
Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190585331

Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO

Data do Acidente: 27/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OSORIO ALVES POLICARPO

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190585331 Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO

Data do Acidente: 27/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), OSORIO ALVES POLICARPO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

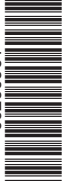
Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 121.426.698-32 4 - Nome completo da vítima: OSÓRIO ALVES POLICARPO

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

5 - Nome completo: OSÓRIO ALVES POLICARPO 6 - CPF: 121.426.698-32
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SETOR MANICUA 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: POCINHOS 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.150-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

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:

☐ RECURSO 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: 2469 4 CONTA: 9654 7
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

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(s) (se houver)? ☐ 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 pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

Autorização de pagamento



40 - Local e Data, Pocinhos - PB 07/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL
Rua Benício Fernandes, 98, Distrito de São José da Mata - Campina Grande - PB

Boletim de ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Versando sobre ACIDENTE DE TRÂNSITO

Hora e data do fato: Às 09:00, do dia 27 de junho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:22, do dia 5 de setembro de 2019.

Local do Ocorrido: SÍTIO FARINHA, PRÓXIMO POSTO RODOVIÁRIO FEDERAL - DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA

COMUNICANTE e VÍTIMA: OSÓRIO ALVES POLICARPO, do sexo masculino, nascido no dia 08/09/1963, com 55 anos de idade, ID: 924.848 SSP/PB, CPF: 121.426.698-32, AGRICULTOR, filho de OSÓRIO GUEDES POLICARPO e de MARIA CECÍLIA ALVES POLICARPO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRO, residente na SÍTIO FARINHA, S/N, bairro DISTR. S. J. DA MATA, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº 83 99125-0130

TESTEMUNHAS: GUTEMBERG CORDEIRO MARTINS, residente na SÍTIO FARINHA, S/N, bairro DISTR. S. J. DA MATA, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB. ANTONIO MÁRCIO SANTANA FIGUEIREDO, residente na SÍTIO FARINHA, S/N, bairro DISTR. S. J. DA MATA, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB.

HISTÓRICO: Afirma o notificante, que no dia 27 de junho de 2019, conduzia seu veículo moto HONDA CG 125 TITAN, ano 1997, modelo 1998, cor vermelha, placa MNT 0460/PB, CHASSI 9C2JC250WVR011042, licenciado em nome de OSÓRIO ALVES POLICARPO, pelo Sítio Farinha, no Distrito de São José da Mata e devido às chuvas, acabou caindo em um buraco, perdendo o controle e vindo ao solo, momento em que a motocicleta caiu por cima da perna, quebrando a tibia da perna esquerda. Informa que foi auxiliado pelos vizinhos, ora arrolados como testemunhas, que o levaram ao Hospital de Trauma, onde recebeu atendimento médico. Acrescenta que apresenta na oportunidade, cópia de prontuário médico oriundo daquele nosocomio.

AUTORIDADE JOSÉ DAMIÃO MARÇAL DA SILVA

COMUNICANTE OSÓRIO ALVES POLICARPO

ESCRIVÃO AUDEMAR RIBEIRO

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO
Rua Cônego João Coutinho - 48 - Centro

AUTENTICAÇÃO

certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que se faz anexo. Dou fé, (Art. 425, III do CPC)

Acilhos-PB 07/10/2019

confira em <https://sejudatextual.pb.jus.br>

Selo Digital: A1K62851-1BU0

Imp: R\$2,48 ISS R\$0,12 Farpen R\$0,29

Imp: R\$0,50 MP R\$0,04

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO
Serviço Notarial e Registral - Paraíba
Rua da ... de ...
... ..

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de inexistência de IRR



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



LUGAR: MOXOFASCO BRZ01.12
C/ Soc. RURAL, 87 RURAL, AGROPECUARIA RURAL
Retoño 10-405-535-3700 Referencia JUL 2018
Medio: C107B275393 Emisión: 17/07/2018

[illegible]

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica nº 406 120 522
Cód. para DIB Automática: 0001007346

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse www.citnergisa.com.br

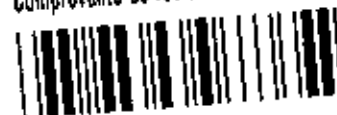
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jul / 2019	17/07/2019	16/08/2019	129.426.636-32

UC (Unidade Consumidora) 4105754-6

Canal di contatto

PAGE:

Comprobante de residencia



Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Ledura	Data	Ledura						
14/05/18	4149	17/07/18	4476				930		23
Demonstrativo									
CC	Descrição	Orcamento	Tariffas	- Valor Base Calc	Mq	Kilom(R\$)	Base Calc	Po(R\$)	Cobrança(R\$)
			Inclusão Tarifária	(R\$)	Km	(R\$)	Km	(R\$)	%
0001	Consumo em Litros	330,000	0,410570	135,48	0,00	0	0,00	135,48	1,47
0001	Adic B Amarela			2,71	0,00	0	0,00	2,71	0,03
0010	Subsidio			42,78	0,00	0	0,00	42,78	0,46
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0004	JUROS DE MORA 05/2018			1,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 05/2018			2,51	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 05/2018			0,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0000	Dedução Subsidio			-40,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00
CCI	Código de Classificação do Item	TOYOTA		144,65	0,00		0,00	180,97	1,90
	Tarifas e Tributos	0,285610							

सिद्धार्थ प्रसिदास साहू (KVN)

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
24/07/2019 R\$ 144,65

185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195
Jan 18	Apr 17	Nov 10	Dec 28	Jan 28	Jan 29	Feb 11	Mar 19	Apr 18	May 19	Jun 15

RESERVADO AO FISCO
a0de.83b9.a090.f9e9.14c5.b47d.e65e.bc99

Indicadores de Qualidade			Comparação com o Padrão		
	Limite da Tensão da Armadura	Limite da Tensão Apurada		Valor	%
DO MENOR		0,00	Discriminados	(40 MPa)	
DO FATORIAL	21,74		Serão de Desempenho	21,74	98,64
DE CALAGEM	43,48		Cargas de Trabalho	0,59	49,40
HIDRÁULICA	7,59	0,00	Serão de Desempenho	0,59	5,84
FATIGAL	15,18		de Cargas de Trabalho	0,11	6,37
FATIGAL	30,36		Análise de Desempenho e Cargas	14,85	10,27
DIMOS	2,88	0,00	Outros Serões	0,00	0,00
DCRI	18,60		Total	144,85	100,00

Fonte: ELSA (Vol. 5/2011) RSCG-12

Verbal de ELISD Item 5/2019 | Pág. 19

[illegible]

सिद्धिपुत्रवत्तुः समस्तुः सुखं

RECIBO DO ARRECADADOR

83650000001-0 44650147000-4 01057542019-4 07900405019-5

D:\C:\DOC\OCEANO\ALICE\BIO\KIAEROZ.DOC 06-07-98 12:46 PM

ST. CATARINA, 541. - S. JOSÉ LIA MATAR, ANTELA GRANDE, 1 PERCEP. S. MARCO

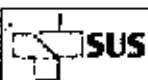
UG	Material	Referência	Data de Vencimento	Valor do Documento
4105754.8	10-405-535-3200	10/2019	24/07/2019	144,85

BENEFICÍARIO: EMPRESA BIONOMEMA - C/ALFONSO X DE ENFERGIA S/N Q'J OR 878 EMB0001-95
129 250 - LIMA 15B - Av. Sudpase - Tías Finas - Cantón Grande / PY - CE# 34623.700



Data da Internação: 27/06/2019 Hora: 10:13:30

8-2



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

2 - CNES
2362856

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

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
OSORIO ALVES POLICARPO

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1930556

7 - CARTÃO DO SUS
709803003741897

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/09/1963

9 - SEXO
Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA CECILIA ALVES POLICARPO

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD **83** Nº DE TELEFONE **991020376**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
SITIO FARINHA, 0, SAO JOSE DA MATA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 15 - UF 16 - CEP
250400 PB 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*paciente em liq
por queda.*

Documentação médico - hospitalar



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fxo cir.

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

Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
27/06/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

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 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

**GOVERNO
DA PARAIBA**

Data: 05/07/2019
NOME: Julio Cesar Ribeiro De Castro



**GOVERNO
DA PARAIBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO

Data da Internação: 27/06/2019

Data da Alta: 05/07/2019

Registro: 1930556

Tempo de Permanência: -18075

Diagnóstico Inicial: 0408050543

Diagnóstico Final:

Cirurgia: RAFI

Data: 03/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAÚJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: 0

Anatomopatológico: 0

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. DOR E DEFORMIDADE EM TIBIA DISTAL D. SUBMETIDO A CIRURGIA ORTOPÉDICA DEVIDO FRATURA DE TIBIA

Orientações: ORIENTO NAO PISAR, CURATIVOS E MEDICAÇÕES

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H. ALGINAC 1000 1 CP VO 12/12H. XARELTO 10MG 1 CP 1 X DIA

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 05/07/2019

Assinatura/Carimbo
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5395 / CRM-RN 3520

**OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Julio Cesar
Ribeiro De Castro**



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/07/2019

Horas: 06:41:22

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 04/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	OK
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	OK
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	OK
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	OK
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	OK
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR INTENSA	OK
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	OK
8	CUIDADOS-GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 04/07/2019 HORA: 06:40:27

1º DPO SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM BEG.

CONDUTA:
FAZER CURATIVO
LEVAR MI
VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3335

2º DPO 5/7/19

BEG, estavel

Sem qnx

Edema +/+

Dor +

Aparelho neurovascular preservado

co: Alta hospitalar

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA-9985 / CRM/RN-8320

CHIEF OF POLICE
100-44-1000
NEW YORK CITY

100-44-1000
NEW YORK CITY

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/07/2019

Horas: 15:41:15

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECÍLIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

on

DIA 03/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	18 29/6
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h OD/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 6
4	FLORATIL 200 MG V.O. 1, 12h/12h	18 6
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	18 6
6	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 6
7	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA. 8h/8h SÉ DOR INTENSA	
8	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 6
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18 6

EVOLUÇÃO

DATA: 03/07/2019 HORA: 15:40:34

PACIENTE EM POI SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM REG.

CONDUTA:

SOLICITO RATO X-DE CONTROLE.
VPM.

ASSINATURA: CRIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo - Traumatologia
MR. Ortopedia CRM-PB 7825



GOVERNO
DA PARAÍBA

11

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/07/2019

Horas: 07:39:28

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 **Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO** Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 **Enfermária: 8 — Leito: 1** Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

11

DIA 02/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE (<i>Dieta zero a partir de 00:00h</i>)	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
3	FLORATIL 200 MG V.O. 1, 12h/12h	<i>12 18 24 06</i>
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>18 06</i>
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>06</i>
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>06</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 02/07/2019 HORA: 07:39:08

ORTOPEDIA

DHI 6

COM TALA GESSADA

BEG

ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES OK

EM AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

[Assinatura]
Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MED-00-00000000

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/07/2019

Horas: 08:33:06

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 01/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO. 6h/6h	12 24 36
3	FLORATIL 200 MG V.O. 1, 12h/12h	12 24 36
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	12 24 36
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	106
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/07/2019 HORA: 08:31:35

ORTOPEDIA

DIH 4

COM TALA GESSADA

BEG

ESTÁVEL CLINICAMENTE

EXAMES OK

CD AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da SilvaDr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3338

09/04/98 PA = 140 x 90 mmHg

T = 36.4 °C

FC = 78.

Practi segun el ESW colares, abril, Espinosa,
medicados opv, Quabalgando. Sem question. Segue
sem cuidados da equipe.

Maria Genuides Silva
CORENPF 804.682-TE

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/06/2019

Horas: 11:30:51

Médico(a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 30/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO. 6h/6h	12 18 24 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	18
5	FLORATIL 200 MG V.O. 1, 12h/12h	18 06
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 24
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	06 22 06
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	VIGILANCIA	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/06/2019 HORA: 11:30:31

ORTOPEDIA

PACIENTE EVOLUI EM BEG

ESTAVEL CLINICAMENTE

CÉIXA DE DIARREIA

TALA OK

CD AGUARDA CIRURGIA

SOLICITO NOVAMENTE PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Ribeiro De Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-55538

30
06
19

PA

130x96 - FC-70 - T-362.

Sônia

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/06/2019

Horas: 08:17:22

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 29/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Julia Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	12 18 06 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12 18 06 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	18 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 06 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	18
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK
11	VIGILANCIA	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 29/06/2019 HORA: 08:16:31

ORTOPEDIA

PACIENTE EVOLUI EM BEG

ESTAVEL CLINICAMENTE

SEM QUEIXAS

TAX OK

CD AGUARDA CIRURGIA

SOLICITO NOVAMENTE PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

22/06 8:00h

PA:

140/90 mmHg P: 84 bpm T: 36.2°

Dr. Aurelio Vicente Leira
Aurelio Vicente Leira
COREN-PA 216.001.118



GOVERNO
DO ESTADO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/06/2019

Horas: 09:14:43

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 28/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12 18 24 6
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12 18 24 6
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	16
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 6
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 6
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	6
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	14
9	FISIOTERAPIA MOTORA	12
10	VIGILANCIA	12
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12

EVOLUÇÃO

DATA: 28/06/2019 HORA: 09:14:00

PACIENTE EVOLUINDO BEM ESTÁVEL
CD AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - ORTOPEL
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

28/06/19

12:38

acervo 27/06/19

temp 36.0

PA 145 x 102

Pulso 72

foi medicado

eu

Data: 27/06/2019

Horas: 10:19:28

Médico (a) Diarista : Rodrigo Porto Amorim Guedes

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Sexo: M

Clínica: ~~WOMAR~~ ^{ON II} Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A): Rodrigo Porto Amorim Guedes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	21/06/2019
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	SUSP.
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	SUSP.
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	21/06/2019
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	21/06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	21/06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	21/06
9	FISIOTERAPIA MOTORA	SUSP.
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C
11	VIGILANCIA	C

12 - Pré-op solicitado

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB: 6321 - TEOT: 2455
CTR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II, Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB

94-6-19

PA: 130/80

P: 5%

T: 36.1°C

Shch



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(s): OSORIO ALVES POLICARPO Protocolo: 0000474088 RG: NÃO INFORMADO
 Dta): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 29-06-2019 11:42 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 55 anos Destino: ENFERM - L.01

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 29/06/2019 11:41)

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos.....	4.07 milhões/mm ³		4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,1 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	36,8 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	90 fL		87,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL		32,0 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos.....	4.400 /mm ³		5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)	
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	88	
Segmentados.....	70,0	3.080	40 à 70 % - 1.200 à 6.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	25,0	1.100	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	132	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	193.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Ana Claudia Barroso
 Biomédica
 CRM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: BD30-F8A1-3E83-0DC5-787A-35A4-B695-930B





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): OSORIO ALVES POLICARPO Protocolo: 0900474088 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 29-06-2019 11:42 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 55 anos Destino: ENF 08 - I.01

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'18''

{DATA DA COLETA: 29/06/2019 11:42 }

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

Material: sangue

Método: Duke

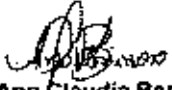
TEMPO DE COAGULACAO..... 8'00''

{DATA DA COLETA: 29/06/2019 11:42 }

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

Material: Sangue

Método: Lee-White


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 29/06/2019 12:56 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8441-4E2A-F5F3-C949-AED8-6AB8-8F3A-E981





GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia II		
NOME:	Osorio Alves Policarpo		
PROCEDIMENTO:			
☒ AVP:LOCAL:	MSD	GELCO Nº:	80
		AVC	☐
		JEJU	☐
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	☒ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	☒ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ ADORNOS	☒ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☒ HEMOG	☐ USG	☐ TOMOGRAFIA
		☐ RESSONÂNCIA	
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO		☒ NÃO SE APLICA	
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO		☒ NÃO SE APLICA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:		

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Osonio Alves Policarpo IDADE: 55 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 29/06/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

(☒) Cefaléia	(☐) Tontura	(☐) Síncope
(☐) Dispnéia de esforço	(☐) Grande	(☐) Pequena
(☐) Palpitações	(☐) Média	(☐) Ortopéica
(☐) Dor Precordial	(☐) Tosse Seca	(☐) Expectoração
Relacionada: () Esforço	(☐) Típica	(☐) Atípica
	(☐) Emoções () Frio	(☐) Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

(☒) Hipertensão Arterial Sistêmica	(☐) Hipertensão Pulmonar	(☐) DPOC () Outros
(☐) Diabetes Mellitus	(☐) Insuf. Cardíaca Congestiva	(☐) Insuficiência Coronariana
(☐) Arritmias	(☐) Insuf. Renal	(☐) Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: <u>Nega</u>	(☐) Tabagismo
(☒) Etilismo	(☐) Sedentarismo
(☐) Dislipidemia	(☐) Outros
(☒) Cirúrgico <u>fx maxilar há 20 anos.</u>	

Medicamentos em uso () Não (☒) Sim Clopidogrel + Goutancina

4 - EXAMES FÍSICO

(☒) Estado Geral (☒) Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RUR 2T BCHF S1S.

FC: 66 b.p.m P.A.: 140 x 90 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MUCH em AHT SDA.

Abdômen - Comentários: indol.

Membros Inferiores - Comentários: sem edemas.

5 - E.C.G.: Ritmo sinusal, eixo normal, sem subcuongas, sem alteração ST-T.

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

(☒) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
(☐) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
(☐) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
(☐) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Iramirton Leandro Bezerra
CARDIOLOGIA
CRM-PB 8540
Ass. do Médico

CLARKSON
CANDOR
1925-1926

Paciente:	Ondio Alves Polcarpo		Idade:	53a
Convênio:	BLES		Data:	03/03/19
Procedimento:	Ho. Cirurgico. prot. Ome da Perna (F.)			
Cirurgião:	Dr ^o Ana	Auxiliar:	Anestesista: Dr ^o Samara	
Início:	13:50	Término:	15:45	Anestesia: Raquel

[illegible][illegible]

Observações:

Circulante



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

B11263

Assinatura Anestesista

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 147127

DATA DA CIRURGIA: 03/07/2019

Número do Atendimento: 1930556 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 8 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO

Data da Internação: 27/06/2019

Atendimento: 1930556

Diagnostico Pré-Operatório: *fratura ossos perna (E)*

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA OSSOS PERNA ESQ

Data da

Cirurgia: 03/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: TAMARA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DA PERNA DIREITA + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE FÍBULA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM 9 F + PARAFUSOS CORTICAIS E 01 ESPONJOSO

5 - INCISÃO EM FACE MEDIAL DA PERNA (EM PONTE) + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

6 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DE TÍBIA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 4,5 MM 12 F + PARAFUSOS CORTICAIS, SOB ESCOPIA

7 - SUTURA

8 - CURATIVO

9 - À URPA.

Dra. Ana Maria Da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Data 03/07/2019

Assinatura/Carimbo

Ana Maria Da Silva Anselmo

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																																																																											
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Osáirio Alves Policiante</u>			IDADE: <u>55a</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:																																																																																											
DATA: <u>03/10/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																												
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS																																																																																												
URINA																																																																																																		
AP. RESPIRATÓRIO: <u>Acima citado</u>					ASMA: <u>N</u>	BRONQUITE: <u>N</u>																																																																																												
AP. CIRCULATÓRIO: <u>Estável</u>					ELETROCARDIOGRAMA: <u>RG</u>																																																																																													
AP. DIGESTIVO: <u>Hum 28h</u>			DENTES: <u>-</u>	PESCOÇO: <u>-</u>	AP. URINÁRIO: <u>NON</u>																																																																																													
ESTADO MENTAL: <u>COTE</u>			ATARÁXICOS: <u>-</u>	CORTICÓIDES: <u>-</u>	ALERGIA: <u>Não</u>	HIPOTENSORES: <u>-</u>																																																																																												
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO: <u>ASA II</u>	RISCO: <u>-</u>																																																																																												
ANESTESIAS ANTERIORES																																																																																																		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>Sem intercorrências</u>				APLICADA: <u>-</u>	AS: <u>-</u>	EFEITO: <u>-</u>																																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>0'</th> <th>15'</th> <th>30'</th> <th>45'</th> <th>60'</th> <th>75'</th> <th>90'</th> <th>105'</th> <th>120'</th> <th>135'</th> <th>150'</th> <th>165'</th> <th>180'</th> <th>195'</th> <th>210'</th> <th>225'</th> <th>240'</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIQUIDOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>IBOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VP. ARTERIAL: O - 50.0 - RESPIRAÇÃO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenla: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO 1) Etiozolam 2g 2) midazolam 2,0mg 3) Morfina 80mcg 4) Supracrina hiperbárica, IT 15mg 5) Ondansetrona 4mg 6) Dexametasona 8mg 7) ANESTESIA SATISF: Sim ☒ Não ☐ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____									AGENTES ANESTÉSICOS	0'	15'	30'	45'	60'	75'	90'	105'	120'	135'	150'	165'	180'	195'	210'	225'	240'	LIQUIDOS																		IBOS																		VP. ARTERIAL: O - 50.0 - RESPIRAÇÃO																		AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO																	
AGENTES ANESTÉSICOS	0'	15'	30'	45'	60'	75'	90'	105'	120'	135'	150'	165'	180'	195'	210'	225'	240'																																																																																	
LIQUIDOS																																																																																																		
IBOS																																																																																																		
VP. ARTERIAL: O - 50.0 - RESPIRAÇÃO																																																																																																		
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO																																																																																																		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		monitoração; venocese média; amniolun; paciente sentto de, an- disejma claudicante; punção suboculomedia em L3-L4 com aguilha tipo quincle nº 206, única, mediana; refluxo de L4-L5; infusão IT de AL + opioide.																																																																																																
POSICÃO		<u>pr - 2 - 03</u>																																																																																																
AGENTES		<u>Acima citado</u>																																																																																																
TÉCNICA		<u>Roqueirista + sedação</u>																																																																																																
OPERAÇÃO																																																																																																		
CIRURGIÕES		<u>Dr. André Ribeiro + Dr. Everson</u>																																																																																																
ANESTESISTAS		<u>Tomara Vale</u>																																																																																																
OBSERVAÇÕES																																																																																																		
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA																																																																																													

MA^E

CONTROLE CIRÚRGICO

Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0691

Paciente: OSWALDO ALVES RODRIGUES
Hospital: de Traumatologia de C. Grande
Médico: Dr. Anacleto + Dr. Galvão
Data da Cirurgia: 03/07/19 Procedimento: Fract. Tibial + TALS
Prontuário: 1930556 Convênio: _____
Instrumentadora(O): Flávia - Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
01	Placa de P 4,5 C/12 furos, estriada	
	Parafuso cortical 4,5	
01	Placa 1/3 tubular 3,5 C/9 furos	
	Parafuso cortical 3,5	
01	Parafuso expandido 16 mm principal	

Recife 03 de 07 de 2019

Dra. Ana Maria da S. Ansel
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Circulante

Médico Responsável

01674

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

Exhibits

Q.

Page 53

12-1-1

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

2. 457

L. J. CUNHA PAPER

10

1211-1212. 1213-1214.

C-144

Б104417 Л10

CCNY 1010

Chlorine

100-443887-100

Output: 3

1951-1952

ଉତ୍ତରୀୟ ଶିଳ୍ପ

2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526

00000000

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>01</u> <u>ALVES POLICARPO JN</u> <u>08-09-1963</u>						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
				<u>193053</u>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
CIRURGIA: <u>TT - Colecistectomia</u>				CIRURGIÃO: <u>Ana Maria F. de Souza</u>			
ANESTESIA: <u>Propofol</u>				ANESTESIA: <u>Dr. Tâmara</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>Thiago</u>		DATA: <u>03-07-19</u>		INÍCIO: <u>13:50</u>		FIM: <u>15:45</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia		Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Catel. p/ Oxyg.			Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.			Catgut cromado Sertix	
<u>01</u>	<u>Diazepam amp.</u>		Compressa Grande			Catgut cromado Sertix	
	<u>Dolantina amp.</u>		Compressa Pequena			Catgut Simples	
	Efrane ml		Colonoide			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Kerr nº			Catgut Simples Sertix	
	Inova ml		Dreno Penrose nº			Cera p/ osso	
	Ketalar ml		Dreno Pezzer nº			Ethibond	
<u>01</u>	<u>Propofol 0,2 % ml</u>		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
<u>01</u>	<u>Propofol amp.</u>		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Equipo de PVC			Fio de Algodão Sertix	
	Protoxido l/m		Esparradrapo Largo cm			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Furacim ml			Fio de Algodão Sutupak	
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades			Fita cardíaca	
	Thionembutal ml		H ₂ O ₂ ml		<u>04</u>	Mononylon 2-0	
	Tracrium amp.		Intracath Adulto			Mononylon	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Intracath Infantil			Prolene Sertix	
<u>01</u>	<u>Agua Destilada amp.</u>		Lâmina de Bisturi nº 23			Prolene Sertix	
<u>01</u>	<u>Decadron amp.</u>		Lâmina de Bisturi nº 11			Prolene Sertix	
<u>01</u>	<u>Dipirona amp.</u>		Lâmina de Bisturi nº 15			Prolene Sertix	
<u>01</u>	<u>Flavonol amp.</u>		Luvas 7.0			Vicryl Sertix 1	
<u>01</u>	<u>Plebocortid amp.</u>		Luvas 7.5		<u>01</u>	Vicryl Sertix	
<u>01</u>	<u>Seramicina amp.</u>		Luvas 8.0			Vicryl Sertix	
<u>01</u>	<u>Glicose amp.</u>		Luvas 8.5				
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m				
	Haemacel ml.		Potiflix				
	Heparema ml.		PVPI Degemante ml				
	Kanakion amp.		PVPI Tópico ml.		Qtd.	SOROS	
	Lasix amp.		Sabão Antisséptico			SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrolinazol.		Saco coletor			SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 10 ml			SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 20 ml			SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml			SG fr 500 ml	
	Stuptanon amp.		Sonda				
	Cefalotina 1g		Sonda lolley		Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
			Sonda Nasogátrica				
			Sonda Uretral nº		<u>01</u>	<u>placa OCP 9,5 c/12</u>	
			Sterydrem ml		<u>01</u>	<u>placa 1/2 tubular c/9 furos</u>	
			Torneirinha		<u>12</u>	<u>parafusos corticais</u>	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		<u>01</u>	<u>esponja</u>	
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 28 x 28		Látex				
	Agulha desc. 3 x 4,5		<u>eletródos</u>				
<u>01</u>	<u>Agulha p/ raque nº 25</u>						
	Álcool de Enfermagem						
	Álcool Iodado ml						
<u>04</u>	<u>Ataduras de Crepon 13</u>						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	<u>Ataduras out.</u>						

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lúcia B. Medeiros
TÉC DE ENFERMAGEM
COREN - PI 03.122

Vanda

NOME		Ondino Alves Polcônio		GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE		55		ENFERMARIA		8	
H. D.		Ft Tbra E		LEITO:		1	
		ADMISSÃO		HORA			
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS							
PROCEDÊNCIA:				DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito			
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRPA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☒ Trauma ☐ PNM				Perfusão: ☒ Normal ☐ Deficiente			
☐ Hemorragia ☐ Outros:				☐ Edema. Regiões: ☐ Caxifos			
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia				CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
HDA: Pac. em ECR, Cooperativo, eugenico, normo-nodo, aac, normo aac, 50R, Imobilização gestada em MIE.				CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2			
				☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☒ Cinesioterapia ☐ MRP			
				☐ Treino de Marcha ☒ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação			
				☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial			
				☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação			
				Outros:			
				Observações:			
SV: FC bpm FR bpm PA: SpO2 % T °C							
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravissimo							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow							
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal				Trefismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal			
Reflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☒ Normal				Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5			
Bloqueios Articulares (Regiões) M E							
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR							
☒ Eupneico ☐ Sem alterações							
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI ☐ VMI							
O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi %							
☐ Másc. Reinalação par. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min							
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ SAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais							
☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ____ /4+							
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Não ☐ Sim				DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: Ft Tbra distal E			
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial							
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica							
Ausculta Pulmonar: MME em MTE, SURA Rate X Tórax:							
TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectorante ☐ Ineficaz							
SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.							
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta							
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha							

Campina Grande,

28/06/19

Andrezza C. Barbosa
FISIOTERAPEUTA
CRF 110.77729/R

Fisioterapeuta/CRF 110

NOME				GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE		ENFERMARIA		LEITO:		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
H. D.		ADMISSÃO		HORA		FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	

PROCEDÊNCIA:				DRENØ: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito			
				Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente			
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICC ☐ Trauma ☐ PNM				☐ Edema, Regiões: ☐ Cefalos			
☐ Hemorragia ☐ Outros:				CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICC ☐ Cirurgia				CD: ☐ THB ☐ TEP passiva ☐ TEP ativa ☐ VNI ☐ O2			
HDA:				☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP			
				☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação			
				☐ Ortostatismos ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial			
				☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação			
				Outros:			
				Observações:			
SV: FC bpm FR lpm PA: SpO2 % T °C ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow _____ Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal Trofismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☐ Normal Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Bloqueios Articulares (Regiões) SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR ☐ Eupneico ☐ Sem alterações SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI _____ ☐ VMI O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi _____ % ☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo _____ l/min DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais ☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor _____ /4+ OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim _____ PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica _____ Ausculta Pulmonar: _____ Rale X Tórax: _____ TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande. COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha							
				DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:			
				Campina Grande, _____/_____/_____ Fisioterapeuta/CRE-FITO			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ismael Alves Registro: Leito: 8 - 1 Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 150 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

SS -
FX tibia distal

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: Prejudicada

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

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 () Cheio.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Isabela Alves Registro: Leito: 8-1 Setor Atual: Urd. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,2 °C; P: bpm; FR: 73 irpm; PA: 142 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: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgasia):

Pupilas: ☒ 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: ☒ 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

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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

27/06/2019

HTCCG-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
RESOLUÇÃO DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (N.E) Nº: 1930532

RESOLUÇÃO DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.305/0001-02
Av. Mol. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/06/2019
Boletim de Emergência (9.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: OSORIO ALVES

CEP: 58400002

Nascimento: 08/09/1963

POLICARPO

Sexo: M

Telefone: 991020376

Endereço: SÍTIO FARINHA

Cidade: Campina Grande

Idade: 055

Bairro: SAO JOSE DA MATA

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES

RG: 924848

Nº: D

POLICARPO

CPF: 12142669832

Profissão: AGRICULTOR

Responsável:

Data de

CNS: 709803003741897

Estado Civil: Casado(a)

Atend: 27/06/2019

CONVÊNIO: SUS

Hora: 09:33:04

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

OBSERVAÇÃO:

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. Injúria Venosa |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Fieira | 25. Luxação |
| 8. Enfiamento | 26. Mordedura |
| 9. Erisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Emagrecimento | 28. Objeto Engravidado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. Ferida limpa | 30. Paralisia |
| 13. Ferida de fogo | 31. Parasita |
| 14. Ferida contusa | 32. Parestesia |
| 15. Ferida cortante | 33. Queimadura |
| 16. Ferida contusa | 34. Rinite |
| 17. Ferida contusa | 35. Sinais de latência |
| 18. Ferida perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

fx fíbula direita

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às Dia / /

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUZAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Rodrigo Aguiar
CRM-PB 6321 - TEO 712455
DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
COM PEDRO II Nº 427
CAMPINA GRANDE

RAIO X
REALIZADO EM:
27/06/19

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

SERVIÇOS REALIZADOS:

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


 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA - MATERNIDADE LUIZ COSTA FERREIRAS - ENP: 08.277.563/2038-57
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/06/2019
 Paciente: OSÓRIO ALVES POLICARPO Idade: 055 N° ATEND: 1930532

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 27/06/2019 HORA : 09:43:21

ESPECIALIDADE: **ORTOPEDIA**

MOTIVO: **ACIDENTE DE MOTO**
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
 DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS: NEGA
 MEDICAÇÃO EM USO:
 ESTADO GERAL: BOM
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
 () DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRUFILO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () HIPOTENSÃO () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
 acolhimento

Allana Guimarães Uchida
 COREN-PB 575133-ENF

100-100000

C

C



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A):

Pelizzari

Ossana Alves

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº.

SÉRIE

ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 582 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 27/06/19 A 05/07/19 NECESSITANDO DE

60 (sessenta)

DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PB-99851 CRM/RN-8320

Campina Grande 05/07/19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Isidro Alves Ribeiro

foi atendido (às) hoje, às 10:23 ()

horas, necessitando de 30 (12 dias)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S82.3

Campina Grande,

22, 08, 19

Dr. Rodrigo Amorim

CRM-PB 6321 - TEOT: 12455
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II Nº 429
- CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Oseirio Alves de Lima

foi atendido (às) hoje, às 9:28 ()

horas, necessitando de 60 (sessenta)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S82.3

Campina Grande, 19/09/19

Dr. Rodrigo Amorim

CRM - PB 5121 - RBO 12455

CIR. EM CLÍNICA DE EMERGÊNCIA - SEC

AV. GILBERTO PEREIRA II, Nº 420

Disciplina: ORTODONTIA E P.O.

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
 OSORIO ALVES POLICARPO

DOC. IDENTIDADE / OPG. EMISSOR UF
 924648 SSP PB

CPF
 121.426.698-32 DATA NASCIMENTO
 08/09/1963

FILIAÇÃO
 OSORIO GUEDES
 POLICARPO
 MARIA CECILIA ALVES
 POLICARPO

PERMISSÃO ACC CATHAB
 AB

Nº REGISTRO
 01477017420 VALIDEZ
 09/06/2020 1ª HABITAÇÃO
 05/10/2000



VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1083307859

OBSERVAÇÕES

Osorio Alves Policarpo

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1083307859

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO
 10/06/2015

ASSINATURA DO LUBROR 46111632700
 PB030804108

Documentos de identificação



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO
 Rua Cônego João Coutinho - 48 - Centro
AUTENTICAÇÃO

Caratifico que a presente cópia é reprodução fiel do
 original que se foi exibido. Dou fé. (Art. 436-III do CPC)

Campinas-PB 07/10/2019 *Almeida*

onfira em: <https://portal.digital.tjpb.jus.br>

Selo Digital: A1K62853-4FX9

Valor R\$2,48 ISS R\$0,12 Forpou R\$0,29

Valor R\$0,50 MP R\$0,04

ÚNICO OFÍCIO
 Campinas-PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358880/19

Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO

CPF: 121.426.698-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2019

Titular do CPF: OSORIO ALVES
POLICARPO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



OSORIO ALVES POLICARPO : 121.426.698-32

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2019

Nome: OSORIO ALVES POLICARPO

CPF: 121.426.698-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019

Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

CPF: 156.118.057-28

OSORIO ALVES POLICARPO

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190585331 **Cidade:** São José da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO **Data do acidente:** 27/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1.23.25.26.27_CIRURGIA

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR RODRIGO AMORIM, CRM/PB Nº 6321, DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇAGA FERNANDES, EM 19/09/2019, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190585331 **Cidade:** São José da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO **Data do acidente:** 27/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1.23.25.26.27_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358880/19

Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO

CPF: 121.426.698-32

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2019

Titular do CPF: OSORIO ALVES
POLICARPO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

OSORIO ALVES POLICARPO : 121.426.698-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2019
Nome: OSORIO ALVES POLICARPO
CPF: 121.426.698-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

OSORIO ALVES POLICARPO

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES