramento ativo,
orienta manutenção de seguimento
do quadro via ambulatorial

② Alto do ORL

③ Aos cuidados do neuro cirurgião

Tatiana Salgado

CRM: 26109/28





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 OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/06/1961	Idade 56	Sexo Masculino	CNS 898004861189318
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: 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 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

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

INTEGRIDADE DA PELE

PELE: SEM LESÃO





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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:09:02	Data/Hora Saida
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 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 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

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

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO AUSENTE





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458276 - Tel.: 800 2165700

Impresso por: TOMAS
CATAO MONTE RASO
Em: 17/06/2017 07:43:09

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 898004981188316
Tempo de Internação 6d 8h 48min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

tc - acidente motociclistico

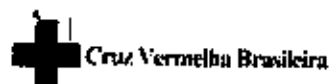
gcs 14, plfr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

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

Seção: 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

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778695 - Tel.: 81 - 2165700

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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 16/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 000204861189310
Tempo de Internação 6d 8h 19min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão 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 GESSADO

ALTA DA ORTOPEDIA

ENCAMINHADO AO ORTÓTRAUMA (AMBULATORIO DE DR LAERCIO)

ORIENTADO POR DR LAERCIO

AOS CUIDADOS DAS OUTRAS ESPECIALIDADES

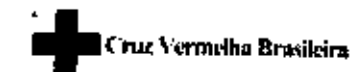
Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela informação: MATHEUS MARINHO ENOMOTO

Número Conselho: 10204

Dr. Laercio
Ortopedia
17/06/2017
Assinatura





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNE5: 2458276 - Tel: 8332165709

Impresso por: VALESCA
MARIA DOS SANTOS
Em: 17/06/2017 14:48:32

Paciente OZEIZO AVELINO SOARES	Boleão de Atendimento 1808520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 668004861169315
Tempo de Internação 6d 13h 52min	Convênio BUS	Prontuário 102461	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (VALESCA MARIA DOS SANTOS - 17/06/2017 14:48:21)

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

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AValiação de Pele e Mucosa

EVOLUÇÃO: CORADA

AValiação Cardiovascular

AValiação Cardiovascular





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458275 - Tel.: 8332165700Impresso por: JACKELINE
SAMMER GOMES PINTO
Em: 16/06/2017 20:34:39

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 888004861189316
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.D.

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO

AVALIAÇÃO GÊNITO-URINÁRIO

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM M5, CATETER VENOSO EM F5

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

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

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

Número Conselho: 275428





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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/09/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 838004861189316
Tempo de Internação 5d 12h 37min	Convênio SUS		Prontuário 102484
			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, REFRATÁRIAS

SENSIBILIDADE / MOTILIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOWABERTURA OCULAR:
RESULTADO GLASGOW: 3.00RESPOSTA 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

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO, RMA

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AValiação de Pele e Mucosa

EVOLUÇÃO: CORADA, HIDRATADA

INTEGRIDADE DA PELE

TIPOS: LESÃO AUSENTE

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMAL, RITMO REGULAR, FREQUÊNCIA 72 bpm, PRESSÃO 120/80 mmHg, SÓCULO CÍANÓTICO AUSENTE



Cordeiro, Lúcia Maria



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
CATAO MONTE RASO
Em: 16/06/2017 11:18:35

BOLEIM DE ATENDIMENTO	Boleim de Atendimento 1008520	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
Idade	Sexo	CNS	Prontuário
55	Masculino	898004861168316	102481
Convênio	Convênio		Plantão
SUS	SUS		DIURNO

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

10/6: acidente motociclístico

11/6: 14, p/r, mobiliza os quatro membros espontaneamente

12/6: 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 NEUROLÓGICA

Local: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03
Informação: TOMAS CATAO MONTE RASO

[Handwritten signature]
TOMAS CATAO MONTE RASO
Nº 7742

Número Conselho: 7742



AL. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 24.562.76 - Tel: 8332.165700

Impresso por: ANNA
BOZZANO LACERDA DE
ARAÚJO
Em: 15/06/2017 23:55:14

Paciente		BOZZANO LACERDA DE ARAÚJO	
Data de nascimento		10/06/2017 19:08:02	
Idade		55	
Sexo		Masculino	
Convênio		CNS	
Tempo de internação		886004861189316	
Data/Hora Entrada		10/06/2017 19:08:02	
Data/Hora Saída		10/06/2017 23:55:14	
Plantão		Plantão	
Noturno		Noturno	

CLÍNICA DE ENFERMAGEM (ANNA BOZZANO LACERDA DE ARAÚJO - 15/06/2017 23:55:05)

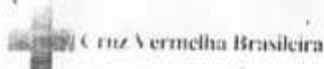
EXAMES
LABORATORIAIS

POT-SEQUE COM QUADRO CLÍNICO MANTIDO, E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Sócio: AREA LARANJA - UDC B - Leito: LEITO EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: ANNA BOZZANO LACERDA DE ARAÚJO

Número Conselho: 239430





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: JOSE
MIGUEL GONCALVES
Em: 15/06/2017 18:09:14

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

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

RISCO CIRÚRGICO

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

Profissional responsável pela informação: JOSE MIGUEL GONCALVES

Número Conselho: 6043

(Handwritten signature)





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: 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

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: TOSSE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: ESPESSA

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

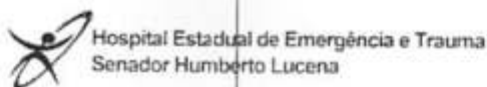
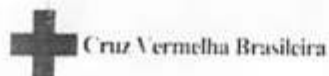
DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

INTEGRIDADE DA PELE





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 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 Saida
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS 898004861189316
Tempo 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

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AValiação de Pele e Mucosa

EVOLUÇÃO: CORADA

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO

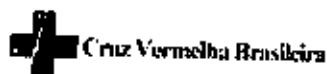
AValiação Genito-Urinário

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM MS, CATETER VENOSO EM MS





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

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

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006620	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 3d 12h 10min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão 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

ASCUITA

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: NÓRMAL





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 10/06/2017 10:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 3d 0h 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. pfr, 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**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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458278 - Tel.: 8332165700Impresso por: JACKELINE
SAMMER GOMES PINTO
Em: 13/06/2017 21:00:08

Paciente OZEIRO 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	Prontuário 102481
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

ASCULTA

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 OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006526	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:06:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1961	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 2d 11h 53min	Convênio SUS	Prontuário 102481	Plantão 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 clinico

Seção: AREA 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 Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: VALESCA
MARIA DOS SANTOS
Em: 13/06/2017 14:41:04

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS
Tempo de internação 2d 13h 44min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (VALESCA MARIA DOS SANTOS - 13/06/2017 14:40:48)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE

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

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AValiação de Pele e Mucosa

EVOLUÇÃO: CORADA

AValiação Genito-Urinário

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

TIPOS: NORMAL



AV. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 12/06/2017 11:28:59

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1981	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação td 10h 31min	Convênio SUS		Prontuário 102481
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 12/06/2017 11:28:49)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

tce - acidente motociclistico

gas 14, pifr, mobiliza os quatro membros espontaneamente

ct 10/8: confusão temporal sem efeito de massa significativo - controle 11/8: 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 Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LUSO, S/N - PEDRO GONDIM
CNE: 2458278 - Tel.: 8332165700

Impresso por: KATIA
CAXIAS DA SILVA
GONCALVES
Em: 12/06/2017 08:34:07

Paciente OZEIRO AVELINO SOARES	Boletim de Atendimento 1006520	Data/Hora Entrada 10/06/2017 19:09:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1951	Idade 55	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 7h 37min	Convênio SUS	Prontuário 102451	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 TRANQUILO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

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, HIDRATADA



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

Laranja B

PRESCRIÇÃO MÉDICA

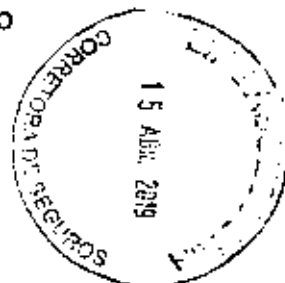
Nome	OZEIRO AVELINO SOARES	Data de	17/08/1961	Idade	55	Sexo	MASCULINO	Nº	1006520	Nº	102481	Data Prescrição	19/06/2017 11:46:48
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	LEITO EXTRA 03	Prescrição válida a					
								19/06/2017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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

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

19 de Junho de 2017

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650



Assinatura e Carimbo do Profissional

Gustavo V. Neves Porto
CRM: 7650/PB
Neurocirurgião



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

PRESCRIÇÃO INDIVIDUAL

Nome	OZEIRO AVELINO SOARES	Data de	17/06/1961	Idade	55	Sexo	MASCULINO	Nº	1006520	Nº	10240	Data Prescrição	16/06/2017 11:19:28
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	LEITO EXTRA 03	Leito	LEITO EXTRA 03			Validade	16/06/2017 11:19:28

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

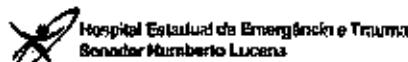
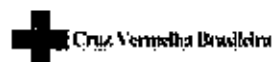
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Int.	Posologia	Orientação de Uso	Atualmente
1 DIETA	0,0			ORAL				cancelado
2 GINDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4,0	ML		EV		800H		24 08
Diluir em Solução Fiscológica 0,9%	1000,0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		EV		800H		24 08
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DE ULENTE)	40,0	MG		EV		1X AO DIA		24 08
Diluir em AGUA DESTILADA	40,0	ML						
5 FENTONINA 50MG /ML INJETAVEL	2,0	ML		EV		800H		24 08
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000,0	ML		EV		24H		24 08
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0							24 08
8 AFERIR PA E FC	0,0		PA	26,1		24 08		24 08
9 CABECEIRA ELEVADA A 30º	0,0							24 08

TOMAS CATÃO MONTE RASO
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional



16 de Junho de 2017



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Laranja B

Nome OZEIRO AVELINO SOARES		Data de 17/08/1981	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.	Posologia	Orientação de Uso	Apreçamento
1 DIETA	0.0			ORAL				Custo
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		16 24 36
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		16 24 36 48
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		(04) FALTA
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		16 24 36
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		16 24 36 48
7 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		12/12H	Observação: SF 100 12/12H	16 24
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							CAU
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: 5247800

Assinatura e Carimbo do Profissional



Solente E. 264 card. 21/06/2017



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Luzena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Laranja B

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aproximadamente
1 DIETA	0.0			ORAL				Conte
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		16 24 36
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIFENIDOL 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		16 24 36
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		(04) FALTA
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 FENTONIA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		16 24 36
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 Solução Ringer Lactato 500ml	2000.0	ML		E.V.		24H		16 24 36 48
7 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		12/12H	Observação: SF 100 12/12H	16 24
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							CA
9 AFERIR PA E FC	0.0							
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

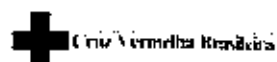
14 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional



Solente E. Aguiar cardiologista



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V.		8/8H		
Diluir em Solução Fisológica 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 INJETAVEL	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 AFERIR PA E FC	0.0							
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

PARCELA DA ORTOPEDEIA HGT 16 (101)

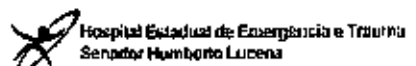
24 (101) 101 08 (101)

13 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247



Assinatura e Carimbo do Profissional



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

Laranja B

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome OZEIRO 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	Sector 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	Apazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				08/08
2 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)	4.0	ML		E.V		8/8H		06 24 08
Diluir em Solução Fisológica 0,9%	100.0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		26 24 08 30
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		04 FC
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 24 08 30
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							26
8 AFERIR PA E FC	0.0							
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

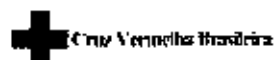
GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650



Assinatura e Carimbo do Profissional

Gustavo V. Neves Porto
CRM: 7650/PB
Neurocirurgião

12 de Junho de 2017



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
OZEIRO AVELINO SOARES	17/08/1961	55	MASCULINO	1006520		10/06/2017 23:19:46
Motivo do Atendimento	Sector	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA				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 Fisológica 0,9%	100.0	ML						
2 DIPYRONE 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		24-10
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
3 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		06
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
4 FENITOINA 500MG/ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		24-08
Diluir em AGUA 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		

GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
CRM: 8346

Assinatura e Carimbo do Profissional



Assinatura e Carimbo do Profissional
10 de Junho de 2017

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 ADJACENTE			
Tratamento: CONSERVADOR PELA NEUROCIRURGIA IMOBILIZAÇÃO EM 8 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: <u>Osório Antônio Soares</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>10/06/17</u>				Data da alta:	
Diagnóstico inicial: <u>Fratura de clavícula (D)</u>					
Diagnóstico final: <u>o mesmo;</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>17/06/17: Decidido - n por tratamento conservador com 8 pontos (Dr. Lacerda)</u>					
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: <u>Paciente com fratura de clavícula (D), tratado com 8 pontos, encaminhado para tratamento ambulatorial.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>líquida</u>					
Repouso:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
Retorno 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: <u>A - 11 dias, Duponar 6/6h por 7 dias.</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório <u>Oftalmologia de Manguinhos</u> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>19 de 06 de 17</u> no dia <u>22/06/17</u> às <u>7:00</u> com <u>Dr. Lacerda</u>					
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) Georgina Avelino Santos 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. Mathias Diniz
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carimbo 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 INVENTÁRIO DE ATERIMENTO

F(NG).CC.003-1





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Edgardo Avelino Soares 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. Mathias Azevedo
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carimbo 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 QUADRO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





Centro de Atendimento Especializado



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Serviço de Hemodinâmica



GOVERNO
DA PARAÍBA

Recolluário de Controle Especial

Unidade de Saúde	
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador João Luís Lucena - Av. Orestes Lima - João Pessoa - PB	
Paciente	Nº C.
D7EIZO AVELINO SOARES	8980
Endereço do paciente	
Sítio CAMPANAS, SN, JACARAÚ-PB-58278000	

USO ORAL

1 - TYLEX 30MG - 02 CX
TOMAR 01 CP VO 8/H SE DOR

21/06/2017

Data

DI. THAISE ELLER DE MOURA AGRA
5247/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

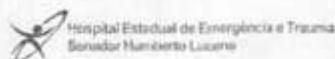
Nome completo: Thaís Eller de Moura Agra
Identidade: 22.226.91
Org. Emissor: SSP/PB
Endereço: 56 Campanas
Cidade: João Pessoa UF: PB
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Ass. Farmacêutico

Data





Receituário

Paciente: OZEIRO AVELINO SOARES

Idade 55

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

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

BAE: 1006520

ATESTADO MEDICO

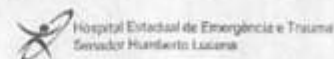
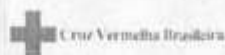
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ACHA-SE NESTE HOSPITAL DESDE 10.06.17, COM DIAGNOSTICO DE CID S06, DEVENDO AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 60 DIAS A PARTIR DA DATA DE ALTA.

JOAO PESSOA, 21.06.17

Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Drª. 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: OZEIRO 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.

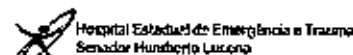
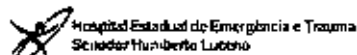
JOAO PESSOA, 21.06.17



Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Drª. 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: OZEIRO 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



Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Dr. 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: OZEIRO 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

Thaise Agra Teixeira
Neurocirurgia
CRM 5247

Dr. 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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO 29.148.566-2 DATA 20/10/2011

TIPO OZEIRO AVELINO SOARES

FILIAÇÃO JOÃO AVELINO SOARES

PAZARÉ MENDES BEZERRA

DATA DE NASCIMENTO 17/08/1961

RIO GRANDE DO NORTE

C. NASC LIV 00048A FL 191 TERM 0011061

CANGUARETANA RN

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

0-04

Posto Direto

OZEIRO AVELINO SOARES

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DISTRITO - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Polegar Direito

0204



OZEIZO AVELINO SOARES

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
FISCAL 29.148.566-2

DATA DE
EXPIRAÇÃO 20/10/2011

NOME
OZEIZO AVELINO SOARES

FILIAÇÃO
JOÃO AVELINO SOARES

HAZARÉ MENDES BEZERRA

NATURALIDADE

RIO GRANDE DO NORTE



17/08/1961

DOC. ORIGEM

C. NASC LIV 00040A FLS 191

TERM 0011361

CANGUARETAMA

RN

CPT

006

1 Via

Fernando Avelino B. Vieira
FERNANDO AVELINO B. VIEIRA
PRESIDENTE DO DISTRITO
10/11/2011 14:07:30-7

0204

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO 29.148.566-2 DATA 20/10/2011

TIPO OZEIRO AVELINO SOARES

FILIAÇÃO JOÃO AVELINO SOARES

PAZARÉ MENDES BEZERRA

DATA DE NASCIMENTO 17/08/1961

RIO GRANDE DO NORTE

C. NASC LIV 00048A FL 191 TERM 0011061

CANGUARETANA RN

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

0-04

Posto Direto

OZEIRO AVELINO SOARES

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DISTRITO - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Polgar Direto

0204



OZEIZO AVELINO SOARES

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
FISCAL

29.148.566-2

DATA DE
EXPIRAÇÃO

20/10/2011

NOME

OZEIZO AVELINO SOARES

FILIAÇÃO

JOÃO AVELINO SOARES

HAZARÉ MENDES BEZERRA

NATURALIDADE

RIO GRANDE DO NORTE



17/08/1961

DOC. ORIGEM

C. NASC LIV 00040A FLS 191

TERM 0011361

CANGUARETAMA

RN

CPT

006

1 Via

Fernando Avelino B. Vieira
FERNANDO AVELINO B. VIEIRA
PRESIDENTE DO DISTRITO
10/11/2007 130-7

0204

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83



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**

Digito 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**

Digito 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 20/04/2017 CPF DA VÍTIMA 865.445.187-53
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Strio Campineira
 Nº 511 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Aldeia Rincão
 CIDADE Joazeiro UF PB CEP 58278000
 E-MAIL _____ TELEFONE (33) 991928008

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, TAIS 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, TAIS 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 15/04/2019
 IDENTIDADE 29.348.566-2
 ASSINATURA OZEIZO AVELINO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15 ABR. 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ozeizo Avelino Soares
 DATA DO ACIDENTE 20/04/2017 CPF DA VÍTIMA 865.445.187-53
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR 5110 Campina
 Nº 511 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Aldeia Rincão
 CIDADE Joazeiro UF PB CEP 58278000
 E-MAIL _____ TELEFONE (33) 991928008

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, TAIS 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, TAIS 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 15/04/2019
 IDENTIDADE 29.348.566-2
 ASSINATURA OZEIZO AVELINO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15 ABR. 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OZEIZO AVELINO SOARES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

OZEIZO AVELINO SOARES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OZEIZO AVELINO SOARES

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

OZEIZO AVELINO SOARES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127702/19

Vítima: OZEIZO AVELINO SOARES

CPF: 865.995.187-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OZEIZO AVELINO SOARES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

OZEIZO AVELINO SOARES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA