
Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190444687

Vítima: MAIKOM

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAIKOM

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, 11 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190444687

Vítima: MAIKOM

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAIKOM

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MAIKOM

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 737

Conta: 0000093642-0

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

704.212.714-50

Nome completo da vítima

MAIKOM

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MAIKOM		CPF titular da conta 704.212.714	Profissão —
Endereço RUA FERROVIÁRIA		Número 08	Complemento APTO 06 BL C
Bairro Jd. QUARENTA	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP 58.416-195
Email Kennedylima@bol.com.br			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0737 D/V 013 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 93642-0 D/V 0 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CAMPINA GRANDE, 19 de JANEIRO de 2018.

Local e Data

MAIKOM

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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: 025095119 3 - CPF da vítima: 704.212.714-50 4 - Nome completo da vítima: MAIKOM

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

5 - Nome completo: MAIKOM 6 - CPF: 704.212.714-50
7 - Profissão: AUX. MECÂNICO 8 - Endereço: RUA FERROVIÁRIA 9 - Número: 08 10 - Complemento: APT. 06C
11 - Bairro: GUARENTA 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.416-195
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98651 8367

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 0737 CONTA: 3642 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.

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 24-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00009.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação I: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 07/09/2017

Hora: 05:28:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Almirante Barroso, Liberdade, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Maikom

Conhecido por: Não informado

Filiação: Joelma e Não Declarado

Idade: 24

Data de Nascimento: 17/10/1993

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Auxiliar de Mecânico

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 704.212.714-50

Endereço: Rua Dom Manoel Pereira da Costa, 46, Quarenta, Campina Grande, PB

Complemento: Bloco, C, APTº 006

Telefone: (83) 98622-2981

TESTEMUNHA

Nome: Sheila Raquel Leite da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Josiane Brito da Silva e José Waldivan Leite da Silva

Idade: 26

Data de Nascimento: 08/11/1991

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Estudante

Documentos(s) de Identificação: RG nº 3563658 SSP/PB

Endereço: Vila Ferroviária, 08, Quarenta, Campina Grande, PB

Complemento: Bloco, C, APTº 06

Telefone: (83) 98622-2981





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00009.01.2018.2.00.420



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 07/09/2017

Hora: 05:28:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Almirante Barroso, Liberdade, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Maikom
	Conhecido por: Não informado
TESTEMUNHA	Filiação: Joelma e Não Declarado
	Idade: 24 Data de Nascimento: 17/10/1993 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: solteiro(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Auxiliar de Mecânico
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 704.212.714-50
	Endereço: Rua Dom Manoel Pereira da Costa, 46, Quarenta, Campina Grande, PB
	Complemento: Bloco, C, APTº 006
	Telefone: (83) 98622-2981
	Nome: Sheila Raquel Leite da Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Josiane Brito da Silva e José Waldivan Leite da Silva
	Idade: 26 Data de Nascimento: 08/11/1991 Identidade de Gênero: feminino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: união estável
	Escolaridade: Não informado Profissão: Estudante
	Documentos(s) de Identificação: RG nº 3563658 SSP/PB
	Endereço: Vila Ferroviária, 08, Quarenta, Campina Grande, PB
	Complemento: Bloco, C, APTº 06
	Telefone: (83) 98622-2981



Conferir com o original em mãos
outras, antes de ser assinado único
do documento nº 00009.01.2018.2.00.420

Ademir da Silva
18 de 18



TESTEMUNHA

Nome: Kelly Cristina Cardoso da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ivanilda Silveira da Silva e José Ricardo Cardoso da Silva
Idade: 33 Data de Nascimento: 14/03/1984 Identidade de Gênero: feminino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Cabelereira
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 052.992.114-65
Endereço: Rua do Juá, 94, Tambor, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98719-9351

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 JOB, tipo de veículo Motocicleta, cor Azul, ano MNW-0075, placa MNW-0075, chassi 9C2KC08308R084314, renavam 96489347

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 JOB, Ano/Modelo 2008/2008, cor azul, Placa MNW-0075-PB, Chassi de N° 9C2KC8308R004314, licenciada em nome de Thiago Lemos Rodrigues, quando trafegava na rua Almirante Barroso, bairro da Liberdade, momento em que sobrou na curva e perdeu o controle de direção, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura de Fêmur na perna direita, sendo socorrida pelo Corpo de Bombeiros e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 16 de janeiro de 2018.



SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

MAIKOM
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



TESTEMUNHA

Nome: Kelly Cristina Cardoso da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ivanilda Silveira da Silva e José Ricardo Cardoso da Silva
Idade: 33 Data de Nascimento: 14/03/1984 Identidade de Gênero: feminino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Cabelereira
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 052.992.114-65
Endereço: Rua do Juá, 94, Tambor, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98719-9351

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 JOB, tipo de veículo Motocicleta, cor Azul, ano MNW-0075, placa MNW-0075, chassi 9C2KC08308R084314, renavam 96489347

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 JOB, Ano/Modelo 2008/2008, cor azul, Placa MNW-0075-PB, Chassi de Nº 9C2KC8308R004314, licenciada em nome de Thiago Lemos Rodrigues, quando trafegava na rua Almirante Barroso, bairro da Liberdade, momento em que sobrou na curva e perdeu o controle de direção, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura de Fêmur na perna direita, sendo socorrida pelo Corpo de Bombeiros e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do SPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 16 de janeiro de 2018.



SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Unikom

MAIKOM
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MAIKOM

CPF da Vítima

704.212.714-50

Data do Acidente

07/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

C. GRANDE/PA, 19 de JANEIRO de 2018
Local e Data

* Maikom

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 ASI: 0250951/J9 3 - CPF da vítima: 704.212.714-50 4 - Nome completo da vítima: MAIKOM

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

5 - Nome completo: MAIKOM 6 - CPF: 704.212.714-50
7 - Profissão: AUX. MECÂNICO 8 - Endereço: RUA FERROVIÁRIA 9 - Número: 08 10 - Complemento: APT. 06C
11 - Bairro: QUARENTA 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.416-195
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98651-8367

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0737 CONTA: 3642 0 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 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 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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 24.07.2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
2º. CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
ESTADO DA PARAÍBA - MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE

Maria Lúcia Marcelino de Almeida - oficial do Registro Civil, na forma da lei, etc.

MARIA LUCIA M. DE ALMEIDA
Oficial do R.C. Civil
Campina Grande - Paraíba

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

MARIA LUCIA MARCELINO DE ALMEIDA, Oficial do Registro Civil, desta Cidade de Campina Grande-PB na forma da Lei, etc..

CERTIFICO que às folhas 178, sob número 096609 do livro A-185 de Registro de Nascimento foi feito hoje o assentamento de MATKON, nascido aos dezessete de outubro de um mil e novecentos e noventa e três (17/10/1993), às 16 HORAS em CAMPINA GRANDE-PB DMV Nº 40604075, do sexo masculino. Filho de IGNORADO e JOELMA..

SEndo os avós paternos IGNORADO e IGNORADA e os avós maternos IGNORADO e IGNORADA..

Foi Declarante POR MANDADO JUDICIAL..

O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande-PB, 13 DE FEVEREIRO DE 2008

Maria de Sacramento Nascimento Silva
Oficial(a)

Maria de Sacramento Nascimento Silva
Oficial(a)
2º Cartório do Registro Civil
Campina Grande-PB





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES POLICIAIS**

Nº 113

CERTIDÃO

Conforme Registro de Ocorrência de nº 00004 do dia 07/09/2017, às 05hs28min, **CERTIFICO** que a guarnição de Auto Resgate (AR-33) deslocou até a Avenida Almirante Barroso, Bairro: Liberdade, Campina Grande-PB para atender uma ocorrência de **QUEDA DE MOTO**. Chegando ao local, a vítima, o Sr. **MAIKOM** de identidade nº 4.117.601 2ª via SSP/PB, 24 anos se encontrava ao solo com uma possível fratura de fêmur no membro inferior direito. Tão logo, feito os procedimentos técnicos, a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

CAUSA PROVÁVEL: Ignorada*****

CHEFE DA GUARNIÇÃO: SD BM ALEXANDRE ALVES ARAÚJO*****

Quartel em Campina Grande – PB, 17 de Novembro de 2017.


GLADSTONE NOGUEIRA DA SILVA – CAP QOABM
Chefe do CIOP do 2º BBM



**GOVERNO
DA PARAIBA**

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA-2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
AV. ALMEIDA BARRETO, Nº 425 – SÃO JOSÉ, CEP: 58400-325 – CAMPINA GRANDE-PB
TEL: (83) 3310-9339 / FAX: (83) 3310-9396 –
E-MAIL: comando2crlbm@hotmail.com



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES POLICIAIS**

Nº 113

CERTIDÃO

Conforme Registro de Ocorrência de nº 00004 do dia 07/09/2017, às 05hs28min, **CERTIFICO** que a guarnição de Auto Resgate (AR-33) deslocou até a Avenida Almirante Barroso, Bairro: Liberdade, Campina Grande-PB para atender uma ocorrência de **QUEDA DE MOTO**. Chegando ao local, a vítima, o Sr. **MAIKOM** de identidade nº 4.117.601 2ª via SSP/PB, 24 anos se encontrava ao solo com uma possível fratura de fêmur no membro inferior direito. Tão logo, feito os procedimentos técnicos, a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

CAUSA PROVÁVEL: Ignorada *****

CHEFE DA GUARNIÇÃO: SD BM ALEXANDRE ALVES ARAÚJO *****

Quartel em Campina Grande – PB, 17 de Novembro de 2017.



GLADSTONE NOGUEIRA DA SILVA – CAP QOABM
Chefe do CIOP do 2º BBM



**GOVERNO
DA PARAIBA**

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA-2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
AV. ALMEIDA BARRETO, N° 428 – SÃO JOSÉ, CEP: 58400-328 – CAMPINA GRANDE-PB.
TEL: (33) 3310-9239 / FAX: (33) 3310-9296 -
E-MAIL: com-2@bombrm.pb.gov.br

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1500978

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 07/09/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: maycon cardoso da

CEP:

Nascimento: 31/12/1969

idade 24 anos

MAIKOM

Sexo:

Telefone:

Endereço:

Idade: 02017

Bairro:

Cidade:

RG:

Nº: 0

Nome da Mãe:

CPF:

Profissão:

Responsável:

Data de

CNS:

Estado Civil:

Atend: 07/09/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 06:09:39

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injurgitamento Venoso |
| 5. Creptação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Enfiado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

fratura de fêmur D.

EXAME PRIMÁRIO - D S CLINICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em: _____

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

- () Ultrassonografia: AXE
() Radiografias: B. U. C. (C. D.)
()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

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

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

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	S. E. = 94. 1000 - 24	
2	T. 1000 - 24	
3	1000 - 24	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAIKOM

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000093642-0

Nr. da Autenticação CF6370AEF1140BF2

REMETENTE

036737

INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA
AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N
SANTA ROSA
CAMPINA GRANDE - PB
58416-680

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ MUDOU-SE | ☐ RECUSADO | ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO |
| ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ NÃO PROCURADO | ☐ |
| ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO | ☐ AUSENTE | |
| ☐ DESCONHECIDO | ☐ FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



036481



MAIKOM
FERROVIARIA 08 AP06 BLC
QUARENTA
CAMPINA GRANDE PB
58416-195



5013196987420760000003648130181017



Emissão 21/12/2017 Referência Dez/17
Classificador RESIDENCIAL/RESIDENCIAL
Roteiro 13-401-820-1410 Nº motor J08026631

Nota Fiscal Contábil de Energia Elétrica Nº 000-100-000
Cod. para D.O.B. Automática: 00002021539

Conta referente a	Apresentação	Data prevista de próxima leitura	CPF / CNPJ / RG
Dez / 2017	21/12/2017	22/01/2018	2833718499 Mac Br.

Canal de contato

Atendendo sua solicitação, informamos que sua reclamação foi encaminhada ao Depto. Administrativo, sendo decidida no Conselho Administrativo, por meio de Acórdão. A futura continuação sendo entregue em sua mão, para a obtenção das informações da situação e visão a ser dada pelo Conselho Administrativo, Agência A192, Cont. 0125767-0.

Declaro que o Acórdão e o Parecer da Comissão de Defesa da Cidadania e da Defesa do Consumidor, Agência A192, Cont. 0125767-0, não possuem caráter vinculante, sendo apenas uma recomendação para a futura atuação da Agência A192, Cont. 0125767-0, não podendo ser utilizado para fins de recurso, não sendo a única forma de recurso cabível, sendo possível a interposição de recurso administrativo, conforme o art. 104 da Lei nº 12.527/2011.

Atenciosamente,

Presidente do Conselho Administrativo

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
22/11/17	5408	21/12/17	5527				29		28
Demonstrativo									
		Quilômetros	Tarifa	Taxa Base C.A.	Avg	Unidade	Tarifa C.A.	P.R.O.D.	Custo PT
		Total	Total	(CMRPA)	CMG		PerCm(Prod.)	0,957796(2,1064)	
CCU	Gratificação	135.000	0,608350	84,28	84,28	27	22,75	84,28	0,26
			0,90	0,90	27		1,58	0,90	0,03
DE01	Consumo em kWh								
DE01	Adc.B.Vermela								
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
				11,56	0,00	0	0,00	0,00	0,00
				0,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00
DE07	CONTROLE MUNICIPAL			2,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
DE04	JUROS DE MORA 11/2017								
DES	MULTA 11/2017								

SAZEMI SEGURODORA S/A
19 JUN 2018
RECEBIDO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Modelo padrão para boleto
Documento para pagamento de boleto
Nº 001.263.455



ENERGISA BOMBONEIRA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Trás Irradi - Campina Grande / PB - CEP 58423-709
CNPJ 08.926.586/0001 95 - Insc. Est. 16.003.830-1

DADOS DO CLIENTE

VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO
RUA CAICO, 66 - BAIRRO DAS MALVINAS - CEP. 58.433-167
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/78290-4

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

22/06/2018

CONSUMO

21

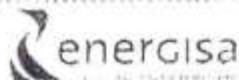
VENCIMENTO

29/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 17,87

Acesso: www.energisa.com.br



VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO
Roteiro: 13-401-700-3090
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/07/2018

VENCIMENTO

29/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 17,87

MATRÍCULA

78290-2018-06-1



REMETENTE

036737

INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA
AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N
SANTA ROSA
CAMPINA GRANDE - PB
58416-680

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ MUDOU-SE | ☐ RECUSADO | ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO |
| ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ NÃO PROCURADO | ☐ |
| ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO | ☐ AUSENTE | |
| ☐ DESCONHECIDO | ☐ FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



036481



MAIKOM
FERROVIARIA 08 AP06 BLC
QUARENTA
CAMPINA GRANDE PB
58416-195



5013196987420760000003648130181017



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu WALKENEDY Lima DE ARAUJO inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.037.344 / 94,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAIKOM inscrito
(a) no CPF sob o Nº 704.212.714 / 50, do sinistro de DPVAT cobertura JPA da Vítima
O MESMO, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA IRMÃ OLÍVIA</u>		Número <u>174</u>	Complemento
Bairro <u>SERROTÃO</u>	Cidade <u>CAMPINA GRANDE</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58434-076</u>
Email <u>kennedylima@bol.com.br</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>83 99382-161</u>

C. GRANDE 12 de MARÇO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, THIAGO LEMOS RODRIGUES

Portador do CPF 227.613.558-14, e RG

Residente e domiciliado AV. CONSUL JOSEPH NOUJAIN RABIB, 1830

Bairro CATOLÉ, na cidade CAMPINA GRANDE, declaro, sob as

penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima MAIKOM,

cujo o condutor era MAIKOM

VEÍCULO	MOTOCICLETA
ANO FAB/MOD.	2008/2008
MARCA/MOD.	HONDA/CG 150 SOB
PLACA	MNW 0045/PB
CHASSI	9C2K008308R004314
DATA DO ACIDENTE	07/09/2017

Thiago Lemos Rodrigues
Assinatura do Declarante

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

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

2º CARTÓRIO DE NOTAS
CAMPINA GRANDE - PB

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabelião: Maria de Fátima Laffitte Cavalcanti
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
THIAGO LEMOS RODRIGUES

Campina Grande/PB 14/05/2018
Em testemunho da verdade. Dou fe.
Escrevente: **LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS**
Selo Digital: AGX95002-B3WE
Confira os dados em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Empl R\$9,48 ISS R\$0,47 Farpem R\$0,28 Fep R\$1,74 PP R\$0,15

Luciana Carolino dos Santos
Escrevente Autorizada



9 9382-1646 / 98854-5124



CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins de direito que o paciente atendido no dia 07 de setembro de 2017 (Atendimento n.º 1500978), pelas 06:09 h, foi **MAIKOM**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade n.º 41.17.601 SSP/PB e CPF n.º 704.212.714-50, filho de Joelma, natural de Campina Grande - PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se **MAYCON CARDOSO DA SILVA**, leia-se **MAIKOM**.

Certificamos, ainda, que o paciente, apresentou Carteira Nacional de Habilitação original onde consta o nome correto do mesmo.

Campina Grande/PB, 29 de janeiro de 2018

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Mat: 157.816-2 - OAB/PB 12.139

Hospital de Emergência e Trauma

de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Pedro Mano F. A. Fernandes

Núcleo de Auditoria/Assistente Jurídico

PEDRO MÁRIO FREITAS ALVES FERNANDES

Assessor Jurídico do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Mat: 210.411-3 - OAB/PB 22.160



07/09/2017



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1500978

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - END: 08-778-268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 07/09/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07
Atendente: Claudia Bozerra Lacerda

PACIENTE: maycon ~~MAIOM~~
24 anos

Nascimento: 31/12/1969

CEP:

Telefone:

Sexo:

Bairro:

Idade: 02017

Nº: 0

RG:

Profissão:

CPF:

CNS:

Data de

Atend: 07/09/2017

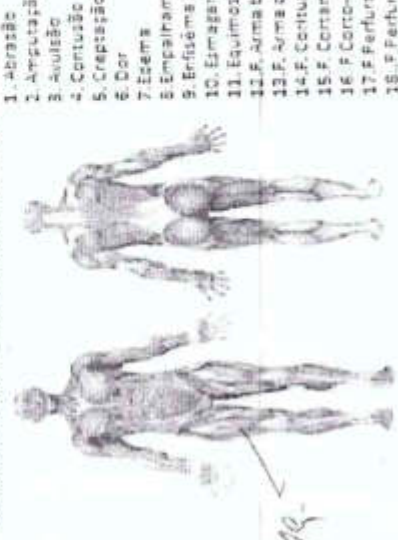
Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS
MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abordagem
2. Amputação
3. Anestesia
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Enfisema subcutâneo
10. Emagrecimento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Incurtamento/vereto
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Peritese
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

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

DIAGNÓSTICO / CID: fratura de fêmur D.

http://10.1.1.148/projetohctg/impreurgencia.php?contar=1500978

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - D S CLINICOS



ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Radiografias
- () Ultrassonografias
- () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia

Especialista: Ortopedia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

HORÁRIO REALIZADO

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

- | Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO |
|----|----------------------------|-------------------|
| 1 | <u>S.O. - 5h. 1000</u> | |
| 2 | <u>Trauma - 1000h - 2h</u> | |
| 3 | <u>1000h - 1h</u> | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RECEIVED
19 JUN 2018
SANTINI SEGURADORA S/A

070914: est de deden - Am
altuacion - Alta de Cita
por ~~la~~ antichu
partida realice

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revela
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

[http://10.1.1.1.143/projeto/hicq/impreurgencia.php?contar=1500978](http://10.1.1.143/projeto/hicq/impreurgencia.php?contar=1500978)



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



Ficha de Acolhimento

Nome:	Alexandre Domingos da Silva		
End:	Fazenda Boa Vista 4810		
Data de Nascimento:	17.10.93	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acumulo	Data do Atend.:	7.9.17 Hora: 6:15 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

MOD. 110

Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial
Bruna Moura da Silva

ENFERMEIRA

COREN-PE. 223.552

Assinatura e carimbo do profissional



Evolução Psicológica

Name:

Maßnahmen (Lithologie der Schichten)

Setor:

Alia Chryseida

Leit:

$$t-3$$
[illegible]

Data

45/62/96

(7) Tareviti guverneramentelele este un stat, constituit
caut e din statele din nou reunite.
fala apartinerea, cooperativa sunt de
activitate, realizand un dezvoltare
multe activitate dintr-un punct de vedere
e procedurii activitate, unu oclat
colaborare sunt a partilor, activitate de
alta cooperativitate sunt a durate de timp
ce unificarea. Cuprindea de activitate
guverni. (reorganizare) sunt e activitate
dura prof.

Atlane S. Vasconcelos

PSNOLGA - CRP: 13/5448

உதயசுந்தரி

RECEBIDO

9102 MAR 6 1

SABEMI SEGURADORA S/A



Nome do Paciente		MARTIN E. DA SILVA	
Data da Operação		27 set 17	
Operador		Dr. Wilson	
2º Auxiliar		Dr. Jullio M.	
3º Auxiliar		Instrumentador	
Tipo de Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		Fraturas cominadas	
Tipo de Operação		Tórax	
Diagnóstico Pós-Operatório		Dr. Martins	
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato		N	
Acidente Durante a Operação		N	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1 - Paciente em 2ª H, após anestesia
2 - Abordagem da tórax por
3 - Abordagem da tórax por
4 - Incisão para tórax
5 - Redução da fratura
6 - Pontos de sutura
7 - Pontos de sutura
8 - Pontos de sutura
9 - Pontos de sutura
10 - Pontos de sutura

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. Jefferson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6657 - CRM-PB 10158

JUN 2018

RECEBIDO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDADE:

PRONTUÁRIO:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

ANTES DA INCISÃO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

ENTRADA

PAUSA CIRÚRGICA

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

27. OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

✓ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIÁ? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?

Q^{ua}l a revisão da equipe de anestesia: há alguma preocupação específica em relação ao paciente?

MA O PAZIENTE POSSUI:

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS

ALERGIA CONHECIDA?

2. REVISÃO DA EQUIPE E DO INSTRUMENTAL. MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PROTÊSES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)

SIM VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

**RISCO DE PERDA SANGÜEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?**

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SIM É HA ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

NÃO SE APLICA

Assinatura

112584
112585
112586
112587
112588
112589
112590
112591
112592
112593
112594
112595
112596
112597
112598
112599
112600
112601
112602
112603
112604
112605
112606
112607
112608
112609
112610
112611
112612
112613
112614
112615
112616
112617
112618
112619
112620
112621
112622
112623
112624
112625
112626
112627
112628
112629
112630
112631
112632
112633
112634
112635
112636
112637
112638
112639
112640
112641
112642
112643
112644
112645
112646
112647
112648
112649
112650
112651
112652
112653
112654
112655
112656
112657
112658
112659
112660
112661
112662
112663
112664
112665
112666
112667
112668
112669
112670
112671
112672
112673
112674
112675
112676
112677
112678
112679
112680
112681
112682
112683
112684
112685
112686
112687
112688
112689
112690
112691
112692
112693
112694
112695
112696
112697
112698
112699
112700
112701
112702
112703
112704
112705
112706
112707
112708
112709
112710
112711
112712
112713
112714
112715
112716
112717
112718
112719
112720
112721
112722
112723
112724
112725
112726
112727
112728
112729
112730
112731
112732
112733
112734
112735
112736
112737
112738
112739
112740
112741
112742
112743
112744
112745
112746
112747
112748
112749
112750
112751
112752
112753
112754
112755
112756
112757
112758
112759
112760
112761
112762
112763
112764
112765
112766
112767
112768
112769
112770
112771
112772
112773
112774
112775
112776
112777
112778
112779
112780
112781
112782
112783
112784
112785
112786
112787
112788
112789
112790
112791
112792
112793
112794
112795
112796
112797
112798
112799
112800
112801
112802
112803
112804
112805
112806
112807
112808
112809
112810
112811
112812
112813
112814
112815
112816
112817
112818
112819
112820
112821
112822
112823
112824
112825
112826
112827
112828
112829
112830
112831
112832
112833
112834
112835
112836
112837
112838
112839
112840
112841
112842
112843
112844
112845
112846
112847
112848
112849
112850
112851
112852
112853
112854
112855
112856
112857
112858
112859
112860
112861
112862
112863
112864
112865
112866
112867
112868
112869
112870
112871
112872
112873
112874
112875
112876
112877
112878
112879
112880
112881
112882
112883
112884
112885
112886
112887
112888
112889
112890
112891
112892
112893
112894
112895
112896
112897
112898
112899
112900
112901
112902
112903
112904
112905
112906
112907
112908
112909
112910
112911
112912
112913
112914
112915
112916
112917
112918
112919
112920
112921
112922
112923
112924
112925
112926
112927
112928
112929
112930
112931
112932
112933
112934
112935
112936
112937
112938
112939
112940
112941
112942
112943
112944
112945
112946
112947
112948
112949
112950
112951
112952
112953
112954
112955
112956
112957
112958
112959
112960
112961
112962
112963
112964
112965
112966
112967
112968
112969
112970
112971
112972
112973
112974
112975
112976
112977
112978
112979
112980
112981
112982
112983
112984
112985
112986
112987
112988
112989
112990
112991
112992
112993
112994
112995
112996
112997
112998
112999
113000
113001
113002
113003
113004
113005
113006
113007
113008
113009
113010
113011
113012
113013
113014
113015
113016
113017
113018
113019
113020
113021
113022
113023
113024
113025
113026
113027
113028
113029
113030
113031
113032
113033
113034
113035
113036
113037
113038
113039
113040
113041
113042
113043
113044
113045
113046
113047
113048
113049
113050
113051
113052
113053
113054
113055
113056
113057
113058
113059
113060
113061
113062
113063
113064
113065
113066
113067
113068
113069
113070
113071
113072
113073
113074
113075
113076
113077
113078
113079
113080
113081
113082
113083
113084
113085
113086
113087
113088
113089
113090
113091
113092
113093
113094
113095

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESSE PACIENTE

☒ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

2- BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

Q - A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

ET O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

RECEBIDO

8102 NUF 6 1

~~Núcleo de Segurança do Paciente~~

TRAUMA - CG

Cirurgica

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153
Nº 3656 1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

PEDIDO DE FATURAMENTO		NOME DO HOSPITAL
-----------------------	--	------------------

NOME DO HOSPITAL

CIBADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO AGENTE

H-TV „N“

COD PROCEDIMENTO

CONVENIO

PROYECTO DE LEY DE INICIATIVA DEL PODER EJECUTIVO

PRODUTO

REF.

QUANT.

GOD.ROMP

1	100	100	100
---	-----	-----	-----

(70) 9/28 (10/8) 20	100	
---------------------	-----	--

25

70

OLHEAVAS

DA: DA UTILIZACAO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

ശ്രീ

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

(85) 17

RECIBIDO

802 Nov 6 1

SABEWI ST. GUYANA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

296 GOW

11/11/2011 11:11:11 AM

505

01/01/00
01/01/00

2018

Figure 1

75

PMAR

1. *Introduction*

Abstract

DAE

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

100

100

1000

100

1000

1000

100

01400

Page 10

10

A PARK

100

Paciente: Maytem	Idade: 24g
Convenio: SUS	Data: 27/07/2011
Procedimento: Trat cirurgico de fratura da perna e joelho	
Cirurgião: Dr. Wlleson	Anestesista:
Auxiliar:	Anestesia: Raqui
Termínio:	Início:

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Condição
12:00	88x51	113	98%	Dr. J. J. J.	-	Condição

[illegible]

13.60 centímetros de humos a 29 m

Assinatura Anestesista	Cirulante
------------------------	-----------

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103

RECEBIDO

9102 N016 6.1

CAIXA DE SEGURANÇA S/A

Data de internação: 07/09/2017 Hora: 08:19:40

SUS
Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MAYCON CARBOSO DA SILVA

7 - CARTÃO DO SUS

805 6050 4966.3232

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/12/1969

9 - SEXO

Masc ☒ Feme ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Jaelene

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

0. de Jua 84

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Comuna Grande

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF)

207428920710003

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/09/2017

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

Dr. FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRAFEGUE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

19 JUN 2018

RECEBIDO

Data da intermediação: 07/09/2017 Hora: 08:19:40


Sistema **Ministério**
União de
saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde	1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES	2362856
	3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES	2362856

5 - NOME DO PACIENTE MAYCON CARDOSO DA SILVA	5 - N.º DO PROMONTUÁRIO 1501014
---	------------------------------------

1 - CARTÃO DO SUS 103 6080 4966 8232	2 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969	3 - SEXO M	4 - FARMACIA M
5 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL DOROTINA			
6 - N° DE TELEFONE DE CONTATO 000			

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	Companhia Grande		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)	0. Rua do Ipa 94		
11 - CDD (CÓDIGO DE DISTRITO)	14 - CÓDIGO MUNICIPAL	15 - UF	16 - CEP
	0		

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

St. John's + 1000 ft

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TX CM

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO	EXPLICAÇÃO	DATA DE APROVAMENTO
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
66	66	66
67	67	67
68	68	68
69	69	69
70	70	70
71	71	71
72	72	72
73	73	73
74	74	74
75	75	75
76	76	76
77	77	77
78	78	78
79	79	79
80	80	80
81	81	81
82	82	82
83	83	83
84	84	84
85	85	85
86	86	86
87	87	87
88	88	88
89	89	89
90	90	90
91	91	91
92	92	92
93	93	93
94	94	94
95	95	95
96	96	96
97	97	97
98	98	98
99	99	99
100	100	100

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CLÍNICA	26 - DOCUMENTO	27 - DATA DA SOLICITAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	30 - N.º DO CONSELHO	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO CONSELHO)	33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRANSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N.º DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO			

42 - VINCULO COM A PREVIDENCIA () EMPREGADOR () EMPREGADO () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NAO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COG. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



DA PARAIBA

REQUISICÃO DE EXAMES

Naive Ordovician

SEXO

E



Q

A

ALTURA:

CLÍNICA:

ENE

~~LEITO:~~

~~PRONTUÁRIO:~~

Dr. Li Han

ULASSOV, A. A.

Realized em.

04/09/14

EXAMES SOLICITADOS:

1524



HORA DA SOLICITAÇÃO:

07097

Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

REQUIS.ÃO DE EXAMES

RECEBIDO
2007 NOV 6
UNICM 55-35-11326

NOME:	Mafion Cardoso de Lira										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
	M ☐	F ☐	B ☐	P ☐	A ☐						

DADOS CLÍNICOS:

Exatidão para

RAIO X

REALIZADO EM

07/09/17

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx do braço direito AP
Rx do crânio lateral AP

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐
DATA: 07/08/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

05/06

INT. DIOFASIA D. TISSIERE

Paciente: MARYLON CONDE DO SILVA Alojamento: 3 Leito: 3 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
			#	
04/06	1. Aspirina 100mg IV a cada 6h.	8h	01071124	
05/06	2. Clonidina 0,1mg IV de 6h a 6h.	18h		
05/06	3. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.	21h		
05/06	4. Insulina 100UI de 0h a 24h.			
05/06	5. Hidralazina 10mg PO a cada 6h.			
05/06	6. Nifedipina 30mg PO a cada 8h.			
05/06	7. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	8. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	9. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	10. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	11. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	12. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	13. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	14. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	15. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	16. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	17. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	18. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	19. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	20. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	21. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	22. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	23. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	24. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	25. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	26. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	27. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	28. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	29. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	30. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	31. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	32. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	33. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	34. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	35. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	36. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	37. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	38. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	39. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	40. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	41. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	42. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	43. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	44. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	45. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	46. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	47. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	48. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	49. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	50. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	51. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	52. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	53. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	54. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	55. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	56. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	57. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	58. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	59. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	60. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	61. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	62. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	63. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	64. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	65. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	66. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	67. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	68. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	69. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	70. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	71. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	72. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	73. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	74. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	75. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	76. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	77. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	78. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	79. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	80. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	81. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	82. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	83. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	84. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	85. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	86. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	87. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	88. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	89. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	90. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	91. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	92. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	93. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	94. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	95. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	96. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	97. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	98. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	99. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			
05/06	100. Clopidogrel 75mg PO a cada 7 dias.			

RECEBIDO
19 JUN 2018
SECRETARIA DE SAÚDE

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fr. Distal. Fêmur (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Maycon Cardoso de Silva, 24	Alojamento	1 - 3	Leito		Convênio	
----------	-----------------------------	------------	-------	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
8/9	1 Dieta <i>livre</i> 2 SF 0,9% 1500ML EV P/ 24H 3 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H (<i>500mg sc</i>) 4 DIFERONA 1g + ABD EV 6/6H 5 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H <i>sc</i> <i>fixo</i> 6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H <i>sc</i> 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM 8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H 9 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO (<i>500mg sc</i>) 10 SSV + CCGG 11 <i>claxone 40mg sc 1x/dia</i> 12 <i>Mudança da Decúbito 24h.</i>	<i>3</i> <i>sc</i> <i>sc</i> <i>sc</i> <i>sc</i> <i>sc</i> <i>sc</i> <i>sc</i> <i>sc</i> <i>sc</i> <i>sc</i> <i>sc</i>	<i>Fr. Distal. Fêmur. d. 9/3,</i> <i>den om coroe (b)</i> <i>fratura (b) (t)</i> <i>Fr. 10/14</i> <i>Aguda cirurgia.</i>

RECEBIDO
19 JUN 2018
SAÚDE SEGURANÇA

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
09.09	10:00	-	-	-	102/60		paciente, consciente, orientado, mantendo sup. realigado. resposta a seguir as unidades.	
09/09	20:30				159/60			
2017							I	



Enka Daniele S. Peres
Técnica de Enfermagem
CRM: 10.001.112.1640



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fratura da tíbia (D)

01/01/18

4-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Maryson Manoel, 24 Alojamento: Leito: Convênio: 1-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
9/19	1 DIETA <u>líquida</u>		2 ^a DIH #ORTOPEDIA
	2 SRT 1500ML EV P/ 24H	8h 30	
	3 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H	14h 15	
	4 DIFIRONA 1g+ABD EV 6/6H	20h 00	
	5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H		
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM		
	7 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN		
	8 NAUSEEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN		
	9 CLEXANE 40MG SC 1X DIA		
	10 SSVV+CCGG		
	11		

RECEBIDO

19 JUN 2018

SECRETARIA DE SAÚDE

FX DIAFISE FÊMUR D

LEITO 1-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 1-3

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
10/4	1. DIETA LIVRE 2. SE 0,9% 1500ML EV P/ 24H 3. DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SE EV 8/8H SN 5. NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 6. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM 7. CLEXAMIE 40MG SC 1x DIA 8. MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H 9. SSVV + CCGG 10. 11. 12. 13.				3º DIH #ORTOPEDIA
	Yury de Paula Câmara ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PR 117907				Col. VPIV
	Yury de Paula Câmara ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PR 117907				



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX DIAFISE FÊMUR D

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

Paciente

MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24

Alojamento

Leito

Convênio

LEITO 1-3

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1-DIETA LIVRE

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

3-DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H

4-TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN

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

6-OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM

7-CLEXANE 40MG SC 1X DIA

8-MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H

9-SVV + CCGG

10

12

13

Vivry de Paiva Câmara

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM/PE 10907

Vivry de Paiva Câmara

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM/PE 10907

RECEBIDO

19 JUN 2018

UNICEMI SEGURADORA S/A

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
12/09	10:00	36.3			140 80		paciente evolui im- tável consciente Orientado realiza do limpeza seg sem queixas até O momento.	
12/09	20:00				130 70		paciente seg sem queixas	



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FX DIAFISE FÊMUR D

ORTOPEDIA 1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 1-3

Paciente

MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24

Alojamento

Leito

Convênio

LEITO 1-3

Data		Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
12/01	1	DIETÉTICA	08h	18h	5 ^o DIA	#ORTOPEDIA
	2	SE 0,9% 1500ML EV F/24H	18h	18h		
	3	DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	18h	18h		
	4	TRAMMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN			Beb, calmo, sem dor	
	5	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN				
	6	OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM				
	7	CLEXANE 400MG SC 1X DIA			Dor em D. esquerda (H)	
	8	MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H				
	9	SSVV + CCGG				
	10				Sem dor	
	12					
	13					

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
09/11	11:00				120%		Reflexos de Su- stato e guaiaco negativo ouido de refir. Agre- no Lipo. Urina <i>(Signature)</i>	
09/11	20:00				120%			

2007-11-08

3/09/17 11:00



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

Paciente

MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24

Alojamento

Leito

Convênio

LEITO 1-3

FX DIAFISE FÊMUR D

Data		Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
19/11		1 DIETA LIVRE				
		2 SF 0,9% 1500ML EV P/ 24H				
		3 DIFIRONA 1g + ABD EV 6/6H				
		4 TRAMMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN				
		5 NAUSEDRON 8mg/ml 1TA + ABD EV 8/8H SN				
		6 GMEPRAZOL 40MG + DIETENTE EV EM JEJUM				
		7 CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
		8 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H				
		9 SSVV + ECGG				
10						
12						
13						

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
14-09 2017	14hs	36°C			120x80		Paciente em ventose, realizado curativo no MID man, fendo na tração, medicado conforme prescrição médica e mesmo aguardando procedimento cirurgico	Katia
	20hs	36°C			120x80		Paciente arbor com Glicoxar no membro medido de acordo com prescrição médica	Katia

FX DIAFISE FÊMUR D

LEITO 1-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 1-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/12	1. DIETA LIVRE 2. SE 0,9% 1500ML EV P/ 24H 3. DIIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SE EV 8/8H SN 5. NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 6. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM 7. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 8. MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H 9. SSVV + CCGG	10h 12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h	1.º DH #ORTOPEDIA
12			2.º DH #ORTOPEDIA
13			3.º DH #ORTOPEDIA

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15/09	13,28	36°			110 70		Paciente, consciente e orientado, aguarda cirurgia, mantendo AVE. Segue às unidades de enfermagem mediante	
								Josane L. de A. Téc. Enf. COREN 177938
15/09	26.5° 19,48				100 60		Paciente segue às unidades de enfermagem.	
								Josane L. de A. Téc. Enf. COREN 177938

$$\nabla u \cdot \nu = 0 \quad \text{on } \partial \Omega$$

LEITO 1-3

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
16/09/20	09:30	36	77		120 x 60		Paciente consciente e orientada, queixas até o momento, feito o LCGG e foi feita limpeza dos feridas. Feito troca de AVP, gelado.	
16/09	21:00	36,7	88		120 x 70		Paciente sem dor em unhas da extremidade superior.	



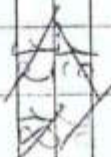
FX DIAFISE FÊMUR D

PRE OP: 2\5

LEITO 1-3

Evolução Médica

2

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/7	1 DIETA LIVRE 2 SF 0,9% 1500ML EV P/ 24H 3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H 4 TRAMMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN 5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM 7 CLEXANE 40MG SC 1X DIA 8 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H 9 SSVV + CCGG 10 12	 	9.º DH #ORTOPEDIA Prec. e vitel 9/3 ver x 2 CO. V. P. R.
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9905		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9905

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/09/17	9:00	-	-	-	111 x 60		Paciente EGR Normalizado medicada, sem queixa no momento. Continua sob os cuidados da enfermagem. Cristiany Alves de Melo Técnico em Enfermagem CCREN-PB 001.004.974	
17/09/17	11:00	-	-	-	111 x 60		Paciente EGR Normalizado medicada, sem queixa no momento. Continua sob os cuidados da enfermagem. Cristiany Alves de Melo Técnico em Enfermagem CCREN-PB 001.004.974	

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
18/07/15	08:00	36,0			110/70		paciente acordou sem ESS, conversando e orientado. Não houve queixa no tórax, fôlego todo suave, COSS e murmurado cardíaco presentes. Sinais de congestão pulmonar ausentes. Sinais de desidratação da pele presentes. Húmidas. Paciente acordou bem, sem ESS, sem desconfortos, não apresenta queixas no tórax, fôlego todo suave, COSS e murmurado cardíaco presentes. Sinais de congestão pulmonar ausentes. Sinais de desidratação da pele presentes. Húmidas.	
19/07/15	20:00				110/70		paciente acordou bem, sem ESS, sem desconfortos, não apresenta queixas no tórax, fôlego todo suave, COSS e murmurado cardíaco presentes. Sinais de congestão pulmonar ausentes. Sinais de desidratação da pele presentes. Húmidas.	

7

LEITO 1-3

MOD-035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
14/01/12	9:00	-	-	-	120/70		Paciente EGR regular medicado com Quexa contínua + obs. de todos os sinais vitais e sinais de enfermagem. Inicialmente.	
13/09	20:00				110 x 70		Paciente segue com sinais vitais e sinais de enfermagem. Inicialmente.	

28, 29

FX DIAFISE FÊMUR D

LEITO 1-3

M03 035

[illegible]



SECRETARIA DE SAÚ
HOSPITAL DE EMERGÊN

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FX DIAFISE FÊMUR D

ORTOP1
LEIIO 1.3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Prepar

Paciente	MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24
----------	-----------------------------

Alojamiento

Leito

Convênio

LEITO 1-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/3	1 DIETA LIVRE 2 SF 0,9% 1500ML EV P/ 24H 3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H 4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H 5N 5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h 5N 6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM 7 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA 8 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H 9 SSV + CCGG	H 8h 30 H 18h 30 Atenção	13º DIH #ORTOPEDIA Bela, estável sem intercorrências Dores e Enxaquecas H CD: VPM
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM 123.985		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM 123.985

[illegible]

FX DIAFISE FÊMUR D

PRE OP

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 1-3

MOD. 035

[illegible]

FX DIAFISE FÊMUR D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 1-3

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23-09 2017	14h	36 ² / ₆			110x80		Paciente em ventose realizado curativo no M.D e munho aguarda procedimentos cirurgico medicos conforme prescrição medica evolui bem Guixar no momento trocade Katio acuro Suroso perfusao Katio	
23/09 2017	20:00				35 ⁷ / ₅₀		————— —————	K.



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOP
LEITO 1-3

PRE OP

FX DIAFISE FÊMUR D

Paciente MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24

Alojamento

Leito

Convênio

LEITO 1-3

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

23/9

1 DIETA LIVRE

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

3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H

4 TRAMMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN

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

6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM

7 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA

8 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H

9 SSVV + CCGG

16º DIH

#ORTOPEDIA

BEG ESTAVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DIVERSE + ENCUACÕES +

#CD: VPM

Dr. J. J. Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RB-6895

Dr. J. J. Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RB-6895

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
25/09/17	14:30	-	-	-	110x70		Paciente consciente orientado. Dieta líquida. Elimina- ções presente. Rito hipnótico em fixação. Segue aos cui- dados da enfer- magem m.e.p.m.	A
25/09	20:00	-	-	-	110x80		Paciente consciente orientado. Rito de sedação de rotina apresenta hipnótico profundo. Com fôlego prolongado. Rito de higiene oral e cuidados de Epi.	B
							F. de Epi: <i>[assinatura]</i>	



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FX DIAFISE FÉMUR D

ORTOP
LEIUD 1.3PRE OI₂

275

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24
----------	-----------------------------

Alojamento

Leito

Convênio

LEITO 1-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/9	1 DIETA LIVRE 2 SF 0,9% 1500ML EV/P/ 24H 3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H 4 TRANMIAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN 5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM 7 XARELTO 10MG 1 CPVO DIA <i>de 8-13h</i> 8 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H 9 SSVV + CCGG	<i>14</i> <i>12</i> <i>3M</i> <i>5M</i> <i>18/30</i> <i>18</i>	<i>17º</i> DIH #ORTIOPEdia BEG estável sem intercorrências DUREZA A EVACUAÇÕES + #CD: VPM
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/RB 9865		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/RB 9865

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		MAYCON										PRONTUÁRIO:			
		6403659										584			
IDADE:		SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:	
		M ☐ F ☐		B ☐ P ☐ A ☐								1		3	

DADOS CLÍNICOS:

Do - OF

ELI 301-42
REALIZADO EM:
RAIO X

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx coxa e Pantor D

AS/P

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha

Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6657 - CRM-PB 10168

Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO
DAPARAIBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	MAYARA CARDOSO										PRONTUÁRIO:	4181	
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:	LEITO:	
	M	F	B	P	A						1	3	

DADOS CLÍNICOS:

RX 08

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RX COX2 D AP e R

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

07/09/12

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10000/PA

Carimbo e Assinatura do Médico

[illegible]

FX DIAFISE FÊMUR D

PRE OP

LEITO 1-3

MOD. 035



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOP
LEITO 13

PRE OP

FX DIAFISE FÊMUR D

Paciente MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24 Alojamento Leito Convênio LEITO 1-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/0	1 DIETA LIVRE		
	2 SF 0,9% 1500ML EV P/ 24H	12 20 30	24 DIH
	3 CINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	12 00
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO	14	#ORTOPEDIA
	5 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	BEG, este
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN	SN	sem intercorrências
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8h SN	SN	Dor leve a moderada
	8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM	06	
	9 XARETTO 15MG 1 GP VO DIA	12	#CD: VPM
	10 CURATIVO 1 X DIA	12	salut, HB
	11 SSOL + CCGG	12	
	De: Jairo D. Cardoso		Dr. Jairo D. Cardoso
	Ortopedia e Trauma		Ortopedia e Trauma
	CRM/PR 15535		CRM/PR 15535



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOP
LEITO 1-3

PRE OP:

FX DIAFISE FÊMUR D

Paciente MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24

Alojamento

Leito

Convênio

LEITO 1-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/9	1. DIETA LIVRE 2. SE 0,9% 1500ML EV P/ 24H 3. CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H 4. GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO 5. DILIRONA 1g+ABD EV 6/6H 6. TRIMETAL 100MG + 100ML SE EV 8/8H SN 7. NAUSEORON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8H SN 8. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM 9. XARELTO 15MG 1 CP VO DIA 10. CURATIVO 1 X DIA 11. SSV + CCGG 12. TITATE 20MG + ABD EV 12/12H	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	22º DIH 2º PPo #ORTOPEDIA BEG + ostível Sem intercorrências Dureza Evoluções HED: VPM Anemiz Conc Hemázis Alte amarelo Hm controlado Ortopede PEG, 042-01 Sem dor Alim 2 e 3x2 Apresenta co Alto hoiq t(13) Ortopede Ortopede Ortopede
30/9	Alto hoiq t(13)		
01/10	Alto hoiq t(13)		
02/10	Alto hoiq t(13)		
03/10	Alto hoiq t(13)		
04/10	Alto hoiq t(13)		
05/10	Alto hoiq t(13)		
06/10	Alto hoiq t(13)		
07/10	Alto hoiq t(13)		
08/10	Alto hoiq t(13)		
09/10	Alto hoiq t(13)		
10/10	Alto hoiq t(13)		
11/10	Alto hoiq t(13)		
12/10	Alto hoiq t(13)		
13/10	Alto hoiq t(13)		
14/10	Alto hoiq t(13)		
15/10	Alto hoiq t(13)		
16/10	Alto hoiq t(13)		
17/10	Alto hoiq t(13)		
18/10	Alto hoiq t(13)		
19/10	Alto hoiq t(13)		
20/10	Alto hoiq t(13)		
21/10	Alto hoiq t(13)		
22/10	Alto hoiq t(13)		
23/10	Alto hoiq t(13)		
24/10	Alto hoiq t(13)		
25/10	Alto hoiq t(13)		
26/10	Alto hoiq t(13)		
27/10	Alto hoiq t(13)		
28/10	Alto hoiq t(13)		
29/10	Alto hoiq t(13)		
30/10	Alto hoiq t(13)		
31/10	Alto hoiq t(13)		
01/11	Alto hoiq t(13)		
02/11	Alto hoiq t(13)		
03/11	Alto hoiq t(13)		
04/11	Alto hoiq t(13)		
05/11	Alto hoiq t(13)		
06/11	Alto hoiq t(13)		
07/11	Alto hoiq t(13)		
08/11	Alto hoiq t(13)		
09/11	Alto hoiq t(13)		
10/11	Alto hoiq t(13)		
11/11	Alto hoiq t(13)		
12/11	Alto hoiq t(13)		
13/11	Alto hoiq t(13)		
14/11	Alto hoiq t(13)		
15/11	Alto hoiq t(13)		
16/11	Alto hoiq t(13)		
17/11	Alto hoiq t(13)		
18/11	Alto hoiq t(13)		
19/11	Alto hoiq t(13)		
20/11	Alto hoiq t(13)		
21/11	Alto hoiq t(13)		
22/11	Alto hoiq t(13)		
23/11	Alto hoiq t(13)		
24/11	Alto hoiq t(13)		
25/11	Alto hoiq t(13)		
26/11	Alto hoiq t(13)		
27/11	Alto hoiq t(13)		
28/11	Alto hoiq t(13)		
29/11	Alto hoiq t(13)		
30/11	Alto hoiq t(13)		
01/12	Alto hoiq t(13)		
02/12	Alto hoiq t(13)		
03/12	Alto hoiq t(13)		
04/12	Alto hoiq t(13)		
05/12	Alto hoiq t(13)		
06/12	Alto hoiq t(13)		
07/12	Alto hoiq t(13)		
08/12	Alto hoiq t(13)		
09/12	Alto hoiq t(13)		
10/12	Alto hoiq t(13)		
11/12	Alto hoiq t(13)		
12/12	Alto hoiq t(13)		
13/12	Alto hoiq t(13)		
14/12	Alto hoiq t(13)		
15/12	Alto hoiq t(13)		
16/12	Alto hoiq t(13)		
17/12	Alto hoiq t(13)		
18/12	Alto hoiq t(13)		
19/12	Alto hoiq t(13)		
20/12	Alto hoiq t(13)		
21/12	Alto hoiq t(13)		
22/12	Alto hoiq t(13)		
23/12	Alto hoiq t(13)		
24/12	Alto hoiq t(13)		
25/12	Alto hoiq t(13)		
26/12	Alto hoiq t(13)		
27/12	Alto hoiq t(13)		
28/12	Alto hoiq t(13)		
29/12	Alto hoiq t(13)		
30/12	Alto hoiq t(13)		
31/12	Alto hoiq t(13)		



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1500978 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNES: 04.728.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 07/09/2017

PACIENTE: maycon carvalho da SILVA 24 anos

Endereço: MARIKUM

Cidade:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

Horas: 06:09:39

CONVÊNIO-SUS

Data de

Atend:07/09/2017

CPF:

RG:

Idade:02017

Sexo:

CEP:

Nascimento:31/12/1959

Atendente : Claudia Bezerra Lacerda

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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

- 1. Abordagem
- 2. Avaliação
- 3. Avaliação
- 4. Correlação
- 5. Causas
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empuxamento
- 9. Empuxamento
- 10. Empuxamento
- 11. Equinocce
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Correlação
- 15. F. Correlação
- 16. F. Correlação
- 17. F. Correlação
- 18. F. Correlação
- 19. F. Correlação
- 20. F. Correlação
- 21. F. Correlação
- 22. F. Correlação
- 23. F. Correlação
- 24. F. Correlação
- 25. F. Correlação
- 26. F. Correlação
- 27. F. Correlação
- 28. F. Correlação
- 29. F. Correlação
- 30. F. Correlação
- 31. F. Correlação
- 32. F. Correlação
- 33. F. Correlação
- 34. F. Correlação
- 35. F. Correlação
- 36. F. Correlação



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

% Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

EXAME PRIMÁRIO - D S CLINICOS

Handwritten notes and signatures in the primary examination section.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PAATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em:



SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Handwritten signatures and notes in the signature and stamp section.



GOVERNO
DA PARÁIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1500978 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/09/2017
Boletim de Emergência (B-E) - Modelo 07 Atendente: Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: maycon ~~carvalho~~ NASCIMENTO 31/12/1969

Idade: 24 anos MAIOR
Endereço:

Sexo:

Telefone:

Cidade:

Bairro:

Nome da Mãe:

RG:

Nº-D

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

CNS:

Data de Atend: 07/09/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

CONVÊNIO-SUS

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura cizal fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injuriamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalramento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Ocorrência |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Farsa |
| 14. F. Cortisado | 32. Paratetania |
| 15. F. Cortante | 33. Oleimadura |
| 16. F. Corte-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

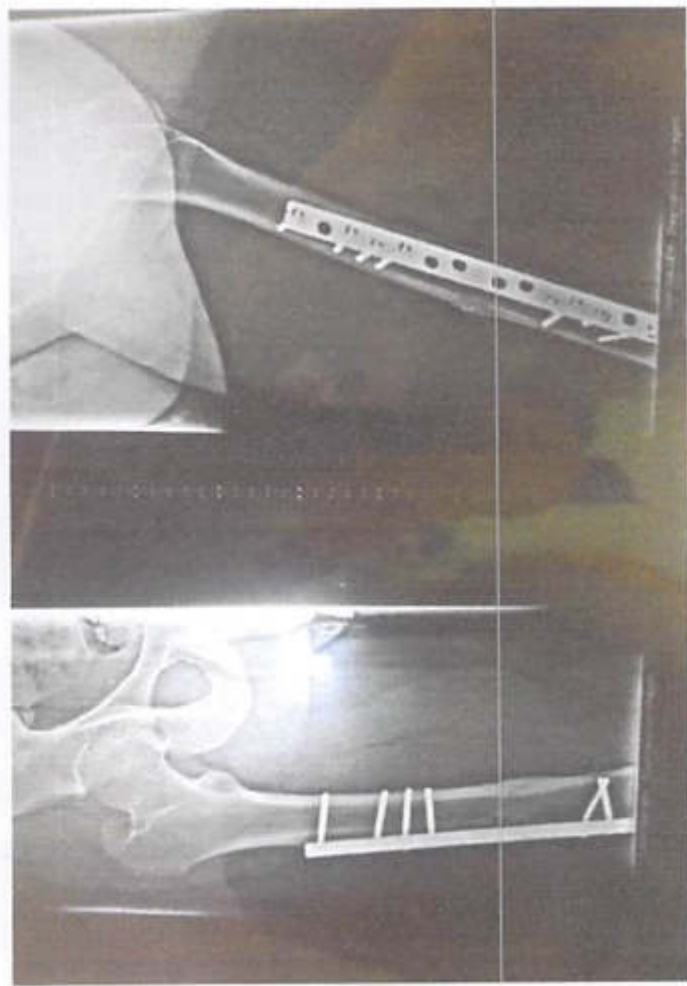
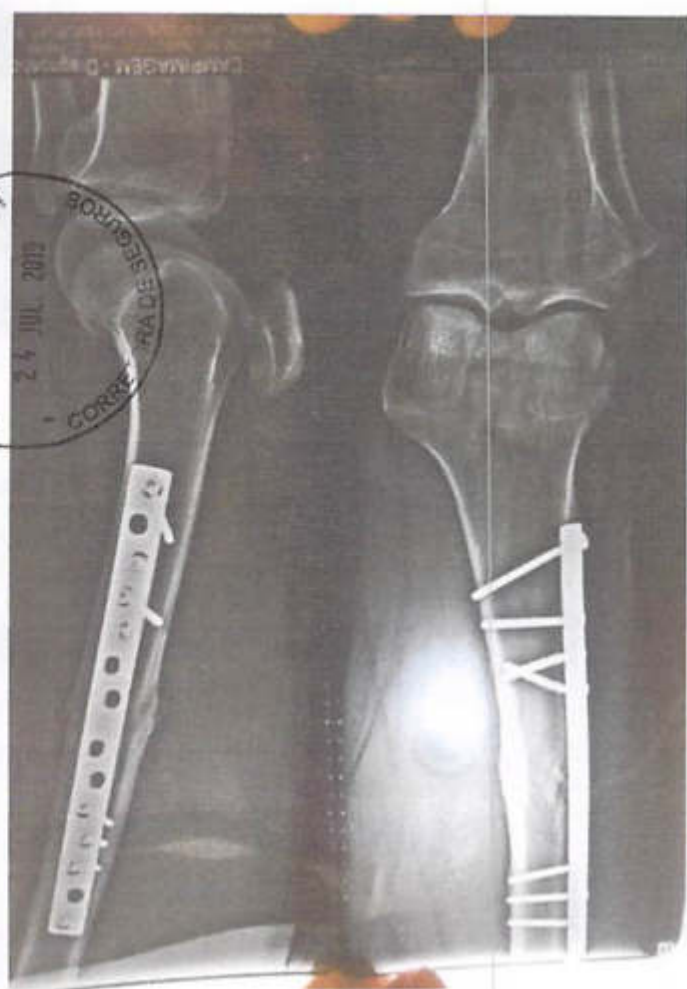
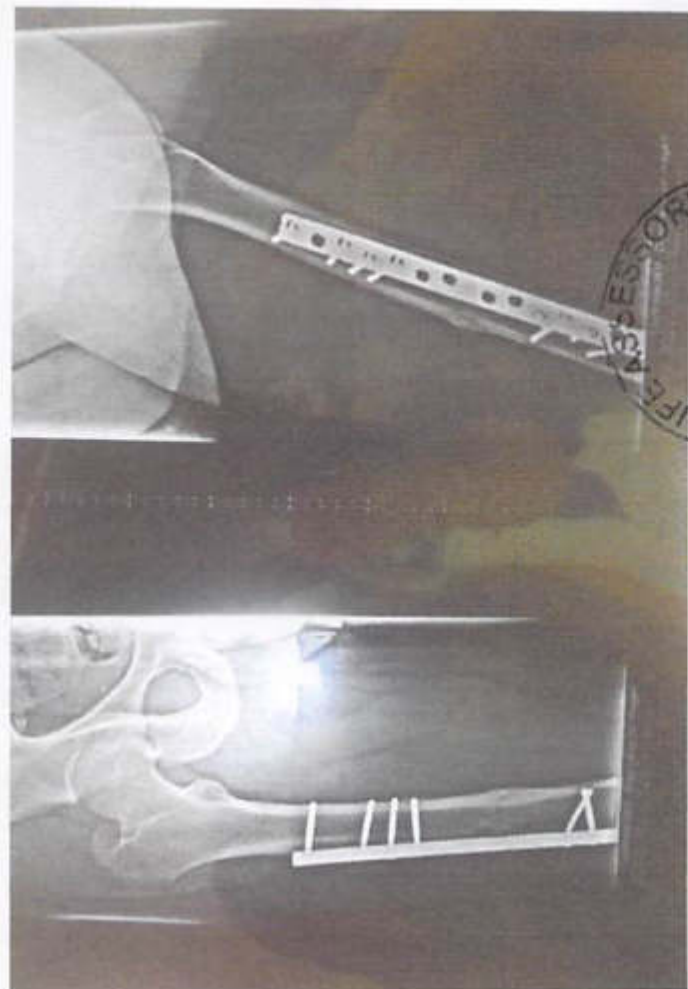
OBS:

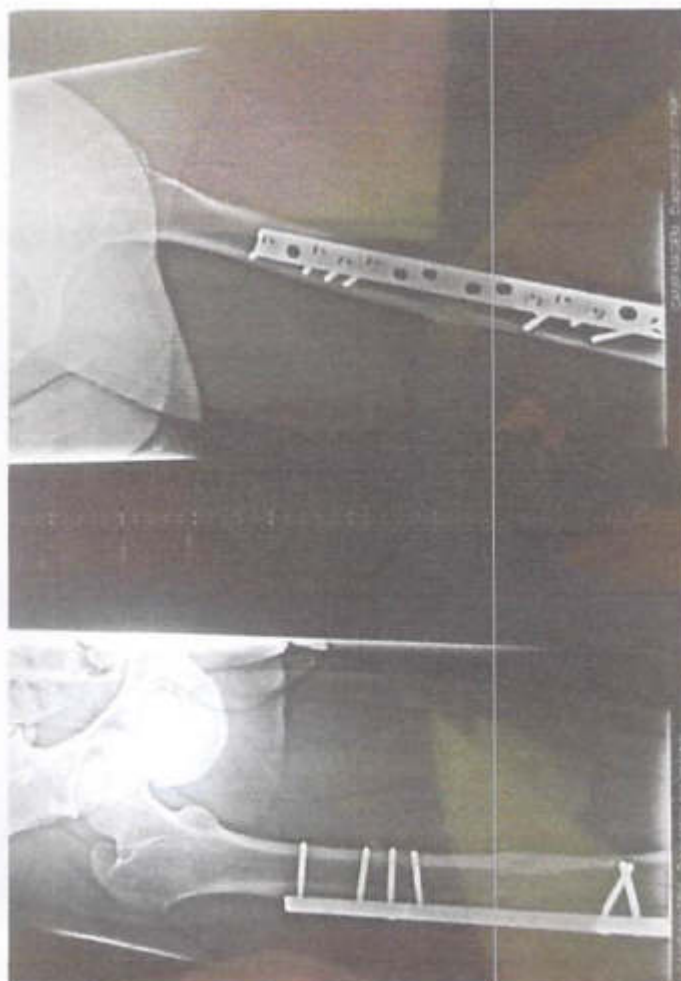
QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

fratura de punho D-
280





SUS
Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE MAYCON CARDOSO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1501014

7 - CARTÃO DO SUS 103 6050 4966 3232

8 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969 17:10:33

9 - SEXO MASC

10 - FATO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOELMA

11 - ENDEREÇO DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. do Lúcio 94

13 - NUMERÁRIO DE RESIDÊNCIA 15 - UF 0

14 - CIDADA MUNICÍPIO 15 - UF 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Condicionamento
MID

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

27 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/09/2017

28 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

29 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

30 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

31 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

32 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

33 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

34 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

35 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

36 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

37 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

38 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

39 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

40 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

41 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

42 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR

45 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

46 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

47 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

48 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

49 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

50 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

51 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

52 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

53 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

54 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

55 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

56 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

57 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

58 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

59 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

60 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

61 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

62 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

63 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

64 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

65 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

66 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

67 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

68 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

69 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

70 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

71 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

72 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

73 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

74 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

75 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

76 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

77 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

78 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

79 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

80 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

81 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

82 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

83 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

84 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

85 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

86 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

87 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

88 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

89 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

90 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

91 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

92 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

93 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

94 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

95 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

96 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

97 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

98 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

99 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

100 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

101 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

102 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

103 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

104 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

105 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

106 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

107 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

108 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

109 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

110 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

111 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

112 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

113 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

114 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

115 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

116 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

117 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

118 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

119 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

120 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

121 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

122 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

123 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

124 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

125 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

126 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

127 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

128 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

129 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

130 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

131 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

132 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

133 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

134 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

135 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

136 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

137 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

138 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

139 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

140 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

141 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

142 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

143 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

144 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

145 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

146 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

147 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

148 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

149 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

150 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

151 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

152 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

153 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

154 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

155 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

156 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

157 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

158 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

159 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

160 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

161 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

162 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

163 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

164 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

165 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

166 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

167 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

168 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

169 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

170 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

171 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

172 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

173 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

174 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

175 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

176 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

177 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

178 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

179 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

180 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

181 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

182 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

183 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

184 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

185 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

186 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

187 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

188 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

189 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

190 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

191 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

192 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

193 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

194 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

195 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

196 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

197 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

198 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

199 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

200 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

201 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

202 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

203 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

204 - N° DO DOCUMENTO 207428920710003

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Maitom Cardoso da Silva 77/10/1993

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

S.U.S. 23 anos 1500978

CIRURGIA Tratamento Cirúrgico de fratura de fêmur D. e F. Anestesia 2 Dr. Wherson + 2 Dr. Jefferson

ANESTESIA Raque ANESTESIA Dr. Gusliede

INSTRUMENTADORA DATA INÍCIO FIM

Michelle + Gustavo 24/09/17 08:40 13:40

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorfe amp. 0,2mg	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dofantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno de sucção 4.3		Catgut Simples Sertix	
	Fenogam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Morfina Subcutânea	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proglumina amp.	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Propofol 1/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	05	Mononylon 2-0	...
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp. 70ml	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
03	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0	04	Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fluocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Garamicina amp.	Luvas 8.5			
01	Glucose amp. Nausubron 720	Oxigênio l/m 2l/min			
	Glucos de Cálcio amp.	Poliflix			
	Heamace ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.		
	Janakion amp.	Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml	
01	Leite amp. Ranitidina	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Mefrotinazol	Seringa desc. 10 ml	04	SG Hipertérmico fr 500 ml	
02	Masli amp. Tenoxicam	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suptanon amp.	Sonda folioy	Qtd.		
02	Cefalotina 1g	Sonda Nasogática	01	ORTESE E PRÓTESE	
		Sonda Uretral n° 74		Concentrado de hemácias 500ml	
		Sterydrem ml			
		Torneirinha	01	T.M. Cirúrgica	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	02	Placa 14F	
04	Agulha desc. 25 x 7	Geicon 18		Paraf. cort. 4.5	
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
08	Agulha desc. 3x4.5 40x12	02 Bupivacaine			
01	Agulha p/ raque n° 25G	05 ultracel			
02	Alcool de Enfermagem	05 gel condutor			
	Alcool Iodado ml	05 discos			
04	Ataduras de Crepon 75				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				



- EQUIPAMENTOS
- (X) Oxímetro de Pulso
 - (X) Serra elétrica
 - () Desfibrilador
 - (X) Foco Frontal
 - () Fonte de Luz
 - () Foco Auxiliar
 - (X) Eletrocautério
 - () Oxícapnógrafo
 - (X) Cardiomonitor
 - (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Adriano Faria Rodrigues
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 432.177



Assinatura

Data da internação: 07/09/2017 Hora: 08:19:40

SUS

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MAYCON CARDOSO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1501014

7 - CARTÃO DO SUS

705.6050 4966.3232

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/12/1969

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐Forma ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Joelma

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Do Jua 34

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

0

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

207428920710003

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/09/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Mayra Anderson de Souza															PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:						
	M	F	B	P	A											

DADOS CLÍNICOS:

Dr. L. M.

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
04/09/14

MATERIAL A EXAMINAR:



EXAMES SOLICITADOS:

USG AAST

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

07/09/14

HORA DA SOLICITAÇÃO:

[Signature]
Carimbo e Assinatura do Médico



Nome do Paciente <i>Marcon E. da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>27 Set 17</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Wilson</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Jefferson R3</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Julio A.</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura cominada</i>			
<i>coxal D</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O membro</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>N</i>			
Acidente Durante a Operação <i>N</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1 - Paciente em DTH, sob anestesia
2 - Aprox. e Antissepsia
3 - Alocação de pos. estereis
4 - Incisão fac. lateral coxa D ⊕
5 - Redução e fixação da fratura ⊕
6 - Posição final do membro ⊕
7 - Sutura
8 - Curativo



Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6657 - CRM-PB 10168

PACIENTE:	Maicon Cardoso da Silva
DATA DO EXAME:	07-09-2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-peritoneal, pleural ou pericárdico no presente estudo.

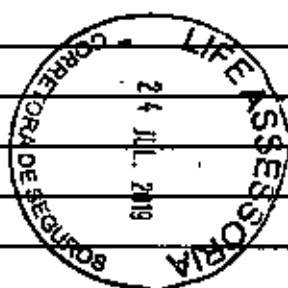
Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.



Dr. Arquimedes A B Lira CRM: 7197
Médico radiologista





Assinatura do responsável
Data: 24/07/2019

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Maycon Cardoso de Silva		Idade:	24a
Convênio:	SUS		Data:	27/07/2011
Procedimento:	Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur e fixação			
Cirurgião:	Dr. Walserson	Auxiliar:	Anestesista:	
Início:		Término:	Anestesia Raqui	

[illegible][illegible]

Observações:

12:00 concentrado de hemácias 297 ml.

24 JUL. 2015

LIFE ASSESSORIA

CORRETORA DE SEGUROS

Assinatura Anestesista

Circulante

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10



Assinatura do anestesista





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUIS.ÃO DE EXAMES

Nome:	Mafra Cardoso de Lima										Prontuário:
Idade:	Sexo:		Cor:			Peso:	Altura:	Clínica:	Enf.:	Leito:	
	M	F	B	P	A						

DADOS CLÍNICOS:

Febre baixa

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
07/09/17



EXAMES SOLICITADOS:

RX do tórax
RX do abdômen

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

07/08/17

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Cláudio Carneiro Lima
Cirurgia Geral - CRM 22.553

Carimbo e Assinatura do Médico

Ficha de Acolhimento

Nome:	Maycon Cardoso da Silva		
End:	Parque Dom T. 4810	Bairro:	Desenvolvimento
Data de Nascimento:	17-10-93	Documento de Identificação:	
Queixa:	de muito	Data do Atend.:	7.9.17
		Hora:	6:10
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	(x) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de lidar () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	



Estratificação

MOD. 110

- ☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Bruna Moura da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PE. 223.352

Assinatura e carimbo do profissional

Evolução Psicológica

Nome: Maycon Cardoso da Silva

Setor: Ula Ortopédica Leito: 1-3

[illegible]

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

07 09 17 5
 US 8 de dados - sem
 alteração - até 10 de 09
 para o ortopedista
 posterior realice



DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

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

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOP 1
LEIIO 1.3

PRE OP:

FX DIAFISE FÊMUR D

Paciente	MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24
----------	-----------------------------

Alojamento	
------------	--

Leito

Convênio	
----------	--

LEITO 1-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/9	1 DIETA LIVRE 2 SF 0.9% 1500ML EV P/ 24H 3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H 4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO 5 DAPIRONA 1g+ABD EV 6/6H 6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN 7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM 9 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA 10 CURATIVO 1 X DIA 11 SSVV + CCGG 12 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H Conc Hemograma 602-1 EV p/2 e p/2	12 18 24 30 12 18 24 30 12 18 24 30 12 18 24 30 12 18 24 30 12 18 24 30	22º DIH 2º PPo BEG estável Sem intercorrências Dureza Evoluções H CD: VPM Anemia? Conc Hemograma Alta amanhã Hb controle
30/9	Alta hosp 12/12 curar friz		BEG estável Sem intercorrências Folimpz e 2x Apresentar CO Alta hosp 12/12 Rebater

[illegible]



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOP
LEITO 1.3

PRE OP: ~~OK~~

FX DIAFISE FÊMUR D

Paciente **MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24** Alojamento Leito Convênio **LEITO 1-3**

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/07	1 DIETA LIVRE		
	2 SF 0,9% 1500ML EV P/ 24H	12 18 24 06	27 DIH #ORTOPEDIA
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	13 DP
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x/DIA LENTO	12 18 24 06	BEG estável
	5 DAPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	12 18 24 06	Sem intercorrências
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN	SN	Dureza + Evoluções
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8h SN	SN	
	8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM	OG	
	9 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA	✓	#CD: VPM
	10 CURATIVO 1 X DIA	ct	21/07 Hb
	11 SSVV + CCGG	ct	
	<i>Retirar de uso SUCRA</i>	ct	
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PE 1965		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PE 1965



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28-09 2017	14hs	37 ²⁰			140x90		Paciente em ventosele, em pos. Operatorio mediato retirado druso de sucra futo curativo, medicado conforme prescrição medica Kátia	
	20hs	36 ⁴⁰			130x80		Paciente medicado conforme prescrição medica, volui rem Quixas no momento Kátia	
	06hs	36 ³⁰					Paciente Quixa-se de esta sentindo uma Quintura do corpo o mesmo abaga que é febre mais foi verificado Temperatura mais o mesmo não apresenta Febre Kátia	





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOP 1
LEIIO 13

PRE OP:

~~FX DIAFISE FÊMUR D~~

Paciente	MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 1-3
----------	-----------------------------	------------	-------	----------	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/7	1 DIETA LIVRE	Art	
	2 SF 0,9% 1500ML EV P/ 24H	1 ^o	27 ^o DIH
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	18	#ORTOPEDIA
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x/DIA LENTO	18	BEG, estável
	5 DAPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	18	Sem intercorrências
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN	18	Diversas + Exames +
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	19	
	8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM	18	
	9 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA	etc	#CD: VPM
	10 CURATIVO 1 X DIA	etc	
	11 SSVV + CCGG		

Dr. Luis Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM 35553

LIFE ASSESSORIA

24 JUL 2019

CORRETORA DE SEGUROS

+ p _H	7,316		[7,350 - 7,450]
pCO ₂	47,9	mmHg	[32,0 - 48,0]
↓ pO ₂	25,3	mmHg	[83,0 - 108]

Valores de Oximetria

ctHb	13,0	g/dL	[12,0 - 16,0]
↓ sO ₂	43,6	%	[95,0 - 99,0]
↓ FO ₂ Hb	42,3	%	[94,0 - 98,0]
FCOHb	1,2	%	[0,5 - 1,5]
FHHb	54,8	%	
↑ FMetHb	1,7	%	[0,0 - 1,5]

Valores dos Electrólitos

cK ⁺	3,6	mmol/L	[3,4 - 4,5]
cNa ⁺	137	mmol/L	[136 - 146]
↓ cCa ²⁺	0,88	mmol/L	[1,15 - 1,29]
↑ cCl ⁻	113	mmol/L	[98 - 106]

Valores dos Metabolitos

↑ cGlu	118	mg/dL	[70 - 105]
cLac	1,6	mmol/L	[0,5 - 1,6]
cCrea	82	μmol/L	[53 - 106]
ctBil	23	μmol/L	

Valores Corrigidos pela Temperatura

pH(T)	7,316		
pCO ₂ (T)	47,9	mmHg	
pO ₂ (T)	25,3	mmHg	

Estado de Oxigenação

ctO _{2c}	7,7	Vol%	
p50 _c	27,90	mmHg	

Estado Ácido-Base

cBase(Ecf) _c	-1,6	mmol/L	
cHCO ₃ ⁻ (P.st) _c	21,5	mmol/L	

Valores Calculados

cBase(B) _c	-2,2	mmol/L	
cBase(Ecf) _c	-1,6	mmol/L	
cHCO ₃ ⁻ (P) _c	23,7	mmol/L	

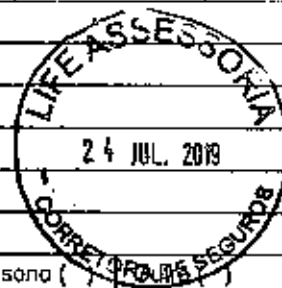


$\downarrow$ pH	7,310		[7,350 - 7,450]
$\uparrow$ $p\text{CO}_2$	48,4	mmHg	[32,0 - 48,0]
$\downarrow$ $p\text{O}_2$	27,8	mmHg	[83,0 - 108]
Valores de Oximetria			
ctHb	13,0	g/dL	[12,0 - 16,0]
$\downarrow$ $s\text{O}_2$	53,5	%	[95,0 - 99,0]
$\downarrow$ FO_2Hb	51,9	%	[94,0 - 98,0]
FCOHb	1,3	%	[0,5 - 1,5]
FHb	45,2	%	
$\uparrow$ FMetHb	1,6	%	[0,0 - 1,5]
Valores dos Electrólitos			
$c\text{K}^+$	3,6	mmol/L	[3,4 - 4,5]
$c\text{Na}^+$	138	mmol/L	[136 - 146]
$\downarrow$ $c\text{Ca}^{2+}$	0,88	mmol/L	[1,15 - 1,29]
$\uparrow$ $c\text{Cl}^-$	113	mmol/L	[98 - 106]
Valores dos Metabolitos			
$\uparrow$ $c\text{Glu}$	121	mg/dL	[70 - 105]
$\uparrow$ $c\text{Lac}$	1,7	mmol/L	[0,5 - 1,6]
$c\text{Crea}$	81	$\mu\text{mol/L}$	[53 - 106]
ctBil	20	$\mu\text{mol/L}$	
Valores Corrigidos pela Temperatura			
$\text{pH}(T)$	7,310		
$p\text{CO}_2(T)$	48,4	mmHg	
$p\text{O}_2(T)$	27,8	mmHg	
Estado de Oxigenação			
$ct\text{O}_2c$	9,5	Vol%	
$p50c$	26,35	mmHg	
Estado Ácido-Base			
$c\text{Base}(\text{Ecf})_c$	-1,8	mmol/L	
$c\text{HCO}_3^-(\text{P.st})_c$	21,5	mmol/L	
Valores Calculados			
$c\text{Base}(\text{B})_c$	-2,5	mmol/L	
$c\text{Base}(\text{Ecf})_c$	-1,8	mmol/L	
$c\text{HCO}_3^-(\text{P})_c$	23,6	mmol/L	



Paciente: MAYCON CARDOSO DA SILVAEnfermaria: 01Leito: 03Data: 13/09/11

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro (X)	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro (X) 3 dias
		Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()		Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()		Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()		Outro ()		Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()		Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()		Outro ()
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()		Circulação prejudicada ()		Destruição de camadas da pele ()		Invasão de estruturas do corpo ()
		Hipotermia ()		Imobilização física ()		Outro (X) 13 dias		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()		Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()
		Prejuízos músculo esquelético ()		Desuso ()	Outro (X) 13 dias		Movimentos descontrolados ()	
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()		Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()
						Batimento de asa do nariz ()		Ortopnéia ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()		Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()		
		Dronos ()		Outros ()				
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()				Defesas primárias inadequadas ()		
		Procedimentos invasivos (X)		Outro ()				
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada (X)		Medicações ()				
		Extremos da idade ()		Agitação/Desorientação ()				
12	Padrão da sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()				Outro ()		
		Ruído ()		Imobilização física ()		Mudança do padrão normal do sono ()		
13	Outro							
14	Outro							



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

RAZAMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

☐ Avaliar distensão abdominal.		
☒ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.	4+	☒ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		☐ Melhorar a aceitação alimentar.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.		☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.		
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.		☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Avaliar alterações de sinais vitais.		
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.		☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.		
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		
☒ Analisar condições do curativo.		☒ Melhora da integridade da pele.
☒ Orientar e estimular a hidratação da pele.	Melhora sempre 2/2hs	☐ Diminuição do risco de lesão.
☒ Orientar e estimular a movimentação no leito.		☒ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		☐ Melhora da perfusão tissular
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Realizar balanço hídrico.		
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	72hs	
☒ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	4+	☒ Diminuir o risco de infecção.
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
☒ Manter as grades do leito elevadas.	Contínuo	☒ Diminuir o risco de queda.
☐ Conter o paciente quando necessário.		
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.		
☐ Orientar repouso no leito.		☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Administrar medicação CPM.		
☐ Outros		☐ Outros
☐ Outros		☐ Outros



Milena de Lima Silva
ENFERMEIRA
CREM-29 309828

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maycon Pando da Silva Registro: 1 Leito: 3 Setor Atual: Unidade I

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Inguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme (X) Cheio.

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M5 D		Data da punção 10/09/14	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: (X) Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:		Data: ___/___/___	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ___ dias () Outros:			
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas (X) Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica		Turgor da pele: (X) Preservado	
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:		Curativo em: ___/___/___	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
Continua aguardando cirurgia em MIO, fez uso de tração no membro.			
Não sofreu quiquis.			
			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Maria José (Naveu)		DATA: 11/09/14 HORA: 14:00 h	
 Milena de Lima Silva ENFERMEIRA COREN-PB 302928			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maycon Cardoso da Silva Registro: _____ Leito: 1-3 Setor Atual: Urg I

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de torax: () D () E () S () O d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSG</u>	Data da punção <u>07.09.12</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____	Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida (X) Constipado há <u>2</u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações (X) Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas	Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>aguardando HSD</u>	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo;
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Continua aguardando cirurgia em HSD, faz uso de leito no quarto número 1. Retido sangue para exames laboratoriais.</u>	
	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Claudia M. R. Sabatini</u>	DATA: <u>9/9/12</u> HORA: <u>18</u> h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maycon Cordeiro da Silva Registro: _____ Leito: 1.3 Setor Atual: Ortop.I

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: fx femur

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

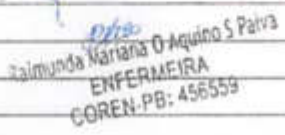
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme (x) Cheio.

Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (x) ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica () Arrítmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:	Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas	
Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente BCG, estável, sem queixas. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	
 Raimunda Mariana O Aquino S Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559 	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 08/09/17 HORA: ____ h
Raimunda Mariana O Aquino S Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	

Sr(a):	MAYCON CARDOSO DA SILVA	Protocolo:	0000360507	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	Data:	30-09-2017 05:29	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Destino:	ENE 01 - L 03

HEMOGLOBINA 9.4

[DATA DA COLETA: 30/09/2017 05:56]

Materia: Sangue

Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:
VM: Feminino: 11.5 - 16.0 g/dl
Masculino: 13.5 - 18.0 g/dl

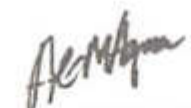
HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 27.5 %

[DATA DA COLETA: 30/09/2017 05:57]

Materia: Sangue

Método: Siroto

Valores de Referência:
37 - 47 % (Mintro)


Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411



Sr(a): MAYCON CARDOSO DA SILVA Protocolo: 0000360263 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 28-09-2017 14:49 Origem: CLÍNICA ORTOPÉDICA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 23 anos Destino: ENF 01 - L 03

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/09/2017 15:24]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	2.9 milhões/mm ³	4.2 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	8.0 g/dL	13.5 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	24 %	40.0 a 52.0 %
V.C.M.....	83 fL	82.0 a 92.0 fL
H.C.M.....	28 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	7.900 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Eosinófilos.....	2.0	158
Basófilos.....	74.0	5.846
		40 a 70 % - 1.800 a 8.100 / mm ³
Linfócitos.....	0	0
Típicos.....	21.0	1.659
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3.0	237
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRM 5010



Sr(a): MAYCON CARDOSO DA SILVA Protocolo: 0000356599 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 09-09-2017 10:43 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 23 anos Destino: ENF 01 - L 03

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 09/09/2017 11:14]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.90 milhões/mm ³	4.2 a 5.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	10,7 g/dL	13.0 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	33 %	40.0 a 52.5 %
V.C.M.....	85 fL	82.0 a 92.0 fL
H.C.M.....	27 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	32 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.100 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	364	
Segmentados.....	79,0	7.189	40 a 70 % - 1.800 a 8.000 / mm ³
Eosinófilos.....	2,0	182	0,5 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos.....			
Típicos.....	12,0	1.092	20 a 40 % - 1.000 a 3.000 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	273	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	119.000 mm ³		149.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Almeida Brito
Biomédico
CRM 5409



Sr(a):	MAYCON CARDOSO DA SILVA	Protocolo:	0000356599	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	09-09-2017 10:43	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Destino:	ENF 01 - L 01

CREATININA

[DATA DA COLTA: 09/09/2017 11:14]

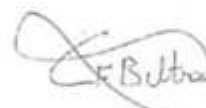
Resultado..... 0,8 mg/dl

Referencial: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração
de Creatinina e Sorato de
urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo
diuréticos e
vitamina C podem alterar o
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 NIENES



Carlos Felipe Souza de Miranda Botelho
Biomédico
CREM 5495

Enviado : 09/09/2017 11:41 - Página 1 de 3

Sr(a):	MAYCON CARDOSO DA SILVA	Protocolo:	0000356599	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	09-09-2017 10:43	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Destino:	ENF 01 - L 03

TEMPO DE SANGRAMENTO 1'30''

[DATA DA COLETA: 09/09/2017 11:14]

Materiais: sangue

Método: Juke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO 6'00'' min

[DATA DA COLETA: 09/09/2017 11:14]

Materiais: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 12 minutos



Carlos Felipe Souza de Almeida Brito
Biomédico
CRM 5485

Emissão : 09/09/2017 11:41 - Página 3 de 3



PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1467464103

1467464103

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
E ATRIBUIÇÃO DE IDENTIDADE

Nome: JOATON

Doc. Identificador / Data de Nascimento: 4117601 09/05/2017

CPF: 704.212.714-50

Data de Nascimento: 17/10/1983

Nome: JOELMA

CPF: 217.10/2020

Data de Nascimento: 30/03/2015

CPF: 58802134805

Data de Nascimento: 09/05/2017

PARAIBA

58802134805

09034503528

SABEMI SEGURADORA S/A

19 JUN 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 WALENEDY LIMA DE ARAUJO

DOC IDENTIFICAD: 1939268
 CDS: 059
 JUS: 20

CPF: 028.037.344-94
 DATA NASCIMENTO: 06/09/1977

FASEAO
 VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO
 MARLENE LIMA DE ARAUJO

PERMISSAO: ☒ CONDUTOR ☐ ACV ☐ OUTRA

Nº VEICULO: 02275130250
 VALOR: 13/11/2017
 1ª HABILITACAO: 08/04/2002

ENDEREÇO
 [Assinatura]
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB
 DATA EMISSAO: 14/11/2012

[Assinatura]
 ASSINATURA DO DETRAN

88094559919
 71026330123

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 591084919

PROIBIDO PLASTIFICAR
 591084919



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

MAIKOM

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
4117601 SSDB PB

CPF
704.212.714-50

DATA NASCIMENTO
17/10/1993

FUNÇÃO
JORNALISTA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. MA**
AS

Nº REGISTRO
06590359170

VALIDADE
21/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
30/03/2016

OBSERVAÇÕES
EAR;

Maikom
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
13/02/2019

Maikom
ASSINATURA DO EMISSOR

80199155459
PB030446324

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1674216821

PROIBIDO PLASTIFICAR
1674216821



98725-1359

Rua Nossair RABIB 1830 - Catole

UTRA GAS - Shopping do GAS

3331-3003

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DA JUSTICA	
DETTRAN - PB	
Nº 6007909127	
84815883698	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
PRT - 20080100040554-6	
RTB	
964893347	
THIAGO LEMOS RODRIGUES	
AV C JOSEPH N H NACAD 1830 CAS	
CATOLE	
58100000 CAMPINA GRANDE-PB	
22761355814	
COC	
MNV0075/PB	
GRAN MOTO C GRANDE	
NOVO	
9C2KC08308R004314	
CAR/MOTOCICLE/NAO APLIC	
GASOLINA	
HONDA/CG 150 JOB	
2008 2008	
0.114/149 /CI	
PARTIC	
AZUL	
OBSERVAÇÕES	
A.F CONS NACIONAL HONDA LTDA	
VEIC.MODIFICADO RES.25/98	
CAMPINA	
34665	
DESPACHO DE FISCAL NUNES 07/06/2008	
Múltipla 34665	
Cidade de Catole - Campina Grande 4614	

RECEBIDO

19 JUN 2018

SACEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

19 JUN 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$

NOME DO COMPRADOR

RG

CPF/CGC

ENDEREÇO

LOCAL E DATA

Campina Grande, 13 de Junho de 2018

4º Cartório
Fechine

Thiago Lima Pacheco

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO/VEENDEDOR

ATENÇÃO:

1) O VEENDEDOR SE ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL OU CRIMINAL A PARTIR DA DATA ACIMA, CABENDO AO COMPRADOR A IMEDIATA TRANSFERENCIA DE REGISTRO DO VEICULO PARA O SEU NOME.
2) A TRANSFERENCIA DE REGISTRO PODERA SER COMUNICADA PELO VEENDEDOR, REMETENDO COPIA DESTE DOCUMENTO AO DETRAN, APÓS DEVIDAMENTE PREENCHIDO E FIRMADO.

DE ACORDO:

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO/VEENDEDOR CONFORME ART. 369 C.P.C.

FECCHINE
Serviços Notariais e Oportunitades
Mikaelle Nobrega Brandão
Fone: (31) 3333-1111
Rua: ...

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: THIAGO LIMA RODRIGUES
Em test. da verdade. Campina Grande-PB 13/10/2016 09:11:26
MIKAELLA NOBREGA BRANDÃO - ESCRIVENTE
[2016-025860]EVDL-RS 48,48 F88EN-RS 0,25 FEBJ-RS 1,70
SELO DIGITAL: AEA78928-8810

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

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MNW0075

2018

[Imprimir Consulta](#)

MNW0075	Último Licenciamento: 2018
	Proprietário: *****
	Placa: MNW0075
	Combustível: GASOLINA
CARGA / MOTOCICLET	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 JOB
HONDA/CG 150 JOB	Espécie/Tipo: CARGA / MOTOCICLET
	Ano de Fabricação: 2008
	Ano Modelo: 2008
	Categoria: PARTICULAR
	Cor Predominante: AZUL
	Vencimento Licenciamento: 31/07/2019
	Observação:
	Restrição:
	Financeira:
	Município: CAMPINA GRANDE
	Situação: EM CIRCULACAO
	Data da Consulta: 24/07/2019

CAMPINA GRANDE**24/07/2019**



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAIKOM

DATA DO ACIDENTE 07.09.2017 CPF DA VÍTIMA 704.212.714-50

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É MAIKOM

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua FREDERICO

Nº 08 COMPLEMENTO APTº 06 G BAIRRO QUAQUETÁ

CIDADE Caruaru Garuá UF Pernambuco CEP 58.416.195

E-MAIL _____ TELEFONE (03) 58653-8567

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 CONFERIEM 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 CONFERIEM 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24.04.2019

IDENTIDADE 4.117.601.5505/PB

ASSINATURA Maikom

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 24 JUL. 2019

NOME _____

ASSINATURA _____





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

2º. CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

ESTADO DA PARAÍBA - MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE

Maria Lúcia Marcelino de Almeida - oficial do Registro Civil, na forma da lei, etc.

Maria Lúcia M. de Almeida
Oficial do R. Civil
Campina Grande - Paraíba

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

MARIA LÚCIA MARCELINO DE ALMEIDA, Oficial do Registro Civil, desta Cidade de Campina Grande-PB na forma da Lei, etc..

CERTIFICO que às folhas 178, sob número 096609 livro A-185 de Registro de Nascimento foi feito hoje o assentamento de MATKON, nascido aos dezessete de outubro de um mil e novecentos e noventa e três (17/10/1993), às 11 HORAS em CAMPINA GRANDE-PB DNV Nº 40604875, do sexo masculino. Filho de IGNORADO e JOELMA..

sendo os avós paternos IGNORADO e IGNORADA e os avós maternos IGNORADO e IGNORADA..

Foi Declarante POR MANDADO JUDICIAL..

O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande-PB, 13 DE FEVEREIRO DE 2008

Maria do Socorro Nascimento Silva
- Oficial(a) -

Maria do Socorro Nascimento Silva
Escritorinha Autorizada
2º. Cartório do Registro Civil
Campina Grande-PB.





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.
DIRETORIA GERAL
NÚCLEO DE AUDITORIA

CERTIDÃO

CÓPIA

Certificamos para os devidos fins de direito que o paciente atendido no dia 07 de setembro de 2017 (Atendimento nº. 1500978), pelas 06:09 h, foi **MAIKOM**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade nº. 41.17.601 SSP/PB e CPF nº. 704.212.714-50, filho de Joelma, natural de Campina Grande - PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se **MAYCON CARDOSO DA SILVA**, leia-se **MAIKOM**.

Certificamos, ainda, que o paciente, apresentou Carteira Nacional de Habilitação original onde consta o nome correto do mesmo.

Campina Grande/PB, 29 de janeiro de 2018

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Mat.: 157.816-2 – OAB/PB 12.139
Hospital de Emergência e Trauma
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Pedro Mário F. A. Fernandes
Núcleo de Auditoria/Assistente Jurídico

PEDRO MÁRIO FREITAS ALVES FERNANDES

Assessor Jurídico do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Mat.: 210.411-3 – OAB/PB 22.160



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190444687 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAIKOM **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.6
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190444687

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAIKOM

Data do acidente: 07/09/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.6
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: MAIKOM
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 4117601 SSDS/PB
CPF: 704 210 714-50
Profissão: MECANICO
Endereço: RUA RODOVIARIA 08 APTD 06 BLC 34 QUARENTA CG/PB
CEP: 58416-195
Telefone: (83) 98781-2810

OUTORGADO:

Nome: WALKENEDY LIMA DE ARAUJO
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 1939268 SSP/PB
CPF: 028.037.344-94
Profissão: CONSULTOR DE SEGUROS
Endereço: RUA IRMA OLIVIA 174 SERROTAO CAMPINA GRANDE/PB
CEP: 58434-076
Telefone: (83) 99382-1646

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MAIKOM

CAMPINA GRANDE/PB 08/03/18
Local e data

Maikom

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade da fundação)



2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabelião: Maria de Fátima Leal Cavalcanti
Praça de São João, 125, Centro - C. Grande - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
MAIKOM

Luciana Carolino dos Santos
Escrivente Autorizada

Campina Grande/PB 08/03/2018
Em testemunho da verdade Dou fé.
Escrivente: LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS
Selo Digital: AG032848-RYSW
Confira os dados em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Empl: P\$9 49 ISS R\$0 47 Farpem R\$0 28 Fep: R\$1,74 MP R\$0 15



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250851/19

Vítima: MAIKOM

CPF: 704.212.714-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAIKOM

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MAIKOM : 704.212.714-50

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: 24/07/2019
Nome: MAIKOM
CPF: 704.212.714-50

MAIKOM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA