

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180056999**

Vitima: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **12/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180056999**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12332879



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Sinistro: **3180056999**

Vítima: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **12/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180056999** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180056999**

Vitima: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **12/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180056999**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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 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

Nome completo da vítima

054.240.594-65

ROGERIO LOPES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ROGERIO LOPES DA SILVA		CPF titular da conta 054.240.594-65	Profissão RECUSO
Endereço RUA ALMIRANTE BARROSO		Número 284	Complemento BL LAP 410
Bairro LIBERDADE	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PARAÍBA	CEP 58100-000
Email ibo_oliveira@hotmail.com		Telefone (DDD) 33 99980-7367	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, que a residência informada acima, segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA N.º
2221

DIV
36579

CONTA N.º
2

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome

AGÊNCIA N.º

CONTA N.º

(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, PB 29 de Janeiro de 2018

Local e Data

Rogério Lopes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPÓSITO
DATA 26/12/2017 HORA 11:50:01
CAIXA E LIVACAO 26/12
CONTENIDO 000656496
LOCALIZADOR Andre

AGENCIA 2221
CONTA 013 00036579-2
NOME ROGERIO LOPES DA SILVA
VALOR

COD OPERACAO 101609705

2017-12-26-11:50:01-7530
1615QUE CAIXA 0800 72
6 0101 OUVI

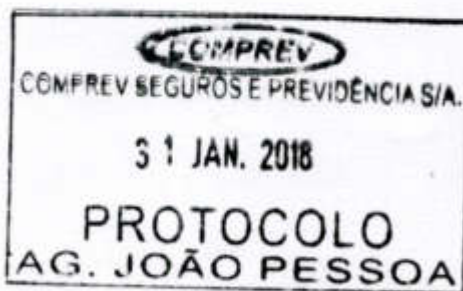
DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A
AO DO CRÉDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 DI
OS CONTA MARCADA PARA RECEBIMENTO
SITO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AG
S

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala 0800 726 2492

Ouidona 0800 725 7474

caixa.gov.br





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00425.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 12/11/2017

Hora: 18:16:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Avenida Assis Chateaubriand, Liberdade, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Rogério Lopes da Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Mari Rosalia Lopes da Silva e Esmeraldo Mateus da Silva
	Idade: 54 Data de Nascimento: 02/05/1963 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Tosador
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 054.240.594-65
	Endereço: Rua Almirante Barroso, 284, Quarenta, Campina Grande, PB
	Complemento: Bloco, L, APTº 410
TESTEMUNHA	Telefone: (83) 98888-9069
	Nome: Paulo Monteiro
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria Alves de Araújo e Antonio Monteiro
	Idade: 55 Data de Nascimento: 26/11/1962 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Lagoa Seca
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Vendedor Ambulante
	Documentos(s) de Identificação: RG nº 3301748 SSP/PB
	Endereço: Rua Travessa Tito Sodré, José Pinheiro, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98725-8891





TESTEMUNHA

Nome: José Igo Oliveira de Almeida
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Genilda Oliveira de Almeida e Egidio Ferreira de Almeida
Idade: 31 **Data de Nascimento:** 10/02/1986 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Consultor
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 064.483.534-61
Endereço: Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 99980-7367

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo BIZ 125 KS, tipo de veículo Motoneta, cor Preta, ano 2010, placa NQB-7290, chassi 9C2JC4210AR105545, renavam 0018199908-0

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/BIZ 125 KS, Ano/Modelo 2009/2010, cor preta, Placa NQB7290-PB, Chassi de Nº 9C2JC4210AR105545, licenciada em nome de Valdir Pereira, quando trafegava na rua Avenida Assis Chateaubriand, bairro da Liberdade, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado, que vinha em sentido contrário, fez uma entrada proibida a esquerda, interceptando o curso do moto em que o comunicante seguia, tendo a vítima colidido no citado veículo, vindo a cair ao solo e sofrido fratura de tornozelo do pé esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU 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. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 22 de dezembro de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

ROGERIO LOPES DA SILVA

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

ROGERIO LOPES DA SILVA

CPF da Vítima

054.290.594-65

Data do Acidente

12/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

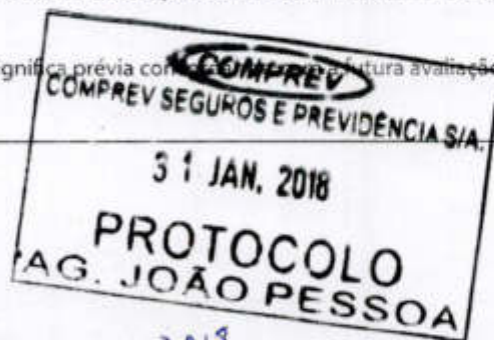
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento de 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 51º 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 ou futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



CAMPINA GRANDE, PB, 29 de Janeiro de 2018

Local e Data

Rogério Lopes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

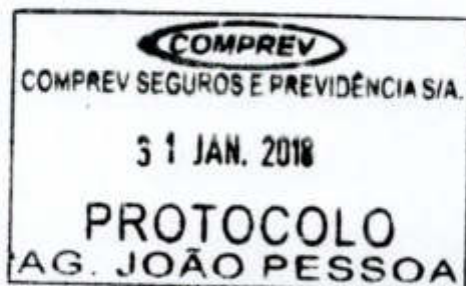


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA: 12/11/2017	HORA: 18:16 HS	ID Nº: 1652054
NOME:	ROGERIO LOPES DA SILVA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	AV. ASSIS CHATEAUBRIAND	
COMPLEMENTO:	LIBERDADE	
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 18 de dezembro de 2017.




Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rogério Lopes da Silva

RG nº 3044180, data de expedição / / , Órgão SSP-PB

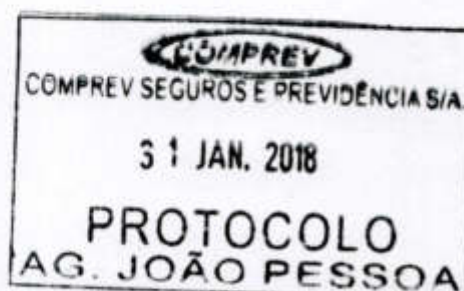
CPF nº 054.240.594-65, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ALMIRANTE BARROSO</u>
Número	<u>284</u>
Apto / Complemento	<u>BL LAP 410</u>
Bairro	<u>LIBERDADE</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(33) 99980-7367</u>
E-mail	<u>IGO.Oliveira@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina Grande, PB, 29-01-18

Assinatura do Declarante: Rogério Lopes da Silva



ROGERIO LOPES DA SILVA
RUA ALMIRANTE BARROSO, 254 / B.LAP 410 - LIBERDADE
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (AG 401)

Emissão: 29/11/2017 Referência: Nov / 2017

Classif/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL 99000-9999-0000
Roteiro: 17-401-1-5220 Nº medidor: 0000809045

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Tubo Inicial - Campina Grande / PB - CEP 59420-700
CAP 100 825 5860001-85 Insc. Est. 16.000.809-1

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.206.950
Cód. para Deb. Automático: 0000264164

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	29/11/2017	28/12/2017	5424059485

UC (Unidade Consumidora): 4/264616-4

Canal de contato

-CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL-
CADASTRO BIOMÉTRICO
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA
NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE
PROCUREM O CARTÃO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDI-
MENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017,
PORTANDO DOCUMENTO ORIGINAL COM FOTO, COMPROVANTE
DE RESID. DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL.
SE HOUVER EM CASO DE DUVIDAS, CONSULTAR O SITE
WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3012-1391

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
30/10/17	1544	29/11/17	1245	1	101	30

Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alq. Variação	Base Calc. Pós (R\$)	Catém (R\$)
0501	Consumo em kWh	101,000	0,824000	83,02	83,02	27	17,01
0501	Adic. B. Vermelha			7,30	7,30	22	1,87
							7,30
							0,00
							0,27

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA	8,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 79,89 70,32 18,89 70,32 0,57 2,63

Média últimos meses (kWh) 78
VENCIMENTO 06/12/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 78,99

Histórico de Consumo (kWh)

88	85	70	73	78	75	82	80	74	85	75	78
Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16

RESERVADO AO FISCO

1d43.c633.e74e.00f9.d812.253e.e97d.d76c

Indicadores de Qualidade 9/2017 - Campina Grande I

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DMC MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL 220
DMC TRIMESTRAL	10,62		
DMC ANUAL	21,25		
FC MENSAL	3,30	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FC TRIMESTRAL	6,60		
FC ANUAL	13,20		
DMC	3,00	0,00	
DMC	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia (R\$)	15,27	19,45
Compra de Energia	25,74	32,59
Serviço de Transmissão	0,89	1,08
Encargos Setoriais	8,16	7,82
Impostos Diretos e Encargos	30,85	39,06
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	78,99	100,00

Valor do EUSD (Ref. 9/2017) R\$ 13,87

- Leitura confirmada

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir pereira,
RG nº 742.632, data de expedição 1/1/, Órgão
portador do CPF nº 274.654.114-91, com domicílio na
cidade de C. Grande, no Estado de PARAIBA, onde
resido Peregrino de na corvalho (Rua/Avenida/Estrada)
232 - CENTRO, nº 232,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Rogério Lopez da Silva, cujo o condutor era
Rogério Lopez da Silva.

Veículo: Moto
Modelo: honda big 125
Ano: 2009 / 2010
Placa: NQB 7290
Chassi: 9C2JC4210AR105545
Data do Acidente: 12/11/2017
Local e Data: AV assis Chateaubriand

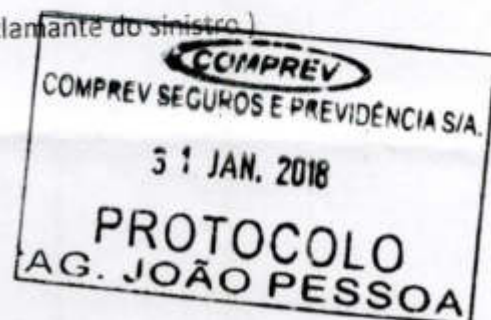
5º Ofício

Valdir pereira

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)

Rogério Lopez da Silva

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir pereira,
RG nº 742.632, data de expedição 1/1/, Órgão
portador do CPF nº 274.654.114-91, com domicílio na
cidade de C. Grande, no Estado de PARAIBA, onde
resido Peregrino de na corvalho (Rua/Avenida/Estrada)
232 - CENTRO, nº 232,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Rogério Lopez da Silva, cujo o condutor era
Rogério Lopez da Silva.

Veículo: Moto
Modelo: honda big 125
Ano: 2009 / 2010
Placa: NQB 7290
Chassi: 9C2JC4210AR105545
Data do Acidente: 12/11/2017
Local e Data: AV assis Chateaubriand

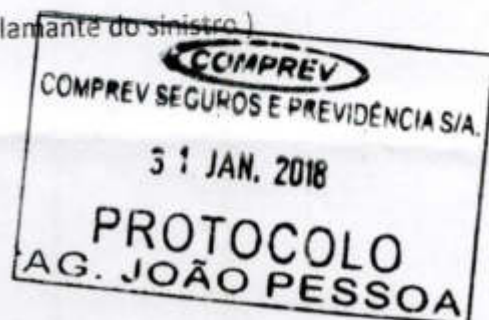
5º Ofício

Valdir pereira

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)

Rogério Lopez da Silva

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Rogério Lopes da Silva Bairro: Liberdade
End: R. Residência das Milante Princesas Documento de Identificação: P-3
Data de Nascimento: 02-05-83 Data do Atendimento: 12.11.17 Hora: 18:57 Documento:
Queixa: Acidente
Acidente de trabalho? () Sim () Não

Classificação de Risco

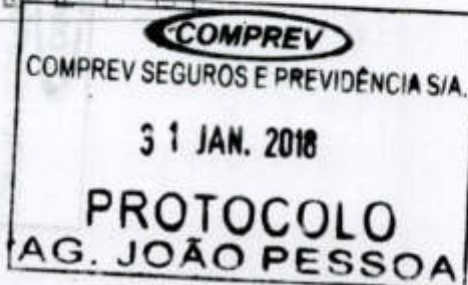
Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:
Pressão arterial:
Dosagem de HGT:
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca
Frequência cardíaca:
Temperatura axilar:
Mucosas: () Normocorada () Pálida


MOD. 110

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional




SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

1 - Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE ROGERIO LOPES DA SILVA		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1541734	
7 - CARTÃO DO SUS 702901562289872		8 - DATA DE NASCIMENTO 02/05/1983	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA ROSARIA LOPES DA SILVA		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) RESIDENCIAL DALAS ALMIRANTE BA , 284 , LIBERDADE		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - Cód. IBGE Municipal 15 - UF 16 - CEP 250400 PB 58400002	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PIUROS AMITIAS APRESENTAÇÃO

302 0 02.00 7.00-8.00 02/00

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

ANÁLISE DE EXAMES ELÉTRICA + QUÍMICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	MULTA POR CRIAR BARREIRA	01.00


30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO DE MOURA SPA	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/11/2017	32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO 
---	---	--

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N.º DO BÔNUS	38 - DATA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CDD, ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 31 JAN. 2018 PROTOCOLO PAG. JOÃO PESSOA	

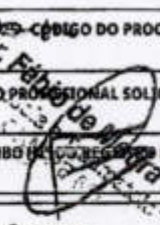
Data da internação: 12/11/2017 Hora: 19:54:19

 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 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

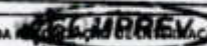
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE ROGERIO LOPES DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1541734
7 - CARTÃO DO SUS 702901562289872	8 - DATA DE NASCIMENTO 02/05/1983	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> F
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA ROSARIA LOPES DA SILVA		11 - TELEFONE DE CONTATO 83
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RESIDENCIAL DALAS ALMIRANTE BA, 284, LIBERDADE		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓD. ZONE MUNICIPAL 250400	15 - UF PB
16 - CEP 58400002		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-family: cursive; padding: 10px;"> <p>paciente com trauma abdominal</p> <p>dores no abdome inferior direito</p> </div>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-family: cursive; padding: 10px;"> <p>ps 10ms</p> </div>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="font-family: cursive; padding: 10px;"> <p>exame físico + radiológico</p> </div>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de fêmur	21 - CID 10 PRINCIPAL S72.0	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 		

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fratura de fêmur	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA 02	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF (X) CNS	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016002656095
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO DE MOURA SPA	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/11/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="text-align: right;">  </div>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 	37 - Nº DO BILHETE 	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA 	40 - CNAE DA EMPRESA 	41 - CBOR 	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/11	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)


CUMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Rogério Lopes Silva</u>			IDADE	SEXO <u>M</u>	COR
<u>17-11-17</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	

AGENTES ANESTÉSICOS	°													INDUÇÃO			
														Satisf.: _____	Excl.: _____	Tosse: _____	
LÍQUIDOS														Laringo espasmo: _____			
														Náuseas: _____	Vômitos: _____		
DIGOS														Outros: _____			
														MANUTENÇÃO			
VP. ARTERIAL: _____ AX. ANESTÉSICA: O - OPERAÇÃO														ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
														Não, por quê? _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES														DESPERTAR			
														Reflexos na SO: _____	Obstr.: _____	Co.: _____	Excl.: _____
POSICÃO														Vômitos: _____			
														CONDICÕES: _____			
AGENTES														Com a agulha: _____			
TÉCNICA														Paro o Leito Sim _____ Não _____			
OPERAÇÃO														CÂNULAS			
CIRURGIÕES																	
ANESTESISTAS																	
OBSERVAÇÕES																	
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.															PERDA SANGÜÍNEA		

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Rogério Lopes da Silva DV - 02/05/1983

QI Leite CONVÊNIO MUS IDADE 34- anos REGISTRO 1541652

CIRURGIA Tto. Cirúrgico fratura de tornozelo esquerdo CIRURGIÃO Dr. Julio

ANESTESIA Raque ANESTESIA Dr. Wanderley

INSTRUMENTADORA Andre DATA 17/11/17 INICIO 09:50 FIM 10:40

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. pl/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. rech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimpre amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
01	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efedrina amp.		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera pl/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Medicina Pesada		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	0.5	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m	0.3	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon 2-0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 4		Prolene Sertix	
02	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	03	Luvas 8.0 ...		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	02	Luvas 8.5 ..			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	0.5	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	05	Saco coletor pl/ lúxo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml ..		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml .		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml ..	01	SG fr 500 ml .	
	Revivan amp.		Sonda	02	2F pl/ msa ..	
	Stuption amp.		Sonda foiley	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
02	Cefazolin		Sonda Nasogática		material usado da TH	
02	Levofloxacin		Sonda Uretral nº		Curatex (Andre)	
01	nausedron		Sterydrem ml		COMPREV	
			Torneirinha		COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 12		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	eletrades			
01	Aguilha pl/ raque nº 25	02	algodão ortopédico ..			
0.5	Alcool de Enfermagem 70%.					
	Alcool Iodado ml					
03	Ataduras de Crepon 20cm ...					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

31 JAN 2018
EQUIPAMENTOS
PROTOCOLO
AG. JOÃO BESSOA
(x) Oxímetro de Pulso
() Seta
() Desfibrilador
(x) Foco Frontal
() Fonte de Luz
(x) Foto Auditiva
(x) Eletrocardiograma
(x) Cardiomonitor
(x) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vania Silva Santos
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-PA 121267

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE INSURUS

CIDADE

C. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

ROGERIO LOPEZ DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO

1541692

Nº ALH

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Trat. Cirúrg. de Insursus de Tornozelo

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

Placa 3.5 TUBULAR 07F.
Pne. Portais 35 x 18

01

03

DATA DA UTILIZAÇÃO

17/11/2017

DATA DA COMUNICAÇÃO

MEDICO RESPONSÁVEL CRM

Dr. Ricardo Aguiar +

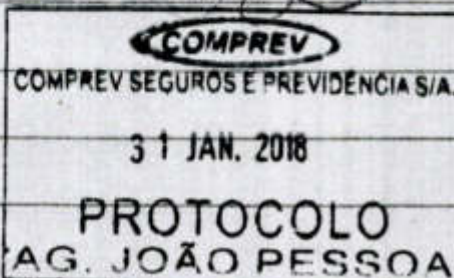
OBSERVAÇÕES

Dr. Julio Cesar

Q 3.5 TOL RB

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Assinatura



Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE-9965

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Rodrigo Lopes da Silva DV-02/05/1983

IDADE:

34-ans

PRONTUÁRIO:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

ANTES DA INCISÃO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

ENTRADA

PAUSA CIRÚRGICA

IV. CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- SÍTIO CIRÚRGICO

- PROCEDIMIENTO A SER REALIZADO:

- **CONSENTIMENTO**

☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- **SLTIO CIRI'IRGICO**

- **PROCEDIMENTO**

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA
CONCLUÍDA

RESISTANCE

OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E E

2018
D C C

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

 NaOAc

SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

NÃO
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

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

NÃO X

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PROTÉSES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SMIS

NÃO SE APLICAR

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

A MIS

УДК 62-50

Vanessa Santos

TEC. DE ENFERMAGEM
REGISTRO 4240507

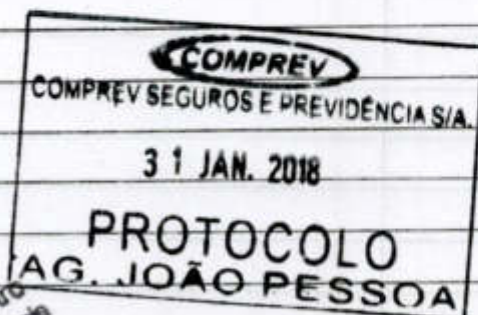


Nome do Paciente <i>Rogério Lopes de Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>17/11/17</i>	Enf. <i>Orbely</i>	Leito <i>Extra 1</i>	
Operador <i>Dr. Ricardo Amorim</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Julio Cesar (MR)</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <i>André</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>FTNZE</i>			
Tipo de Operação <i>Ossossintese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>d</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em ODL sob anestesia
- 2) Assépsia + Antissepsia + Campos estéril
- 3) Incisão lateral TNZE por planos + Hemostasia
- 4) Redução cruenta de frs de fratura + fixação com placa tereb tubular 3 furos proximal + 3 perfurados proximais.
- 5) Lavar fr com SF 0,9%
- 6) Sutura por planos
- 7) Curativo



Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9866



Sr(a):	ROGERIO LOPES SILVA	Protocolo:	0000369052	RG:	NÃO INFORMADO
Dra):	FABIO DE MOURA SPA	Data:	13-11-2017 10:52	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	34 anos	Destino:	Leito - 08

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:23]
Metodologia: Sangue
Método: Duke

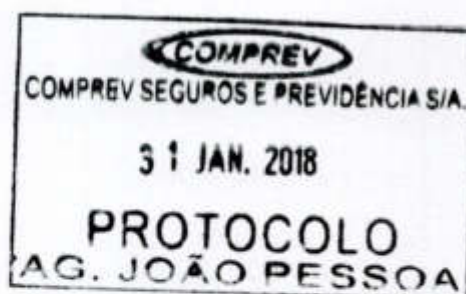
Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

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

[DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:23]
Metodologia: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Carlos Felipe Souza de Miranda Tupyse
Biomédico
CRM 5405





Sr(a): ROGERIO LOPES SILVA Protocolo: 0000369052 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): FÁBIO DE MOURA SPA Data: 13-11-2017 10:52 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: Leito - 08

GLICOSE (JEJUM)..... 82 mg/dl

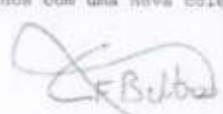
[DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:23]

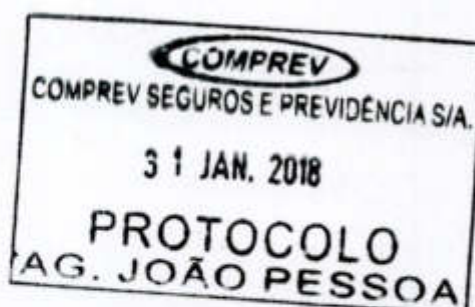
Material: Plasma

Método: Automatizado CM 200 WIENNER

Valores de Referência:

Pré-termo....: 20 a 60 mg/dL - Crianças.....: 60 a 100 mg/dL
Termo.....: 30 a 60 mg/dL - Adultos.....: 60 a 109 mg/dL
1 a 5 dias...: 40 a 80 mg/dL - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dL
NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum....: 110 a 125 mg/dL
Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dL.
NOTA: Estes critérios seguem a nova classificação para Diabetes Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Boston 1997, e se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.


Carlos Felipe Souza de Miranda Brito
Biomédico
CRM 5495



Sr(a): ROGERIO LOPES SILVA

Protocolo: 0000369052

RG: NÃO INFORMADO

Dr(a): FABIO DE MOURA SPA

Data: 13-11-2017 10:52

Origem: AREA AMARELA

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Idade: 34 anos

Destino: Leito - 08

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:19]

Resultados

Valores de Referências

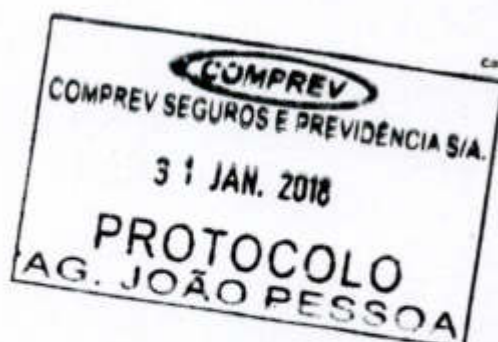
SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.69 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.700 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	261	
Segmentados.....	74,0	6.438	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	2,0	174	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	18,0	1.566	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	261	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	180.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Brito
Biomédico
CREM 6409

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulino Lopes da Silva Registro: _____ Leito: Ex. 3 Setor Atual: Out. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36.5 °C; P: _____ bpm; FR: 12 irpm; PA: 130/80 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/Analgesia): _____

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 () Arco/Tubo T

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

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

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () 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 ORGÃOS 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.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rogério Lopes da Silva Registro: 878 Leito: 1 Setor Atual: OUT JJ

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: ☒ Consciente (☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

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 ()

() 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:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

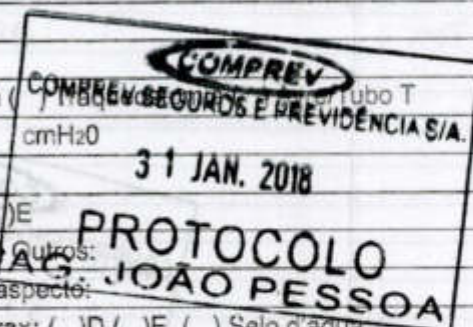
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rogério Lopes Registro: _____ Leito: Gr 1 Setor Atual: Gr 11

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: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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 () Tubo l

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

☒ 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: _____

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

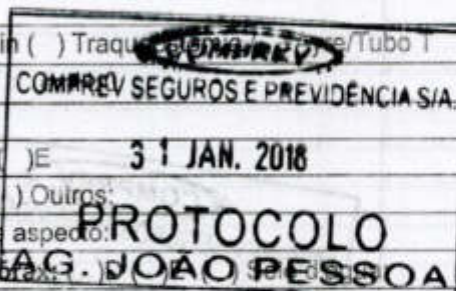
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1 + 747

Paciente	Cognição e do sono	Alojamento	8	Leito		Convênio	
----------	--------------------	------------	---	-------	--	----------	--

Prescrição Médica		SND	Horário	Evolução Médica	
Data					
14/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
15/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
16/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
17/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
18/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
19/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
20/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
21/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
22/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
23/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
24/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
25/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
26/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
27/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
28/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
29/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
30/11/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
01/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
02/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
03/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
04/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
05/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
06/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
07/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
08/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
09/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
10/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
11/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
12/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
13/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
14/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
15/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
16/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
17/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
18/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
19/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
20/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
21/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
22/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
23/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
24/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
25/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
26/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
27/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
28/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
29/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
30/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
31/12/2017		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
01/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
02/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
03/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
04/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
05/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
06/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
07/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
08/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
09/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
10/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
11/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
12/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
13/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
14/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
15/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
16/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
17/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
18/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
19/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
20/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
21/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
22/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
23/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
24/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
25/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
26/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
27/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
28/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
29/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
30/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	
31/01/2018		CT	0006	Dr. Agnaldo Cabral	





COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Agnaldo Cabral
ORÇAMENTO PREVIDENCIÁRIO
ESSE DIA NÃO

BOLETIM DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	08/18	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS.		
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°		
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	contínuo	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	sempre	

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Find maximum value
of the given expression

Paciente	AC660	18/11/2018
----------	-------	------------

Alojamento

Leilo

Convênio

Evolução Médica

Data	Prescrição Medicamentosa
12/01/15	1. Dose 1 hora

1. Ditch LIVEL
2. SEAL REPAIRS
3. DIPLOMA 2nd or 6th mm (Good)
- 4 - TIVITIC 40 mg 60
5. SIVAS VIVAS

Horario

pasivie namotina nosėdinti
furnu maldos ugn
podogus. Giecia

Fabio de Menezes Sp

Topologia e Tradutologia
CRM P. 8. 8. 19

13/11	Delta lucie
-------	-------------

Delio gelum 006
Dignissima 00000 - auf ev 6/6
Metall 200g + 100 ev 12/12
SANT 00000

etc
etc
etc

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

6. interval open

Aprendo excelsu pñop

Mathison Bureau of Algebra
 8A: 1130/80

Holliston Barros de Almeida
CORREDA E TRAMATICA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente YAGIHILO Lucas Alojamento LA 4 Leito 4 Convênio

Data 19/11/2018 Prescrição Médica Dr. Wagner Falcão Horário 08h Evolução Médica Dr. Wagner Falcão

Dr. Wagner Falcão
GERENTE DE ATENDIMENTO
CRM: 11.111

Dr. Wagner Falcão
CRM: 11.111

COMPREV
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ex 1. 5

Ex. 2.

Paciente Data	Prescrição Médica	Horário	Enfermaria	Evolução Médica	Leito
16/11	Dieta livre 860,95 + 500 ml EV em 24hs Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs Omeprazol 40 mg EV / dia Tilatil 20mg EV 12/12hs Tamoxifeno 20mg SF EV 8/8hs 5N Plasil 2ml + AD EV 8/8hs 5N Chloroquine 500mg 56/dia SSV + CCGG	15 15 15 15 15 15 15		Assunto atual Assunto atual Assunto atual Assunto atual Assunto atual Assunto atual Assunto atual	



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 31 JAN. 2018
PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

P.O. F-1 M2

Paciente

Lagoa Loges

Alojamento

Sutina

Leito

I

Convênio

Prescrição Médica

Horário

* DIH

Evolução Médica

Data

1. DELTA LIVRE APÓS RPA

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

3. OXACILINA 2G + 100ML SE EV 6/6H

4. GENIAMICINA 240MG + 100ML SG 5% EV 1X DIA

5. DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H

6. TRAMMAL 100MG + 100ML SE EV 8/8H

7. MAUISEDORON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8H 5N

8. TILATIL 20MG + ABD EV 8/8H

9. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM

10. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 5V3Pm3

11. MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H

12. CURATIVO 1XDIA

13. RADIOGRAFIA DE CONTROLE

14. SSNA+CCGG

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/ PB-9965Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/ PB-9965Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/ PB-9965COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
31 JAN. 2018PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ORTOPEDIA

Paciente submetido a procedimento cirurgico
ortopedico sem intercorrências.
No momento em URPA.

Conduta:

Rx controle

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17-11	8:00	-	-	-	110/90	-	Paciente evoluiu em estado clínico regular, com frente orientada, medicado sobre prescrição médica, segue sob cuidado da equipe de enfermagem. T.A. 103.87.	



16/JA/1A

Pde comente orientado

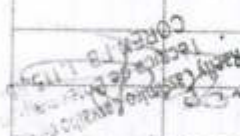
PA 130x8

caudados de

de
Cm
Bm

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

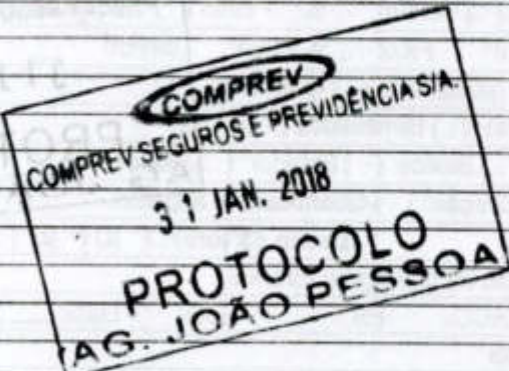


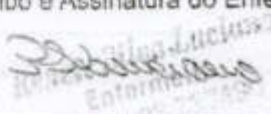
Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15/12	14:30				130g		Receita: 1000ml	

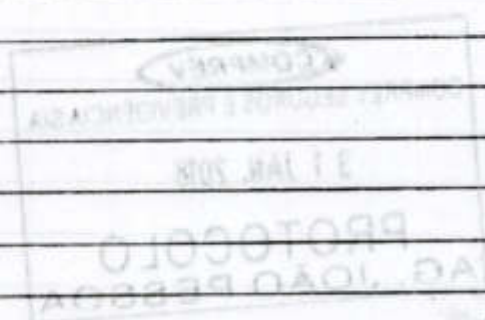
Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: USD Data da punção 17/11/17
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: ☒ 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 () Constipado há _____ dias () Outros:
Eliminação urinária: ☒ 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: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: ☒ 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 () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: ☒ Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações: _____
INTERCORRÊNCIAS

COMPREV
COMPREV SAÚDE E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Janeira M. F. Gondim DATA: 17/11/17 HORA: 17:00 h
ENFERMEIRA
COREN PB 508.860

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>USG</u>	Data da punção: <u>14/11/17</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: <u>14/11/17</u>
Alterações: (X) 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: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: <u>14/11/17</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: <u>14/11/17</u>
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____	Descrição: _____ Curativo: <u>14/11/17</u>
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (X) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () 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: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>16/11/17</u> HORA: <u>21:30</u> h

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos; () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: VSE	Data da punção 14/11/17
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	nº 200
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: 14/11/17
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: (X) 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: 14/11/17
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: 14/11/17
Úlcera de pressão: () Estágio.	Local: Descrição: Curativo: 14/11/17
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (X) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: Deambula com apoio	
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: Evangelico (X) Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente aguarda cirurgia, sem queixas no momento e segue sob cuidados da equipe.	
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;"> COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 31 JAN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA DATA: 15/11/17 </div>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  Enfermeiro </div> <div>HORA: _____ h</div> </div>	



AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
31 JAN. 2018
COMPREV

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

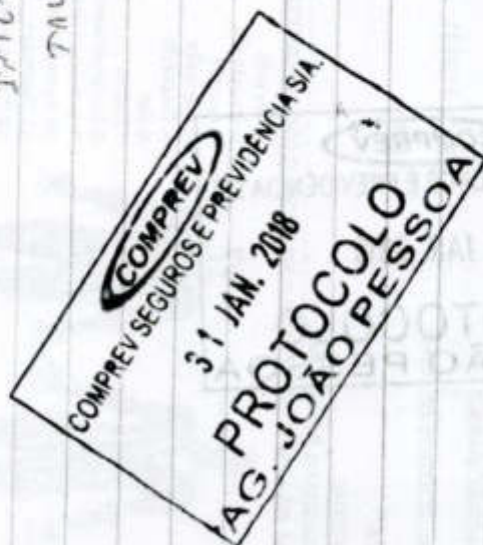
CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
21/11/2017
ASS. Compres

Ocupação

FARMACÊUTICO

Técnico

TAN

Dr. Fábio de Moura Spá
Medicina e Traumatologia
CRM-SP 15119

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

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

Dr. Fábio de Moura Spá
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

31 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

31 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETAM - PB Nº **013027204180**
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 0018199908-0 00/00000000 2016

VALDIR PEREIRA NOME

27465411491 CPT / CNPJ PLACA ANT / UF **PB** CHASSI **9C2JC4210AR105545** PLACA **NOB7290/PB**

PAS/MOTOMETA/NAO APPLIC CATEGORIA **CASOLINA**

HONDA/BIZ 125 KS MARCA / MODELO

2 p/124 /CI CATEGORIA **PARTIC** DOB / FREQUENTE

1 COTA UNICA **00/00/0000** 1º VENC / COTAS

P **0** PARCELAMENTO / COTAS **2º**

V **3º**

A **3º**

PREMIO TOTAL (R\$) **10/02/2017** DATA DE PAGAMENTO

12424 **16471**

A.F. ADM DE COM NACION HONDA LTDA

CAMPINA GRANDE - PB

10/02/2017

16471

PB Nº 013027204180 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 27465411491 CPT / CNPJ EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 10/02/2017

NOB7290/PB

2009 MARCA / MODELO **HONDA/BIZ 125 KS**

9 COTA UNICA **9C2JC4210AR105545**

PREMIO TARIFARIO

10/02/2017

16471-1214254-20170210

SEGURO **P R G O**

10/02/2017

SEGURO LIDER - DPVAT

16471-1214254-20170210



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ROGERIO LOPES DA SILVA** Sinistro: **3180056999** Data: **12/11/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Almirante Barroso, 284, BLLAP410 - Liberdade - Campina Grande - PB - CEP 58414-200**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **3044180**

Data local do exame: [**22/02/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. CICATRIZ EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO . ARCO DE MOVIMENTO ANATÔMICO. SEM ATROFIAS E RETRAÇÕES.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
ACIDENTE DE MOTO NO DIA 12/11/2017, ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO CERCA DE 5 DIAS APOS INTERNAMENTO. ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO. RECEBEU ALTA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180056999 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR LAUDO DO IML COMPLEMENTAR

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180056999

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROGERIO LOPES DA SILVA

Data do acidente: 12/11/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO. ARCO DE MOVIMENTO ANATÔMICO. SEM ATROFIAS E RETRAÇÕES.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE MOTO NO DIA 12/11/2017, ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO CERCA DE 5 DIAS APOS INTERNAMENTO. ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 22/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Rodrigo Porto Amorim Guedes

CRM do médico: 6321

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: