

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

---

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190683740**

**Vítima: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VANIA DOS SANTOS QUEIROZ**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190683740**

**Vítima: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), VANIA DOS SANTOS QUEIROZ**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190683740**

**Vítima: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), VANIA DOS SANTOS QUEIROZ**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0438429129

3 - CPF da vítima:

03868513992

4 - Nome completo da vítima:

Vania Santos Quiriz Torres

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	Vania Santos Quiriz Torres		6 - CPF:	03868513992
7 - Profissão:	8 - Endereço:	12 - Cidade:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	Santa Cruz	Comprinhe Sionoli	112	
15 - E-mail:			13 - Estado:	PB
		14 - CEP:		58417140
		16 - Tel.(DDD):		8333341239

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3331

6

CONTA: 7458

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascer filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Comprinhe Sionoli - PB 06/12/2019

Vania Santos Quiriz Torres

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNDO DO ESTADO DA PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL**  
**2ª DELEGAÇÃO REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL**  
**7ª DELEGAÇÃO DISTRITAL DE CAMPINA GRANDE/PB**  
**Rua João Viana Amorim Guedes, 1037, Catatinguera - Campina Grande.**

**VERSAO SOBRE LESÃO CORPORAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRANSITO**  
**Hora e data do fato: As 23:11, do dia 7 de setembro de 2019.**  
**Local do Ocorrido: RUA OTÁVIO BATISTA CABRAL, ROCHA CAVALCANTE**  
**COMUNICANTE: VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES, do sexo feminino,**  
**nascida no dia 19/05/1981, com 38 anos de idade, ID: 2637081 SSP-PB,**  
**COMERCIANTE, filha de JOSE GONCALVES DE QUEIROZ e de MARIA**  
**DIVORCIADA DOS SANTOS QUEIROZ, escolaridade: FUND. COMPLETO,**  
**APARECIDA DOS SANTOS QUEIROZ, celular № 9.8839-3617. JOSE HERBERTO**  
**GRANDE, PB, celular № 9.8791-2077**  
**VITIMA: (a) COMUNICANTE**  
**RUA DEPUTADO EVERALDO DA COSTA AGRA, 127, bairro SANTA ROSA, na**  
**cidade de C. GRANDE, PB, celular № 83 9.8839-3617. JOSE HERBERTO**  
**QUEIROZ, do sexo feminino, DO LAR, BRASILEIRA, residente na RUA**  
**AUGUSTO DOS ANJOS, 56, bairro JOSE PINHEIRO, na cidade de CAMPINA**  
**GRANDE, PB.**

**AUTORIDADE**  
**KARINE DE LIMA VASCONCELOS**  
**VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES**  
**COMUNICANTE**  
**Simone Rodrigues**  
**ESCRIVA**

**HISTÓRICO:** RELATA A COMUNICANTE QUE, NO DIA 07/09/2019, POR VOLTA DAS 23, TRANSITAVA, PILOTANDO A MOTO HONDA PCX 150 DLX, ANO 2017, COR MARROM, PLACA QFS9154/PB, 9C2KF2210HR204013, EM NOME DA COMUNICANTE, CHASSI PROXIMO A UMA LOMBADA, SITUADA NA RUA OTÁVIO BATISTA CABRAL, AO FREAR, ACABOU DERRAPANDO EM AREA EXISTENTE NO ASFALTO, CAINDO, QUE, APESAR DE UTILIZAR CAPACETE, ESTE CAIU COM IMPACTO, LHE CAUSANDO TRAUMA CRANIANO, TENDO PASSADO POR CIRURGIA, NO HOSPITAL DE TRAUMA DESTA CIDADE.

#### ACUSADO(s): PREJUDICADO

**TESTEMUNHAS:** IVALDO MIGUEL DA SILVA, VIDRACERO, residente na RUA DEPUTADO EVERALDO DA COSTA AGRA, 127, bairro SANTA ROSA, na cidade de C. GRANDE, PB, celular № 83 9.8839-3617. JOSE HERBERTO QUEIROZ, do sexo feminino, DO LAR, BRASILEIRA, residente na RUA AUGUSTO DOS ANJOS, 56, bairro JOSE PINHEIRO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB.

#### BOLETIM DE OCORRÊNCIA № 166/19



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0438429129

3 - CPF da vítima:

03868513992

4 - Nome completo da vítima:

Vania Santos Quiriz Torres

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	Vania Santos Quiriz Torres		6 - CPF:	03868513992
7 - Profissão:	8 - Endereço:	12 - Cidade:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	Santa Cruz	Comprinhe Sionoli	112	
15 - E-mail:			13 - Estado:	PB
		14 - CEP:		58417140
		16 - Tel.(DDD):		8333341239

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3331

6

CONTA: 7458

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascer filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Comprinhe Sionoli - PB 06/12/2019

Vania Santos Quiriz Torres

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS 001 V002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SAMU REGIONAL CG - 192  
Coordenação Administrativa  
Deocleto F Nascimento



Campina Grande, 7 de outubro de 2019.

Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma			
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>			
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB		
COMPLEMENTO:			
LOCAL:	R. OTAVIO BATISTA CABRAL - ROCHA CAVALCANTE		
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO		
NOME:	VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES		
DATA: 7/9/2019	HORA: 23:21 HRS	ID Nº:	179884

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

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO



40.92	Jun 2019	33.86	Mar 2019	50.87	Jan 2019
39.86	Mar 2019	39.72	Apr 2019	51.96	Feb 2019
39.72	Apr 2019	39.72	May 2019	50.87	Jun 2019
39.72	May 2019	39.72	Jun 2019	50.87	Jul 2019
39.72	Jun 2019	39.72	Jul 2019	51.96	Aug 2019

Violor da sua fatura nos últimos meses

ENTENDA SEU CONSUMO

Cardioterapia na hidratação, hidratação de consumo e consumo multi-mais.

401426385168

03

ANNA SANTOS DE UERDZ DORGES  
PFP: 038.685.134-42  
NOME DO CLIENTE: 2051988010  
NÚMERO DA FAUTURA: 204873192  
PRAZO DE PAGAMENTO: 401428385168

DUCE TAL  
FLALAR.COM.A  
GENTE PELÔ  
WHAT'SAPP?  
Adicionar o Assistente  
Virtual da Dti (31) 3131 3131.  
Um jeito rápido e fácil de  
recuperar informações da  
sua conta.

19  
40,92  
PAGAAR (RS)

40,92	TOTAL DA SUA FATURA
1,06	Multa e Juros
39,86	TOTAL DE MENSALIDADES
39,86	DI MAIS
	SERViços UTILIZADOS

A standard linear barcode representing the document number 72000039896.

A standard linear barcode is positioned vertically on the left side of the page. It consists of a series of vertical black bars of varying widths, used for automated identification and tracking.

10

VANIA	FEATURA DE VENCIMENTO	JUN/2019	09/07/2019	40,92	PAGAR (R\$)
CHEGOU SUA FÁTURA DA D.L.	CÓDIGO MINHA DÍ	MISSÃO EM 25/08/2019	PERÍODO DE 23/05/2019 A 23/06/2019	401428305169	ACESSE WWW.DLCOM.BR/MINHAOL





Full Name (Last, First, Middle Initial) John Doe (J. D.)

EVOLUCIÓN INFÍCTICA

<b>PRESCRICAO</b> numero 18				<b>HOSPITAL ANTONIO TARGINO</b> 
DATA:	08/09/19	CONVENIO:	PARTECILAR	
DIA:	956098	PRONTUARIO:	VANIA SANTOS QUERIOZ	
LETRA:				
IDADE: 38 A SEXO: FEMININO NOME: VANIA SANTOS QUERIOZ DIA: 08/09/19 PRONTUARIO: 956098 DATA: 08/09/19 CONVENIO: PARTECILAR OXIGENIO: 11m <sup>3</sup> LIGADO(H): 16:15 ASS: Heloelle DATA: 08/09/19 LIGADO(H): 17:45 ASS: Heloelle DATA: 08/09/19 DESLIGADO(H): 14:15 ASS: Heloelle DATA: 08/09/19 DESLIGADO(H): 14:45 ASS: Heloelle <b>MEDICAMENTOS</b> 1. MONITORIZACAO MULTIPARAMETRICA 2. O2 UMBIDO, (CN, MV), VMI = ACM = 3. CURRATIVO EM REGIAO SACRA/CALCANEO/TROCANTES ETC = ACM = 4. SONDA DE ASPIRACAO TRAGUEAL EM SISTEMA FECHAO ACM 5. ACESO VENOSO CENTRAL ACM 6. SONDAS NASOGASTRICAS/NASOENTRAL = ACM = 7. SVD/SVA ACM 8. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA 3 X DIA 9. FISIOTERAPIA MOTORIA 2 X DIA 10. DIETA ZERO 11. SRL 500ML EV 500ML EM BIC 42ML/H 12. CEFTRIAXONA 500MG EV 2 X DIA (DO=08/09) DIA 00 13. DIPIRONA 250MG IV 6 X 6h 14. NAUSEDRON 8MG IV 8/8H ACM 15. TILATIL 20MG IV 12/12H 16. HGT 12X 12H EV 1/4 CONFIRME HGT 17. DECBUTTO ELEVADO 18. SINAS VITIAS DE 4 X 4h 19. CUDADOS GERAIS 20. 02 21. 19 22. 18 23. 17 24. 16 25. 15 26. 02 27. 01 28. 00 29. 01 30. 13/30 dias				
<b>HORARIOS</b> 1. MONITORIZACAO MULTIPARAMETRICA 2. O2 UMBIDO, (CN, MV), VMI = ACM = 3. CURRATIVO EM REGIAO SACRA/CALCANEO/TROCANTES ETC = ACM = 4. SONDA DE ASPIRACAO TRAGUEAL EM SISTEMA FECHAO ACM 5. ACESO VENOSO CENTRAL ACM 6. SONDAS NASOGASTRICAS/NASOENTRAL = ACM = 7. SVD/SVA ACM 8. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA 3 X DIA 9. FISIOTERAPIA MOTORIA 2 X DIA 10. DIETA ZERO 11. SRL 500ML EV 500ML EM BIC 42ML/H 12. CEFTRIAXONA 500MG EV 2 X DIA (DO=08/09) DIA 00 13. DIPIRONA 250MG IV 6 X 6h 14. NAUSEDRON 8MG IV 8/8H ACM 15. TILATIL 20MG IV 12/12H 16. HGT 12X 12H EV 1/4 CONFIRME HGT 17. DECBUTTO ELEVADO 18. SINAS VITIAS DE 4 X 4h 19. CUDADOS GERAIS 20. 02 21. 19 22. 18 23. 17 24. 16 25. 15 26. 02 27. 01 28. 00 29. 01 30. 13/30 dias				

**CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**

**EVOLUGAO**

DATA: 08/09/19

Nome: **Yanis Samofa Quirós** / Idade: 38e

**HOSPITAL ANDRÉS BONALDO**

**ANDES INTEGRACION**

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso previo / Interrogatorios	
Historia clínica Modesta Atala	
Historia clínica de UIC	
Dermatologicos	
ATB: <b>Infusão de colágeno (50)</b>	
ANALG: +	
PROFIS: +	
DVA: -	
ATB: <b>Colágeno (50)</b>	
DIA: -	
SEED: -	
DIET: <b>Zero</b>	
OUTROS: +	
PC: <b>116</b>	
CONTROLE: <b>TEMP: 36</b>	
PC: <b>160 x 100</b>	
BH: <b>+</b>	
DURADA: <b>+</b>	
SARTO: <b>96%</b>	
DISPENSATORES	
1- DNP	
2- DATA: <b>4-</b>	
3- SVU	
DATA: <b>4-</b>	
DATA: <b>4-</b>	
VC: <b>-</b>	
FP: <b>-</b>	
SAT. O <sub>2</sub> : <b>-</b>	
Modo: <b>-</b>	
Vehiculación: <b>Automotriz</b>	
Restricción espontánea: <b>□</b>	
EXALTE FEGO: <b>-</b>	
AVL: <b>ACR 2x, SUE 2x, SIS 2x</b>	
OTCG: <b>Lidocaina, amiodarona, lidocaína, amiodarona</b>	
CRM-B 10.756	
Marcio Henrique Faria	
Medico	
CRM-B 10.756	



HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
UTI GERAL

HOSPITAL ANTONIO TARGINO



18

PRESRICAO

DATA:	09/09/19	CONVENIO:	██████████	DIAGNOSTICO:	POI DRENAGEM DE HIP			
NAME:	VANIA SANTOS QUERIOZ				IDADE:	38 A	SEXO:	FEMININO
DATA:	95698				LEITO:			
PROMOTORIO:		95698		OXIGENIO	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:
CONVENIO:		██████████		DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	
CONVENIO:		██████████		DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	

MEDICAMENTOS

1. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA
2. OZUMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =
3. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCANEO/ROCANTEIS ETC = ACM =
4. SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM
5. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM
6. SONDAS NASOGASTRICA/NASOENTERAL = ACM =
7. SVD/SVA ACM
8. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA 3 X DIA
9. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA
10. DIETA ORAL BRANDA
11. SRL 500ML EV 500ML EM BIC 42ML/H
12. CEFTRIAXONA 500MG EV 2 X DIA (DO=08/09) DIA 01
13. DIPIRONA 2CC 91V DE 6 X 6H
14. NAUSEDRON 8MG IV 8/H ACM
15. TILATIL 20MG IV 12/12H
16. HGT 12X 12H E IR IV CONFORME HGT
17. DECUBITO ELEVADO
18. SINAS VITais DE 4X4H
19. CUIDADOS GERIAIS
20. 4x4 + 100x50cm SIV

CRM-PB 14.756  
Assinatura do Médico  
Assinatura do Fisioterapeuta

HORARIOS

OXIGENIO	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:
OXIGENIO	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:
OXIGENIO	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:
OXIGENIO	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:
OXIGENIO	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:	DATA:	ASS:



 <b>HOSPITAL</b> <b>ANTONIO TARGINO</b>		<b>HOSPITAL ANTONIO TARGINO</b>			
		<b>UTI GERAL</b>		<b>DIAGNOSTICO:</b> POI DRENAGEM DE HIP	
<b>18</b>	DATA: 10/09/19 CONVENIO: <b>UNIMED</b> DIA: 956098 PRONTUARIO: <b>VANIA SANTOS QUEIROZ</b> NOME: <b>VANIA SANTOS QUEIROZ</b>		IDADE: 38 A SEXO: FEMININO		<b>OXIGENIO</b> DATA: / / LIGADO(H): ASS: / / DESLIGADO(H): ASS: / / DATA: / / DESLIGADO(H): ASS: / /

<b>PRESCRICAO</b> <b>UNIMED</b>		<b>MONITORIZAGAO MULTIPARAMETRICA</b> 2. OZUMIDO, (CN, MV), VMI = ACM = 3. CURATIVO EM REGIAO SACRA/CALCANEO/TROGANTE ETC =ACM = 4. SONDA DE ASPIRACAO TRAGOUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM = 5. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM = 6. SONDAS NASOGASTRICAS/NASOENTERAL = ACM = 7. SVB/SVA ACM 8. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA 3X DIA 9. FISIOTERAPIA MOTORA 2X DIA 10. DETA ORAL BRANDA + / amendoa 11. SRL 500ML EV 500ML EM BICAM /, dia 8, 84ml/h 12. CEFTRIAZONA 500MG EV 2X DIA (D0=08/09), DIA 02 13. DIPRONA 2CC 9IV DE 6 X 6 h 14. NAUSEDRON 8MG IV 8/8H ACM 15. TILALT 20MG IV 12/12H (suspenso) 16. HGT 12X 12h E IR IV CONFORME HGT 17. DECUBITO ELEVADO 18. SINAS VITIAS DE 4 X 4 h 19. CUDADDOS GERAIS 20. TRAMAL 100MG + 100ML SF IV S/N			
<b>HORARIOS</b>					
<b>MEDICAMENTOS</b>					
1. MONITORIZAGAO MULTIPARAMETRICA 2. OZUMIDO, (CN, MV), VMI = ACM = 3. CURATIVO EM REGIAO SACRA/CALCANEO/TROGANTE ETC =ACM = 4. SONDA DE ASPIRACAO TRAGOUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM = 5. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM = 6. SONDAS NASOGASTRICAS/NASOENTERAL = ACM = 7. SVB/SVA ACM 8. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA 3X DIA 9. FISIOTERAPIA MOTORA 2X DIA 10. DETA ORAL BRANDA + / amendoa 11. SRL 500ML EV 500ML EM BICAM /, dia 8, 84ml/h 12. CEFTRIAZONA 500MG EV 2X DIA (D0=08/09), DIA 02 13. DIPRONA 2CC 9IV DE 6 X 6 h 14. NAUSEDRON 8MG IV 8/8H ACM 15. TILALT 20MG IV 12/12H (suspenso) 16. HGT 12X 12h E IR IV CONFORME HGT 17. DECUBITO ELEVADO 18. SINAS VITIAS DE 4 X 4 h 19. CUDADDOS GERAIS 20. TRAMAL 100MG + 100ML SF IV S/N					



Assimilação  
 Viver em Sócio-Azulado  
 Viver em Sócio-Azulado  
 Viver em Sócio-Azulado

09/09/2013  
 10/09/2013  
 11/09/2013  
 12/09/2013  
 13/09/2013  
 14/09/2013  
 15/09/2013  
 16/09/2013  
 17/09/2013  
 18/09/2013  
 19/09/2013  
 20/09/2013



HOSPITAL

BALANÇO HÍDRICO

Date: 10/09/19 ✓

Name: Jânia Santos Júnior

SYNTHETIC POLY(URIDYLIC ACID)

18 *Entomol. Entomol.* Particular



DE LIBRERIA PELLEGRINO DE RAVASI  
R.M.-PB 2024  
CP 13206803434

### Verb: *afficio* (verb forms)

Restriccione le spese

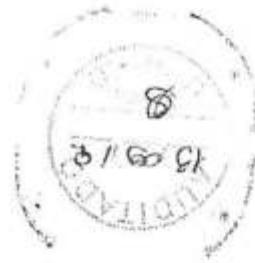
ATB:	ATB:	ANALG:	ANALG:	PRODRX:	PRODRX:	QUTROS:	QUTROS:	DIET:	DIET:
ATB:	ATB:	ANALG:	ANALG:	PRODRX:	PRODRX:	QUTROS:	QUTROS:	DIET:	DIET:
ATB:	ATB:	ANALG:	ANALG:	PRODRX:	PRODRX:	QUTROS:	QUTROS:	DIET:	DIET:

meteciatos Patologicos / Medicamentos de uso previo / Internaciones

Q. Name some HSC

**CENTRO DE TERAPIA INTEGRAL** **EVOLUGAO** **DATA:** **19/09/19**





ASSISTED BY SANE SPANISH MEDICAL & CRIMINAL POLICE INVESTIGATION

HORARIOS

PO DRENAGEM DE HEMATOMA INTRA PARENQÜIMATOS

IDADE: 38 A SEXO: FEMININO

NOME: VANIA SANTOS QUEIROZ

DIA: 956098 PRONTUARIO:

DATA: 12/09/19 CONVENIO: UNIMED

PREFACE

BPESCIGA

18

## PRESCRIÇÃO

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

ANTONIO FARGION

PH 14

## MEDICAMENTOS

OXIGENIO	LIGADO(H):	ASS:	DATA:	LIGADO(H):	ASS:	DATA:	DESGLIGADO(H):	ASS:
----------	------------	------	-------	------------	------	-------	----------------	------

Digitized by srujanika@gmail.com

PO DRNAGEM DE HEMATOAMA INTRA PARENQUIMATOSA

UTI GENERAL DIAGNOSTICO.

HOSPITAL ANTÓNIO TARGIO

**NAME:** VANIA SANTOS OLIVEIRA **PHONE:** 3268282

HOSPITAL PRONTUARIO DIA: 956987

DATA: 12/09/19 CONVENIO: UNIMED

PRÉSCRIGUA - 100

PRÉSIDENT

10. *W. S. L. Gurney, 1870-1940* (1940)

W

Med. Ceser da Silva Siqueira  
MEDICO - CRM 6189-PB  
Medicista/Intensivista

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

EVOLUGAO

DATA: 12/09/97

Name: Wilson Santos Gomes

DIAGNOSSES

DIH:

AMBIENTE TRASLACION  
HOSPITAL

AMBULANCA

HISTORICO DE MIGRAÇÃO

Atividades, hobbies, interesses, etc.

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Interagções

ATB: - / ANALG: + / DVA: - / SEDE: - / DIURETIC: 76 / PA: 180 x 120 / TEMP: 36°C / SAT: 98% / SECREGAD: - / EVC: - / DURADA: 24h / BH: - / OUTROS: - / DIETA: V-O

Infarto: - / ATB: - / ANALG: + / DVA: - / SEDE: - / DIURETIC: 76 / PA: 180 x 120 / TEMP: 36°C / SAT: 98% / SECREGAD: - / EVC: - / DURADA: 24h / BH: - / OUTROS: - / DIETA: V-O

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Interagções

ATB: - / ANALG: + / DVA: - / SEDE: - / DIURETIC: 76 / PA: 180 x 120 / TEMP: 36°C / SAT: 98% / SECREGAD: - / EVC: - / DURADA: 24h / BH: - / OUTROS: - / DIETA: V-O

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Interagções

ATB: - / ANALG: + / DVA: - / SEDE: - / DIURETIC: 76 / PA: 180 x 120 / TEMP: 36°C / SAT: 98% / SECREGAD: - / EVC: - / DURADA: 24h / BH: - / OUTROS: - / DIETA: V-O

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Interagções

ATB: - / ANALG: + / DVA: - / SEDE: - / DIURETIC: 76 / PA: 180 x 120 / TEMP: 36°C / SAT: 98% / SECREGAD: - / EVC: - / DURADA: 24h / BH: - / OUTROS: - / DIETA: V-O

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Interagções

ATB: - / ANALG: + / DVA: - / SEDE: - / DIURETIC: 76 / PA: 180 x 120 / TEMP: 36°C / SAT: 98% / SECREGAD: - / EVC: - / DURADA: 24h / BH: - / OUTROS: - / DIETA: V-O

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Interagções

ATB: - / ANALG: + / DVA: - / SEDE: - / DIURETIC: 76 / PA: 180 x 120 / TEMP: 36°C / SAT: 98% / SECREGAD: - / EVC: - / DURADA: 24h / BH: - / OUTROS: - / DIETA: V-O

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Interagções

ATB: - / ANALG: + / DVA: - / SEDE: - / DIURETIC: 76 / PA: 180 x 120 / TEMP: 36°C / SAT: 98% / SECREGAD: - / EVC: - / DURADA: 24h / BH: - / OUTROS: - / DIETA: V-O

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Interagções

ATB: - / ANALG: + / DVA: - / SEDE: - / DIURETIC: 76 / PA: 180 x 120 / TEMP: 36°C / SAT: 98% / SECREGAD: - / EVC: - / DURADA: 24h / BH: - / OUTROS: - / DIETA: V-O

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Interagções

ATB: - / ANALG: + / DVA: - / SEDE: - / DIURETIC: 76 / PA: 180 x 120 / TEMP: 36°C / SAT: 98% / SECREGAD: - / EVC: - / DURADA: 24h / BH: - / OUTROS: - / DIETA: V-O

Nado Casar da Sra. Silvana Souza  
 Endocrinista/Urologista  
 MEDICO - CRM 6189 PB

12/09/19 - 02:00 a.m.

Anotações

Culturas:	Stro:	Stro:	Resultados:
Data:	Stro:	Stro:	Resultados:
Data:	Stro:	Stro:	Resultados:

Gaso:	PH	PaCO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>
HCO <sub>3</sub>	B.E.	SaO <sub>2</sub>	SaO <sub>2</sub>	
PaCO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>			
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				
HCO <sub>3</sub>				
PaCO <sub>2</sub>				
PaO <sub>2</sub>				
PH				
Gaso:				



## EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente: Vanuia Santos

idade: \_\_\_\_\_ Médico (DR);

Data	Evolução	Data	Evolução
12/09	Paciente feminina		
14/09	Exa normal, com exame	14/09	Exa negativo, não há cir-
	trovabilidade, exame	14/09	exame grande, exame
	negativo.		



HOSPITAL

BALANÇO HÍDRICO

Date: 12/09/19

Name: Vania Santos Quiriz

38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200  
201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220  
221  
222  
223  
224  
225  
226  
227  
228  
229  
230  
231  
232  
233  
234  
235  
236  
237  
238  
239  
240  
241  
242  
243  
244  
245  
246  
247  
248  
249  
250  
251  
252  
253  
254  
255  
256  
257  
258  
259  
259  
260  
261  
262  
263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
269  
270  
271  
272  
273  
274  
275  
276  
277  
278  
279  
279  
280  
281  
282  
283  
284  
285  
286  
287  
288  
289  
289  
290  
291  
292  
293  
294  
295  
296  
297  
298  
299  
299  
300  
301  
302  
303  
304  
305  
306  
307  
308  
309  
309  
310  
311  
312  
313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
359  
360  
361  
362  
363  
364  
365  
366  
367  
368  
369  
369  
370  
371  
372  
373  
374  
375  
376  
377  
378  
379  
379  
380  
381  
382  
383  
384  
385  
386  
387  
388  
389  
389  
390  
391  
392  
393  
394  
395  
396  
397  
398  
399  
399  
400  
401  
402  
403  
404  
405  
406  
407  
408  
409  
409  
410  
411  
412  
413  
414  
415  
416  
417  
418  
419  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
489  
490  
491  
492  
493  
494  
495  
496  
497  
498  
499  
499  
500  
501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
529  
530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557  
558  
559  
559  
560  
561  
562  
563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
569  
570  
571  
572  
573  
574  
575  
576  
577  
578  
579  
579  
580  
581  
582  
583  
584  
585  
586  
587  
588  
589  
589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626  
627  
628  
629  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
659  
660  
661  
662  
663  
664  
665  
666  
667  
668  
669  
669  
670  
671  
672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
689  
690  
691  
692  
693  
694  
695  
696  
697  
698  
699  
699  
700  
701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768  
769  
769  
770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777  
778  
779  
779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
799  
800  
801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808  
809  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
819  
820  
821  
822  
823  
824  
825  
826  
827  
828  
829  
829  
830  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
839  
840  
841  
842  
843  
844  
845  
846  
847  
848  
849  
849  
850  
851  
852  
853  
854  
855  
856  
857  
858  
859  
859  
860  
861  
862  
863  
864  
865  
866  
867  
868  
869  
869  
870  
871  
872  
873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
889  
890  
891  
892  
893  
894  
895  
896  
897  
898  
899  
899  
900  
901  
902  
903  
904  
905  
906  
907  
908  
909  
909  
910  
911  
912  
913  
914  
915  
916  
917  
918  
919  
919  
920  
921  
922  
923  
924  
925  
926  
927  
928  
929  
929  
930  
931  
932  
933  
934  
935  
936  
937  
938  
939  
939  
940  
941  
942  
943  
944  
945  
946  
947  
948  
949  
949  
950  
951  
952  
953  
954  
955  
956  
957  
958  
959  
959  
960  
961  
962  
963  
964  
965  
966  
967  
968  
969  
969  
970  
971  
972  
973  
974  
975  
976  
977  
978  
979  
979  
980  
981  
982  
983  
984  
985  
986  
987  
988  
989  
989  
990  
991  
992  
993  
994  
995  
996  
997  
998  
999  
999  
1000  
1001  
1002  
1003  
1004  
1005  
1006  
1007  
1008  
1009  
1009  
1010  
1011  
1012  
1013  
1014  
1015  
1016  
1017  
1018  
1019  
1019  
1020  
1021  
1022  
1023  
1024  
1025  
1026  
1027  
1028  
1029  
1029  
1030  
1031  
1032  
1033  
1034  
1035  
1036  
1037  
1038  
1039  
1039  
1040  
1041  
1042  
1043  
1044  
1045  
1046  
1047  
1048  
1049  
1049  
1050  
1051  
1052  
1053  
1054  
1055  
1056  
1057  
1058  
1059  
1059  
1060  
1061  
1062  
1063  
1064  
1065  
1066  
1067  
1068  
1069  
1069  
1070  
1071  
1072  
1073  
1074  
1075  
1076  
1077  
1078  
1079  
1079  
1080  
1081  
1082  
1083  
1084  
1085  
1086  
1087  
1088  
1089  
1089  
1090  
1091  
1092  
1093  
1094  
1095  
1096  
1097  
1098  
1099  
1099  
1100  
1101  
1102  
1103  
1104  
1105  
1106  
1107  
1108  
1109  
1109  
1110  
1111  
1112  
1113  
1114  
1115  
1116  
1117  
1118  
1119  
1119  
1120  
1121  
1122  
1123  
1124  
1125  
1126  
1127  
1128  
1129  
1129  
1130  
1131  
1132  
1133  
1134  
1135  
1136  
1137  
1138  
1139  
1139  
1140  
1141  
1142  
1143  
1144  
1145  
1146  
1147  
1148  
1149  
1149  
1150  
1151  
1152  
1153  
1154  
1155  
1156  
1157  
1158  
1159  
1159  
1160  
1161  
1162  
1163  
1164  
1165  
1166  
1167  
1168  
1169  
1169  
1170  
1171  
1172  
1173  
1174  
1175  
1176  
1177  
1178  
1179  
1179  
1180  
1181  
1182  
1183  
1184  
1185  
1186  
1187  
1188  
1189  
1189  
1190  
1191  
1192  
1193  
1194  
1195  
1196  
1197  
1198  
1199  
1199  
1200  
1201  
1202  
1203  
1204  
1205  
1206  
1207  
1208  
1209  
1209  
1210  
1211  
1212  
1213  
1214  
1215  
1216  
1217  
1218  
1219  
1219  
1220  
1221  
1222  
1223  
1224  
1225  
1226  
1227  
1228  
1229  
1229  
1230  
1231  
1232  
1233  
1234  
1235  
1236  
1237  
1238  
1239  
1239  
1240  
1241  
1242  
1243  
1244  
1245  
1246  
1247  
1248  
1249  
1249  
1250  
1251  
1252  
1253  
1254  
1255  
1256  
1257  
1258  
1259  
1259  
1260  
1261  
1262  
1263  
1264  
1265  
1266  
1267  
1268  
1269  
1269  
1270  
1271  
1272  
1273  
1274  
1275  
1276  
1277  
1278  
1279  
1279  
1280  
1281  
1282  
1283  
1284  
1285  
1286  
1287  
1288  
1289  
1289  
1290  
1291  
1292  
1293  
1294  
1295  
1296  
1297  
1298  
1299  
1299  
1300  
1301  
1302  
1303  
1304  
1305  
1306  
1307  
1308  
1309  
1309  
1310  
1311  
1312  
1313  
1314  
1315  
1316  
1317  
1318  
1319  
1319  
1320  
1321  
1322  
1323  
1324  
1325  
1326  
1327  
1328  
1329  
1329  
1330  
1331  
1332  
1333  
1334  
1335  
1336  
1337  
1338  
1339  
1339  
1340  
1341  
1342  
1343  
1344  
1345  
1346  
1347  
1348  
1349  
1349  
1350  
1351  
1352  
1353  
1354  
1355  
1356  
1357  
1358  
1359  
1359  
1360  
1361  
1362  
1363  
1364  
1365  
1366  
1367  
1368  
1369  
1369  
1370  
1371  
1372  
1373  
1374  
1375  
1376  
1377  
1378  
1379  
1379  
1380  
1381  
1382  
1383  
1384  
1385  
1386  
1387  
1388  
1389  
1389  
1390  
1391  
1392  
1393  
1394  
1395  
1396  
1397  
1398  
1399  
1399  
1400  
1401  
1402  
1403  
1404  
1405  
1406  
1407  
1408  
1409  
1409  
1410  
1411  
1412  
1413  
1414  
1415  
1416  
1417  
1418  
1419  
1419  
1420  
1421  
1422  
1423  
1424  
1425  
1426  
1427  
1428  
1429  
1429  
1430  
1431  
1432  
1433  
1434  
1435  
1436  
1437  
1438  
1439  
1439  
1440  
1441  
1442  
1443  
1444  
1445  
1446  
1447  
1448  
1449  
1449  
1450  
1451  
1452  
1453  
1454  
1455  
1456  
1457  
1458  
1459  
1459  
1460  
1461  
1462  
1463  
1464  
1465  
1466  
1467  
1468  
1469  
1469  
1470  
1471  
1472  
1473  
1474  
1475  
1476  
1477  
1478  
1479  
1479  
1480  
1481  
1482  
1483  
1484  
1485  
1486  
1487  
1488  
1489  
1489  
1490  
1491  
1492  
1493  
1494  
1495  
1496  
1497  
1498  
1499  
1499  
1500  
1501  
1502  
1503  
1504  
1505  
1506  
1507  
1508  
1509  
1509  
1510  
1511  
1512  
1513  
1514  
1515  
1516  
1517  
1518  
1519  
1519  
1520  
1521  
1522  
1523  
1524  
1525  
1526  
1527  
1528  
1529  
1529  
1530  
1531  
1532  
1533  
1534  
1535  
1536  
1537  
1538  
1539  
1539  
1540  
1541  
1542  
1543  
1544  
1545  
1546  
1547  
1548  
1549  
1549  
1550  
1551  
1552  
1553  
1554  
1555  
1556  
1557  
1558  
1559  
1559  
1560  
1561  
1562  
1563  
1564  
1565  
1566  
1567  
1568  
1569  
1569  
1570  
1571  
1572  
1573  
1574  
1575  
1576  
1577  
1578  
1579  
1579  
1580  
1581  
1582  
1583  
1584  
1585  
1586  
1587  
1588  
1589  
1589  
1590  
1591  
1592  
1593  
1594  
1595  
1596  
1597  
1598  
1599  
1599  
1600  
1601  
1602  
1603  
1604  
1605  
1606  
1607  
1608  
1609  
1609  
1610  
1611  
1612  
1613  
1614  
1615  
1616  
1617  
1618  
1619  
1619  
1620  
1621  
1622  
1623  
1624  
1625  
1626  
1627  
1628  
1629  
1629  
1630  
1631  
1632  
1633  
1634  
1635  
1636  
1637  
1638  
1639  
1639  
1640  
1641  
1642  
1643  
1644  
1645  
1646  
1647  
1648  
1649  
1649  
1650  
1651  
1652  
1653  
1654  
1655  
1656  
1657  
1658  
1659  
1659  
1660  
1661  
1662  
1663  
1664  
1665  
1666  
1667  
1668  
1669  
1669  
1670  
1671  
1672  
1673  
1674  
1675  
1676  
1677  
1678  
1679  
1679  
1680  
1681  
1682  
1683  
1684  
1685  
1686  
1687  
1688  
1689  
1689  
1690  
1691  
1692  
1693  
1694  
1695  
1696  
1697  
1698  
1699  
1699  
1700  
1701  
1702  
1703  
1704  
1705  
1706  
1707  
1708  
1709  
1709  
1710  
1711  
1712  
1713  
1714  
1715  
1716  
1717  
1718  
1719  
1719  
1720  
1721  
1722  
1723  
1724  
1725  
1726  
1727  
1728  
1729  
1729  
1730  
1731  
1732  
1733  
1734  
1735  
1736  
1737  
1738  
1739  
1739  
1740  
1741  
1742  
1743  
1744  
1745  
1746  
1747  
1748  
1749  
1749  
1750  
1751  
1752  
1753  
1754  
1755  
1756  
1757  
1758  
1759  
1759  
1760  
1761  
1762  
1763  
1764  
1765  
1766  
1767  
1768  
1769  
1769  
1770  
1771  
1772  
1773  
1774  
1775  
1776  
1777  
1778  
1779  
1779  
1780  
1781  
1782  
1783  
1784  
1785  
1786  
1787  
1788  
1789  
1789  
1790  
1791  
1792  
1793  
1794  
1795  
1796  
1797  
1798  
1799  
1799  
1800  
1801  
1802  
1803  
1804  
1805  
1806  
1807  
1808  
1809  
1809  
1810  
1811  
1812  
1813  
1814  
1815  
1816  
1817  
1818  
1819  
1819  
1820  
1821  
1822  
1823  
1824  
1825  
1826  
1827  
1828  
1829  
1829  
1830  
1831  
1832  
1833  
1834  
1835  
1836  
1837  
1838  
1839  
1839  
1840  
1841  
1842  
1843  
1844  
1845  
1846  
1847  
1848  
1849  
1849  
1850  
1851  
1852  
1853  
1854  
1855  
1856  
1857  
1858  
1859  
1859  
1860  
1861  
1862  
1863  
1864  
1865  
1866  
1867  
1868  
1869  
1869  
1870  
1871  
1872  
1873  
1874  
1875  
1876  
1877  
1878  
1879  
1879  
1880  
1881  
1882  
1883  
1884  
1885  
1886  
1887  
1888  
1889  
1889  
1890  
1891  
1892  
1893  
1894  
1895  
1896  
1897  
1898  
1899  
1899  
1900  
1901  
1902  
1903  
1904  
1905  
1906  
1907  
1908  
1909  
1909  
1910  
1911  
1912  
1913  
1914  
1915  
1916  
1917  
1918  
1919  
1919  
1920  
1921  
1922  
1923  
1924  
1925  
1926  
1927  
1928  
1929  
1929  
1930  
1931  
1932  
1933  
1934  
1935  
1936  
1937  
1938  
1939  
1939  
1940  
1941  
1942  
1943  
1944  
1945  
1946  
1947  
1948  
1949  
1949  
1950  
1951  
1952  
1953  
1954  
1955  
1956  
1957  
1958  
1959  
1959  
1960  
1961  
1962  
1963  
1964  
1965  
1966  
1967  
1968  
1969  
1969  
1970  
1971  
1972  
1973  
1974  
1975  
1976  
1977  
1978  
1979  
1979  
1980  
1981  
1982  
1983  
1984  
1985  
1986  
1987  
1988  
1989  
1989  
1990  
1991  
1992  
1993  
1994  
1995  
1996  
1997  
1998  
1999  
1999  
2000  
2001  
2002  
2003  
2004  
2005  
2006  
2007  
2008  
2009  
2009  
2010  
2011  
2012  
2013  
2014  
2015  
2016  
2017  
2018  
2019  
2019  
2020  
2021  
2022  
2023  
2024  
2025  
2026  
2027  
2028  
2029  
2029  
2030  
2031  
2032  
2033  
2034  
2035  
2036  
2037  
2038  
2039  
2039  
2040  
2041  
2042  
2043  
2044  
2045  
2046  
2047  
2048  
2049  
2049  
2050  
2051  
2052  
2053  
2054  
2055  
2056  
2057  
2058  
2059  
2059  
2060  
2061  
2062  
2063  
2064  
2065  
2066  
2067  
2068  
2069  
2069  
2070  
2071  
2072  
2073  
2074  
2075  
2076  
2077  
2078  
2079  
2079  
2080  
2081  
2082  
2083  
2084  
2085  
2086  
2087  
2088  
2089  
2089  
2090  
2091  
2092  
2093  
2094  
2095  
209

24. *unimed* (unimed) *unimed*

卷之三

COHEN-PB 280.627-ENE  
-01072-6 Other than funds

book (verb)

2041-2050

四

ALMANOQ TOTAL EM 24h:		SOMA DAS PERDAS:	BAL. PARCIAL
AMBIOS NOT.	PERDAS		
1h			
4h			
5h			
6h			
7h			
8h			
9h			
10h			
11h			
12h			
13h			
14h			
15h			
16h			
17h			
18h			
19h			
20h			
21h			
22h			
23h			
24h			

THE NEW CHARTER

13/04/19

Cam 9-8 1921  
Dr. Pedro L. Martínez

13/04/19

13/04/19

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Cam 9-8 1921  
Dr. Pedro L. Martínez

08

80

21/04/19 12/12

5

08

80

21/04/19 12/12

8

20

81

80

21/04/19 12/12

7

20

82

80

21/04/19 12/12

9

20

83

80

21/04/19 12/12

10

20

84

80

21/04/19 12/12

11

20

85

80

21/04/19 12/12

12

20

86

80

21/04/19 12/12

13

20

87

80

21/04/19 12/12

14

MEDICAMENTOS

HORARIO

13109

DATA

CONVENIO: UNIMED

PRESCRITO MEDICA

AT

AT

ANTIGONIC TARGICIN O

DIAGNOSTICO

HOSPITAL

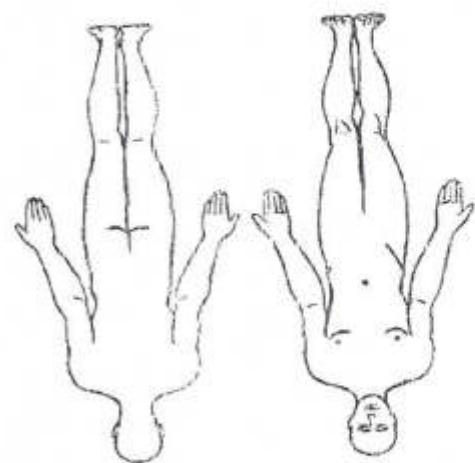
13109

PRESCRIPCION MEDICA		DIAGNOSTICO																					
ANTONIO TARGINI HOSP TA		CONVENIO:																					
NAME: <i>Flavia Fernández</i>		LETTO:	DATA:																				
DIAGNOSTICO:		MEDICAMENTOS																					
HORARIO		14/9/12																					
<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>Fluimucil 100 mg x 10/12</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>Fluimucil 100 mg x 10/12</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>Fluimucil 100 mg x 10/12</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>Fluimucil 100 mg x 10/12</td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td>Fluimucil 100 mg x 10/12</td> </tr> <tr> <td>⑥</td> <td>Fluimucil 100 mg x 10/12</td> </tr> <tr> <td>⑦</td> <td>Fluimucil 100 mg x 10/12</td> </tr> <tr> <td>⑧</td> <td>Fluimucil 100 mg x 10/12</td> </tr> <tr> <td>⑨</td> <td>Fluimucil 100 mg x 10/12</td> </tr> <tr> <td>⑩</td> <td>Fluimucil 100 mg x 10/12</td> </tr> </table>				①	Fluimucil 100 mg x 10/12	②	Fluimucil 100 mg x 10/12	③	Fluimucil 100 mg x 10/12	④	Fluimucil 100 mg x 10/12	⑤	Fluimucil 100 mg x 10/12	⑥	Fluimucil 100 mg x 10/12	⑦	Fluimucil 100 mg x 10/12	⑧	Fluimucil 100 mg x 10/12	⑨	Fluimucil 100 mg x 10/12	⑩	Fluimucil 100 mg x 10/12
①	Fluimucil 100 mg x 10/12																						
②	Fluimucil 100 mg x 10/12																						
③	Fluimucil 100 mg x 10/12																						
④	Fluimucil 100 mg x 10/12																						
⑤	Fluimucil 100 mg x 10/12																						
⑥	Fluimucil 100 mg x 10/12																						
⑦	Fluimucil 100 mg x 10/12																						
⑧	Fluimucil 100 mg x 10/12																						
⑨	Fluimucil 100 mg x 10/12																						
⑩	Fluimucil 100 mg x 10/12																						



Região

Curativos: Tipo



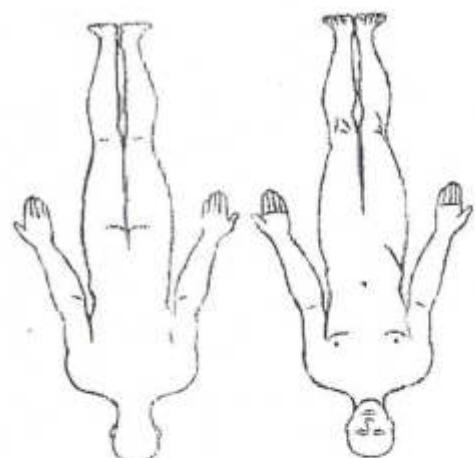
OBSERVAÇÕES:

Ulcera por pressão:  Sim  Não  
 Região: \_\_\_\_\_ / Grau: \_\_\_\_\_

ALTA

18/09

Observações: não passou de 1000 mmHg para pressão arterial  
 não causou edema de membros inferiores  
 não causou edema de membros superiores



PELE:  corada;  descolorada;  icterica;  desidratada;  sudoreica;  fria  
 Região: \_\_\_\_\_ / Grau: \_\_\_\_\_

ADMISSÃO

~~On/Off~~

EVOLUGAO DE ENFERMAGEM

DISPOSITIVOS	DATA DE INSCRIÇÃO	APREZAMENTO	DATA DA TROCA	ASSINATURA
SNE:	08/09	A cada 5 dias		
SVD:	08/09	A cada 3 meses ou quando houver necessidades.		
SEUPO AV:	08/09	72/72 h		
SEUPO Npt:	08/09	24/24 h		
EQUPO DITA:	08/09	24/24 h		
UMIDIFICADOR	08/09	A cada 5 dias		
LATEX	08/09	24/24 h		
ASPIRADORA	08/09	24/24 h		
CIRCUITO VNI	08/09	troca - quando apresentar falha no funcionamento ou quando sujeira nível:		
FILTRO DE VM	08/09	troca - quando estiver em uso para efeitos de sujeira.		









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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190683740**

Nome do(a) Examinado(a): **VANIA DOS SANTOS QUEIROZ**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Jaime Pereira Coelho, 112 - Santa Cruz - Campina Grande - PB - CEP 58417-140**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **2637081**

Data e local do acidente: [ **07/09/2019** ] **CAMPINA GRANDE**

Data e local do exame: [ **19/12/2019** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMA CRÂNIO ENCEFALICO**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**PRESença DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADE, SEM EDEMAS**

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

[  ] Sim [  ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 07/09/2019; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS COSNTATANDO O TRAUMA CRÂNIO ENCEFALICO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO (SIC), MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 14/09/2019 (SIC). SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIEMINTO, ORIENTADO, SEM DEFICIT COGNITIVO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILÍBRIO, ALIMENTAÇÃO NORMAL, SEM CRISE CONVULSIVA.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

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

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

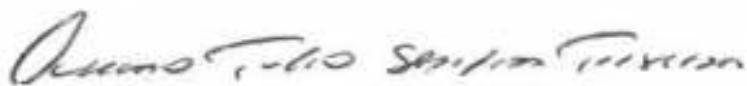
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Luciano Túlio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190683740      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANIA DOS SANTOS QUEIROZ      **Data do acidente:** 07/09/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFALICO

**Descrição do exame físico:** PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADE, SEM EDEMAS. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO, ORIENTADA, SEM DEFICIT COGNITIVO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILÍBRIOS, ALIMENTAÇÃO NORMAL, SEM CRISE CONVULSIVA.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 07/09/2019; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONFIRMANDO O TRAUMA CRÂNIO ENCEFALICO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO (SIC), MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 14/09/2019 (SIC).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 19/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Sem sequelas funcionais ao presente exame.  
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190683740      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANIA DOS SANTOS QUEIROZ      **Data do acidente:** 07/09/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (HEMATOMA EM REGIÃO OCULAR)

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190683740      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANIA DOS SANTOS QUEIROZ      **Data do acidente:** 07/09/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (HEMATOMA EM REGIÃO OCULAR)

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438429/19

**Vítima:** VANIA DOS SANTOS QUEIROZ

**CPF:** 038.685.134-42

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/09/2019

**Titular do CPF:** VANIA DOS SANTOS QUEIROZ

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**VANIA DOS SANTOS QUEIROZ : 038.685.134-42**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019  
Nome: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ  
CPF: 038.685.134-42

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

VANIA DOS SANTOS QUEIROZ

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA