



Número: **0801093-23.2020.8.15.0631**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Juazeirinho**

Última distribuição : **19/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.631,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Honorários Advocatícios**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALISSON DA SILVA SANTOS (AUTOR)		RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)	
JACILENE DA SILVA (REPRESENTANTE)		RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)	
ITAU SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
80415657	09/10/2023 10:39	Petição	Petição
80416253	09/10/2023 10:39	2883968_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
80416254	09/10/2023 10:39	2883968_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02_compressed	Outros Documentos

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE JUAZEIRINHO/PB

Processo: 08010932320208150631

ITAU SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALISSON DA SILVA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 6.981,50 (seis mil e novecentos e oitenta e um reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JUAZEIRINHO, 5 de outubro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2023 10:39:48
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100910394851900000075681809>
Número do documento: 23100910394851900000075681809

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2023 10:39:48
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100910394851900000075681809>
Número do documento: 23100910394851900000075681809

Num. 80416253 - Pág. 3



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200/125725

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF do beneficiário: 135.981.724-78

Nome do solicitante: JACILENE JANUARIO DA SILVA

CPF do solicitante: 069.635.644-93

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 98889-3447
DDD

Tel. Comercial: (83) 3342-2471
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: Pestolandia@hotmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: copia laudos - prontuario - exames.

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

bom dia, venho aqui discordar do valor pago ao meu filho, pois ele ficou com bastante limitações, ou seja, depois o acidente: Ele hoje, perdeu vários dentes, ficou com bastante dificuldade de escutar, sente muita tontura, falta de atenção, além de tomar anticonvulsivo, não sente gosto, nem cheiro, e o olho esquerdo apenas com visão lateral. Segue Exame dos ouvidos, Ressonância Magnética da face, e Tomografia Computadorizada dos Seios Paranasais.

Santo Andre-PB, 24 de Abril de 2020

Local e Data

Jacilene Januario da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



Solicitação de Reanálise

Soluto que seja realizado o meu nome com número 3200/325725, com virtude de não concordar com o valor pago, pois segundo Tabela de invalides utilizada para enquadramento de segurado DPVAT, a sequelas em grau moderado em 30%, ou seja, comprometimento a estética facial + TEE + politraumatismo grave, no valor de R\$ 6.007,50 (seis mil, sete reais e cinquenta centavos), Além da dificuldade na fala e na visão do lado esquerdo ou seja, perda da visão pontal R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais), e finalmente a perda da audição mesmo no ouvido direito, e profundo no ouvido esquerdo, R\$ 4.590,00 (quatro mil quinhentos e noventa reais).

Carmino novamente laudo médico e nome de imagem, que comprovam a existência das sequelas, em caso de dúvida, por favor, agendar perícia, pois a avaliação da junta médica da seguradora líder não conseguiu ser justa quando aos habilidades físicas do meu filho.

Por favor, analisem mais detalhadamente.

Muito Obrigado pela sua atenção

Facilite Joviano da Silva

Santo André - PB, 24 de abril de 2020.

credeal



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO / TRAUMA DE FACE

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO), PRESENÇA DE CICATRIZ EM FACE E CRÂNIO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO. ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILÍBRIO, SEM EDEMA, SEM ATROFIAS, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT NA ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE DICÇÃO; VINDO ACOMPANHADO DA MÃE, VESTIDO ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚRPIO DE COMPORTAMENTO, TEVE CRISE CONVULSIVA (EM USO DE CARBAMAZEPINA 200MG 1CP DE 8/8HS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO NO DIA 01/12/2017; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAME DE IMAGENS CONSTATANDO A LESÃO NEUROLÓGICA (TCE). REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 19/01/2018 (SIC). APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO).

Sequelas permanentes: Perda parcial bilateral da acuidade auditiva

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 10%. O "PI" ora estabelecido (37,5%) é complementar e contempla o dano auditivo (audiometria anexada ao processo).
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO / TRAUMA DE FACE

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO), PRESENÇA DE CICATRIZ EM FACE E CRÂNIO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO. ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILÍBRIO, SEM EDEMA, SEM ATROFIAS, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT NA ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE DICÇÃO; VINDO ACOMPANHADO DA MÃE, VESTIDO ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚRPIO DE COMPORTAMENTO, TEVE CRISE CONVULSIVA (EM USO DE CARBAMAZEPINA 200MG 1CP DE 8/8HS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO NO DIA 01/12/2017; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAME DE IMAGENS CONSTATANDO A LESÃO NEUROLÓGICA (TCE). REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 19/01/2018 (SIC). APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO).

Sequelas permanentes: Perda parcial bilateral da acuidade auditiva

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 10%. O "PI" ora estabelecido (37,5%) é complementar e contempla o dano auditivo (audiometria anexada ao processo).
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA CEREBRAL E MÚLTIPLAS FRATURAS DA FACE; TRAUMA TORACO-ABDOMINAL COM DERRAME PLEURAL E LÍQUIDO NA CAVIDADE ABDOMINAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA, DEMAIS CONSERVADOR)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE
TRAUMA ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA, DEMAIS CONSERVADOR)
ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT NEUROLÓGICO DO SNC

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE
TRAUMA ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA, DEMAIS CONSERVADOR)
ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125725 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE
TRAUMA ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA, DEMAIS CONSERVADOR)
ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 - ACATAR LAUDO MÉDICO?
MANTIVE CONDUTA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE
AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099318/20

Número do Sinistro: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF: 135.981.724-78

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 01/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 24/04/2020
Nome: JACILENE JANUARIO DA SILVA
CPF: 069.635.644-93

JACILENE JANUARIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099318/20

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF: 135.981.724-78

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 01/12/2017

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JACILENE JANUARIO DA SILVA : 069.635.644-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ALISSON DA SILVA SANTOS : 135.981.724-78

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: 20/03/2020
Nome: JACILENE JANUARIO DA SILVA
CPF: 069.635.644-93

JACILENE JANUARIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099318/20

Número do Sinistro: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF: 135.981.724-78

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 01/12/2017

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 30/03/2020
Nome: ALISSON DA SILVA SANTOS
CPF: 135.981.724-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ALISSON DA SILVA SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **0099318-20** 3 - CPF da vítima: **135.981.724-78** 4 - Nome completo da vítima: **ALISSON DA SILVA SANTOS**

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

5 - Nome completo: **ALISSON DA SILVA SANTOS** 6 - CPF: **135.981.724-78**
7 - Profissão: **RECUSOU** 8 - Endereço: **SÍTIO LAGOA** 9 - Número: **S/Nº** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **SANTO ANDRÉ** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.675-000**
15 - E-mail: **RECUSOU** 16 - Tel. (DDD): **(83) 9.9614-5661**

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: **JACILENE JANUÁRIO DA SILVA**
18 - CPF do Representante Legal: **069.635.644-93** 19 - Profissão do Representante Legal: **RECUSOU**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSOU 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **NUBANK**

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: **0001** CONTA: **8913769**

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima "sou" nascido(a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima "foi" nascido(a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a regra)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a regra)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SANTO ANDRÉ - 04 DE JUNHO DE 2020**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

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

Carta nº 15650479





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

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200125725 Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), pois não foi entregue.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00911/00912 - carta_03 - INVALIDEZ

00040456



Carta nº 15650530





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

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JACILENE JANUARIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 000000496523-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01171/01172 - carta_02 - INVALIDEZ

00030586



Carta nº 15734029





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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01395/01396 - carta_25 - INVALIDEZ

00020698





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

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125725

Vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JACILENE JANUARIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 526,85
Juros:	R\$ 42,15
Total creditado:	R\$ 5.631,50

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: JACILENE JANUARIO DA SILVA

Valor: R\$ 5.631,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000008913769-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01193/01194 - carta_30 - INVALIDEZ

00020597



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200125725**

Nome do(a) Examinado(a): **ALISSON DA SILVA SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

sítio lagoa, sn - JD CIDADE UNIVERSITARIA - Santo André - PB - CEP 58675-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4.893.417**

Data e local do acidente: [**01/12/2017**] **SANTO ANDRÉ**

Data e local do exame: [**07/05/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO / TRAUMA DE FACE

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

APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO), PRESENÇA DE CICATRIZ EM FACE E CRÂNIO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

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

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO NO DIA 01/12/2017; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAME DE IMAGENS CONSTATANDO A LESÃO NEUROLÓGICA (TCE). REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 19/01/2018 (SIC). APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO). ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILÍBRIO, SEM EDEMA, SEM ATROFIAS, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT NA ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE DICÇÃO; VINDO ACOMPANHADO DA MÃE, VISTINDO ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚBIO DE COMPORTAMENTO, TEVE CRISE CONVULSIVA (EM USO DE CARBAMAZEPINA 200MG 1CP DE 8/8HS).

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

[**X**] Sim [] Não

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

APRESENTA DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO). ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILÍBRIO, SEM EDEMA, SEM ATROFIAS, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT NA ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE DICÇÃO; VINDO ACOMPANHADO DA MÃE, VISTINDO ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚBIO DE COMPORTAMENTO, TEVE CRISE CONVULSIVA (EM USO DE CARBAMAZEPINA 200MG 1CP DE 8/8HS).

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando



a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

OUVIDO DIREITO

% 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):

OUVIDO ESQUERDO

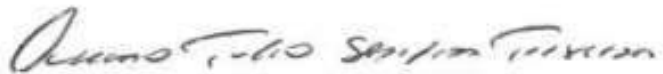
% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

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

DEFICIT DE AUDIÇÃO (APRESENTOU LAUDO)



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB



Administradora de Seguros DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0099338120 3 - CPF da vítima: 135.981.724-78 4 - Nome completo da vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: ALISSON DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 135.981.724-78

7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: SÍTIO LAGOA 9 - Número: S/Nº 10 - Complemento:

11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SANTO ANDRÉ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.675-000

15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel. (DDD): (83) 9.9614-5661

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: JACILGNE JANUÁRIO DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal: 069.635.644-93 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSOU

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00496523 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTO ANDRÉ - 20 DE MARÇO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





Administradora de Seguros DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0099338120 3 - CPF da vítima: 135.981.724-78 4 - Nome completo da vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: ALISSON DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 135.981.724-78

7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: SÍTIO LAGOA 9 - Número: S/Nº 10 - Complemento:

11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SANTO ANDRÉ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.675-000

15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel. (DDD): (83) 9.9614-5661

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: JACILGNE JANUÁRIO DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal: 069.635.644-93 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSOU

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00496523 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTO ANDRÉ - 20 DE MARÇO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)







Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti - CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF - Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
TJPB - Habilitada para realizar Perícias DPVAT

LAUDO CINESICO FUNCIONAL

Alisson da Silva Santos

Rua. Sítio Lagoa, Santo André, Zona Rural, Santo André, PB

Descrição da vítima: acidente de moto x moto em 02 de dezembro de 2017.
Socorrido para Hospital de Trauma de Campina Grande, PB.

Apresentando: politraumatizado grave (TCE, fratura na face)

Tratamento: cirúrgico, suturas.

Sequela apresentada ao exame físico:

TCE/ Face

- Estética comprometida com suturas visíveis
- arcádia dentária comprometida
- Comprometimento da audição
- Anticonvulsivo
- Desequilíbrio
- Cefaleia constante
- Tontura
- Deficit de atenção

Conclusão: Sequela definitiva em grau moderado em 90% comprometendo a estética facial, audição, sistema nervoso central.

Campina Grande, 05 de fevereiro de 2020

Sonaly de Fatima Cavalcanti
Dra. Sonaly de F Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145

Fisio-Perito - CREFITO 6637

Campina Grande, PB - Cel: 81 9 8891.8127/9 96208545 e-mail: drasilg@hotmil.com



20191212_150200.jpg



Baixar



Tela inteira



Imprimir



Mostrar email



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2023 10:39:50

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100910394937300000075681810>

Número do documento: 23100910394937300000075681810





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Admissão da S.M.A. Secretária	Alojamento	14C	Leito	406K	Convênio	
----------	-------------------------------	------------	-----	-------	------	----------	--

Prescrição Médica

Evolução Médica

DATA	Prescrição Médica	Alojamento	Leito	Convênio
01/01/18	1. Paciente VO VOY - PAS 175-30			
2. VO 50-57 435 mmHg				
3. VO 200-4 mmHg	EV Glic 1h			
4. VO 194-117 mmHg				
02/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
03/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
04/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
05/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
06/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
07/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
08/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
09/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
10/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
11/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
12/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
13/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
14/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
15/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
16/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
17/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
18/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
19/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
20/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
21/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
22/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
23/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
24/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
25/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
26/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
27/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
28/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
2. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h				
29/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
30/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
31/01/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
01/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
02/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
03/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
04/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
05/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
06/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
07/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
08/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
09/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
10/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
11/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
12/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
13/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
14/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
15/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
16/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
17/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
18/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
19/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
20/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
21/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
22/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
23/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
24/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
25/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
26/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
27/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
28/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
29/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
30/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			
31/02/18	1. VO 194-117 mmHg (500 mmHg + 5 mmHg) - EV Glic 1h			

Idade: 14A
Sexo: F

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alusio da Silva Santos Admissão: 15/01/2023 Leito: 1501 Convênio: Doença: Infecção urinária
Causa: Infecção urinária
Sinais e sintomas: Febre, dor abdominal
Exames: UreteralData: 15/01/2023 Prescrição Médica: Horário: 15:00 Evolução Médica: Diagnóstico: Infecção urinária 15/01/2023 15:00 1501 1501Tratamento: Amoxicilina 500mg + Clavulato 125mg 15/01/2023 15:00 1501 1501Evolução: Amoxicilina 500mg + Clavulato 125mg 15/01/2023 15:00 1501 1501Prescrição: Amoxicilina 500mg + Clavulato 125mg 15/01/2023 15:00 1501 1501Exames: Ureteral 15/01/2023 15:00 1501 1501Sinais e sintomas: Febre, dor abdominal 15/01/2023 15:00 1501 1501Exames: Ureteral 15/01/2023 15:00 1501 1501Sinais e sintomas: Febre, dor abdominal 15/01/2023 15:00 1501 1501Exames: Ureteral 15/01/2023 15:00 1501 1501Sinais e sintomas: Febre, dor abdominal 15/01/2023 15:00 1501 1501Exames: Ureteral 15/01/2023 15:00 1501 1501Sinais e sintomas: Febre, dor abdominal 15/01/2023 15:00 1501 1501Exames: Ureteral 15/01/2023 15:00 1501 1501Sinais e sintomas: Febre, dor abdominal 15/01/2023 15:00 1501 1501Exames: Ureteral 15/01/2023 15:00 1501 1501Sinais e sintomas: Febre, dor abdominal 15/01/2023 15:00 1501 1501Exames: Ureteral 15/01/2023 15:00 1501 1501

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Adriano, Ck. Silva Santos	Alojamento	
		Leito	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/08/2019			

23-12

LMG

Prescrição Médica

Horvath

Legitimacy

События

Evolução Matemática

CHADWICK

217

of a calcium chloride solution. CaCl_2 is a very common salt.

The Council of Affairs of the
M. G. C. of the D. C. of the D. C.

7. For the following

Letter of 11/18/1906
to General J. H. ...

Carriage Office
29th Street at 14th Ave
New York City

10. 11. 2013 1.30 am. Little
singing and a few birds

1. $\frac{1}{2} \frac{d}{dt} \int_{\mathbb{R}^n} |u|^2 dx = \int_{\mathbb{R}^n} u \Delta u dx$

[illegible]

100

24

[illegible][illegible][illegible]

1300 (1000-1200) 1000

1. The function $f(x) = \sin(x)$ is continuous on $[0, 2\pi]$.

[illegible]

1. What is the main purpose of the study?

the new ^{is} book

Page Date

500

ADCE: CD or 0.5 mm.

Sept 21-53

Schlagzeuginstrumente

#440, N. W. 1/4 of Sec. 20, T. 10N, R. 10E, S. 10E

Am. J. Math. 1900, 22, 1-10.

2. Confidential -

center for the



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

16 anos
placem de glaucoma

Alojamento

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Anamnese

1) Doença de
2) SNG Algodão

3) Verificação de visão

4) Imagem de visão +
exame de visão5) Imagem de visão +
exame de visão6) Imagem de visão +
exame de visão7) Imagem de visão +
exame de visão8) Imagem de visão +
exame de visão9) Imagem de visão +
exame de visão10) Imagem de visão +
exame de visão11) Imagem de visão +
exame de visão12) Imagem de visão +
exame de visão13) Imagem de visão +
exame de visão14) Imagem de visão +
exame de visão15) Imagem de visão +
exame de visão16) Imagem de visão +
exame de visão17) Imagem de visão +
exame de visão18) Imagem de visão +
exame de visãoDoença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.Doença de
visão V.R.

10/12/2017		PRESCRIÇÃO		AFRAZAMENTO		SINCRONIA	
1	DIETA A JEITO						
2	SE 0,9% 500ml 4x/dia SUC 125ml/dia	10	14	14	05	08	
3	LEV OFLOXACINO 500mg 1x/dia	10	14	14	05	08	
4	CLINDAMICINA 600mg + 5 0,5% 100ml IV 6/6h	10	14	14	05	08	
5	HEPARINA 100mg 7/5NE 12/12h	10	14	14	05	08	
6	ONERIVACOL 80mg EV 2x/DIA	10	14	14	05	08	
7	LASIX 1amp IV ACM	10	14	14	05	08	
8	OPROCTOL 1amp + AMOTIL 6/6h ACM	10	14	14	05	08	
9	VALIACURON 4mg + ASD EV 6/6h ACM	10	14	14	05	08	
10	DOLAMORUM 100mg + BENZIL 250 + 500mg 100mg IV 6/6h ACM	10	14	14	05	08	
11	GHSD% 30ml EV se HGT < 70mg/dl	10	14	14	05	08	
12	HGT 6/6h + INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO	10	14	14	05	08	
13	CLEAXANE 400mg SC 1x/DIA ACM	10	14	14	05	08	
14	HIGIENE ORAL 3x/DIA	10	14	14	05	08	
15	DECUBITO ELEVADO 30º / CABEÇA POSIÇÃO NEUTRA	10	14	14	05	08	
16	TRISOTERAPIA ORAL INTENSIVA	10	14	14	05	08	
17	MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	10	14	14	05	08	
18		10	14	14	05	08	
19		10	14	14	05	08	
20	PARÉCER DIÁRIO DA PEDIATRIA						
21	TRANSFERÊNCIA IMEDIATA P/ UTI PEDIÁTRICA, ASSIM QUE POSSÍVEL						
ARTURO		KATYNE / ALZENIR					
MÉDICO		ENFERMEIROS					

15/12/2017		16/12/2017		17/12/2017		18/12/2017		19/12/2017		20/12/2017		21/12/2017	
ANamnese e Exame Físico 1. História da Doença: 2. Exame Físico: 3. Exame de Laboratório: 4. Exame de Imagem: 5. Exame de Citologia: 6. Exame de Cultura: 7. Exame de Imunologia: 8. Exame de Genética: 9. Exame de Neuropatologia: 10. Exame de Patologia: 11. Exame de Farmacologia: 12. Exame de Radiologia: 13. Exame de Eletrocardiograma: 14. Exame de Eletroencefalograma: 15. Exame de Ultrassom: 16. Exame de Tomografia Computadorizada: 17. Exame de Ressonância Magnética: 18. Exame de PET-CT: 19. Exame de Biópsia: 20. Exame de Autópsia: 21. Exame de Necropsia:													
Prescrição: 1. Medicamentos: 2. Exames de Laboratório: 3. Exames de Imagem: 4. Exames de Citologia: 5. Exames de Cultura: 6. Exames de Imunologia: 7. Exames de Genética: 8. Exames de Neuropatologia: 9. Exames de Patologia: 10. Exames de Farmacologia: 11. Exames de Radiologia: 12. Exames de Eletrocardiograma: 13. Exames de Eletroencefalograma: 14. Exames de Ultrassom: 15. Exames de Tomografia Computadorizada: 16. Exames de Ressonância Magnética: 17. Exames de PET-CT: 18. Exames de Biópsia: 19. Exames de Autópsia: 20. Exames de Necropsia:													
Assinatura do Médico: Assinatura do Enfermeiro:													

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2023 10:39:50



19/12/2017		PRESCRIÇÃO		APRESENTAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1	DIETA LÍQUIDA 500 ml/3h + ÁGUA DEPS INTERVALOS	10	12	20	22	08	
2	SC 0,9% 500ml EV 4/4h SIC 12/500ml	10	12	20	22	08	
3	CLASIX 5ml + SF0,9% 100ml EV 6/6h	10	12	20	22	08	
4	VALIUM 10mg 500mg + SF0,9% 100ml EV 12/12h em 2h	10	12	20	22	08	
5	FENILQUINA 100mg 2/5h 12/12h	10	12	20	22	08	
6	OMEPRAZOL 40mg EV 12/12h	10	12	20	22	08	
7	CLASIX 1amp. EV 12/12h	10	12	20	22	08	
8	DIPIRONA 1amp. + ASO EV 4/4h	10	12	20	22	08	
9	NEOSTIGMIN 1mg 1ABU EV 8/8h ACM	10	12	20	22	08	
10	ECOR 100mg + FENILQUINA 100mg EV SIC ACM	10	12	20	22	08	
11	G-50% 30ml EV se HGT < 70mg/dl	10	12	20	22	08	
12	IGT 6/6h + INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO	10	12	20	22	08	
13	CLEXANE 40mg SC 1x/DIA ACIA	10	12	20	22	08	
14	TILATIL 40mg + SF0,9% 100ml EV 12/12h	10	12	20	22	08	
15	HIGIENE ORAL 3x/DIA	10	12	20	22	08	
16	PROTEPARA 600mg INJEÇÃO	10	12	20	22	08	
17	DECUBITO ELEVADO 30º/ CABEÇA POSIÇÃO NEUTRA	10	12	20	22	08	
18	MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMETRICA	10	12	20	22	08	
19	PARAÇER DIÁRIO DA PEDIATRIA	10	12	20	22	08	
20	TRANSFERÊNCIA IMEDIATA P/ UTM PEDIÁTRICA, ASSIM QUE POSSÍVEL	10	12	20	22	08	
21	ALYSSON MÉDICO	10	12	20	22	08	

CGH
08/24/2023
Fase de Indução
M/0

GOVERNO
ESTADO DO PARANÁ

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA
DOMÍLIO GONZAGA LEAL ANDRIS
UTI ROSA

LEITO 13

ALISSON DA SILVA SANTOS

21/12/2023 / PRESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO	ADMISSÃO	INÍCIO	TERMINO	VALOR	UNID.
1. DIETA LÍQUIDA 300g 3x/dia - AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
2. SÍNDROME SINTOMÁTICA - AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
3. UNASIT 500mg 3x/dia - AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
4. VANCOMICINA 1000mg 1x/dia - AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
5. FENITOÍNA 100mg 1x/dia - AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
6. DILTIZEM 120mg 1x/dia - AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
7. GASTROPROTEÇÃO - AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
8. DILTIZEM 120mg 1x/dia - AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
9. NAUSEA/DOR + AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
10. GASTROPROTEÇÃO + AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
11. GASTROPROTEÇÃO + AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
12. HGT 5x/dia - INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
13. CLEXANE 40mg SC 1x/dia - AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
14. TILATIL 40mg + SRO 500 100ml EV 12/12h	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
15. HIGIENE ORAL 3x/dia	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
16. HIGIENE ORAL GLOBAIS INTESTINAIS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
17. DECOBERTO ELEVADO 300g 1x/dia - AGUIA NOS INTERVALOS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
18. MONITORIAÇÃO MULTIPARAMETRICA	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
19. PARECER DIÁRIO DA PEDIATRIA	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
20. TRANSFERÊNCIA IMEDIATA P/ UTI PEDIÁTRICA, ASSIM QUE POSSÍVEL	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
21. MONALIZA	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
22. SUEU	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g
23. ENFERMEIROS	21/12/23	21/12/23	21/12/23	1250	g

Reg. Hosp. 123456789
Município de Curitiba
CNPJ: 00.000.000/0000-00

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2023 10:39:50
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100910394937300000075681810
Número do documento: 23100910394937300000075681810



**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME: *Alisson dos S. Santos* UN: _____ PRONT. Nº: _____
NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____
ADMISSÃO: *02/12/17* ALTA: *13/01/18*

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico):

Paciente vítima de acidente de trânsito, admitido em estado grave.

2. Resultado dos principais exames

*TCE Grave (LAD + HSD Parital (condição parital));
Múltiplas fraturas de fêmur;
Encefalopatia Aguda.*

3. Evolução e complicações

Problemas de KPE

4. Terapêutica realizada

Tratamento Cirúrgico de Fraturas

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

TCE + Fraturas múltiplas de fêmur + Encefalopatia

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Internar para cirurgia de fratura de fêmur

7. Condições da alta

☐ Curado ☐ Apendido ☐ Óbito ☒ Memorado ☐ Interferido
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, *15* de *01* de *18*

Rogério Finkbein
Cirurgião - Manão - Fênix
CRM-PB 1360

Responsável pelo resumo



Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
02/12/14	UTIP NOITE	
	Eleva suspeito	
	Drafa P	
	Diurese 23mg/kg/1h	
	Evac aus	
	Em VMA FIO 40 PIP 20	
	PAP 5 RE 14 SpO2 98%	
	Sedado, impregnado, entubado,	
	vibratório, inotomente	
	REN 110 g/m 14. 108463(82)	
	MV 100%	
	Assom - plano plano	
	Eleva facial c/ temporais	
	supra range of disact.	
	paragranasento.	
	Orientação da BNF: evita	
	manipulação facial.	
	Não limpar	
	Eduardo Lima de Assis	
	CRM-PC 2486	
	Lima	



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alisson da Silva 25/10/2023 Admissão 7:50 da tarde Leito 1004 ConvênioProntidão
1004 - 1004, 1004

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

Diagnóstico

Explain the following

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Alphonse and Emma

Aljama:

Isabelle Leino

Conversion

• MOD 015



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura fechada e não est.
da tíbia e fíbula

Paciente:

Alisson da Silva Gomes

Acometido:

Membro Superior

Convênio:

Data:

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Membro

Direita - P.S.N.S.A.

Oliviera, Gerson Hugo da Silva e Silva

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

Oliviera, Gerson Hugo da Silva e Silva

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

S.D.

Dr. Fernando Pontes

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Dr. Fernando Pontes

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Enfermeiro (a) Responsável

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Tratamento e evolução

Paciente: Wesley de Sousa Silva Admissão: 15/01/2023 Leito: 101 Convênio:

Data

Prescrição Médica

Morário

Evolução Médica

01/01/2023 - Paciente admitido no Hospital de Emergência e Trauma com queixa de dor abdominal no quadrante inferior direito, associada a náusea e vômito. Exame físico: dor à palpação no quadrante inferior direito, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais: hemograma dentro da normalidade, função renal e hepática sem alterações. Diagnóstico: síndrome do intestino irritável. Tratamento: analgesia com paracetamol e hidratação oral. Evolução: paciente evoluiu com melhora dos sintomas e foi encaminhado para o ambulatório de gastroenterologia.

02/01/2023 - Paciente em acompanhamento no ambulatório de gastroenterologia. Queixa de dor abdominal no quadrante inferior direito, associada a náusea e vômito. Exame físico: dor à palpação no quadrante inferior direito, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais: hemograma dentro da normalidade, função renal e hepática sem alterações. Diagnóstico: síndrome do intestino irritável. Tratamento: analgesia com paracetamol e hidratação oral. Evolução: paciente evoluiu com melhora dos sintomas e foi encaminhado para o ambulatório de gastroenterologia.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2023 10:39:50
https://pje.tipb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100910394937300000075681810
Número do documento: 23100910394937300000075681810



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Adriana da Silva Souza Documento: 151143434 Convênio:

Produtor: Adriana da Silva Souza
Assinatura: Adriana da Silva Souza

Data	Prescrição Médica	Histórico	Evolução Médica
11/01/2023	Adriana da Silva Souza		
12/01/2023	Adriana da Silva Souza		
13/01/2023	Adriana da Silva Souza		
14/01/2023	Adriana da Silva Souza		
15/01/2023	Adriana da Silva Souza		
16/01/2023	Adriana da Silva Souza		
17/01/2023	Adriana da Silva Souza		
18/01/2023	Adriana da Silva Souza		
19/01/2023	Adriana da Silva Souza		
20/01/2023	Adriana da Silva Souza		
21/01/2023	Adriana da Silva Souza		
22/01/2023	Adriana da Silva Souza		
23/01/2023	Adriana da Silva Souza		
24/01/2023	Adriana da Silva Souza		
25/01/2023	Adriana da Silva Souza		
26/01/2023	Adriana da Silva Souza		
27/01/2023	Adriana da Silva Souza		
28/01/2023	Adriana da Silva Souza		
29/01/2023	Adriana da Silva Souza		
30/01/2023	Adriana da Silva Souza		
31/01/2023	Adriana da Silva Souza		
01/02/2023	Adriana da Silva Souza		
02/02/2023	Adriana da Silva Souza		
03/02/2023	Adriana da Silva Souza		
04/02/2023	Adriana da Silva Souza		
05/02/2023	Adriana da Silva Souza		
06/02/2023	Adriana da Silva Souza		
07/02/2023	Adriana da Silva Souza		
08/02/2023	Adriana da Silva Souza		
09/02/2023	Adriana da Silva Souza		
10/02/2023	Adriana da Silva Souza		
11/02/2023	Adriana da Silva Souza		
12/02/2023	Adriana da Silva Souza		
13/02/2023	Adriana da Silva Souza		
14/02/2023	Adriana da Silva Souza		
15/02/2023	Adriana da Silva Souza		
16/02/2023	Adriana da Silva Souza		
17/02/2023	Adriana da Silva Souza		
18/02/2023	Adriana da Silva Souza		
19/02/2023	Adriana da Silva Souza		
20/02/2023	Adriana da Silva Souza		
21/02/2023	Adriana da Silva Souza		
22/02/2023	Adriana da Silva Souza		
23/02/2023	Adriana da Silva Souza		
24/02/2023	Adriana da Silva Souza		
25/02/2023	Adriana da Silva Souza		
26/02/2023	Adriana da Silva Souza		
27/02/2023	Adriana da Silva Souza		
28/02/2023	Adriana da Silva Souza		
29/02/2023	Adriana da Silva Souza		
30/02/2023	Adriana da Silva Souza		
31/02/2023	Adriana da Silva Souza		



Diagnóstico

Post. Paid. 10.00
7.00.00

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Parcele	Alugamento	Leilão / 25%	Carroção
1			

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alisson da Silva SantosAdmissão: 19/01Leito: 133Convênio: União

40,6 kg

Placenta baixa / Ex. de parto normal /
TCE grave / Lesão de cabeça /
TCE com fratura / Lesão de cabeça /
Lesão de cabeça / Lesão de cabeça

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/01	1. Medicação: 100mg + 5mg (R5) - 100mg 6h 2. IN: 95 ST 955mg 3. Volemia: 1000ml + 500ml - 1000ml 6h 4. Volemia: 1000ml + 500ml - 1000ml 6h 5. Ceftriaxona 1g IV 12h + 12h 6. Ceftriaxona 1g IV 12h + 12h 7. Ceftriaxona 1g IV 12h + 12h 8. Ceftriaxona 1g IV 12h + 12h 9. Ceftriaxona 1g IV 12h + 12h 10. Ceftriaxona 1g IV 12h + 12h 11. Ceftriaxona 1g IV 12h + 12h 12. Ceftriaxona 1g IV 12h + 12h 13. Ceftriaxona 1g IV 12h + 12h 14. Ceftriaxona 1g IV 12h + 12h	19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h 19/01 14h	# NEURITIS # Falta de resposta Falta de resposta Falta de resposta Falta de resposta Falta de resposta Falta de resposta Falta de resposta Falta de resposta Falta de resposta Falta de resposta Falta de resposta Falta de resposta Falta de resposta

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

49A

- 03/23

Diagnóstico

Refratamento (Pa. artroscópio e ossos facia. 17 de
março) - fratura da tíbia, 17 de março de 2023.
Ligamentação por 17 de março de 2023 em
deceleração D.

Paciente: Alisson da Silva Santos(Alojamento: 1501Leito: 1501Convênio:

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

04.01.18: 1. bolha na mão - anestesia

2. IV: 500 ml de 0,9% NaCl

3. 100 ml de 0,9% NaCl

4. 100 ml de 0,9% NaCl

5. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

6. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

7. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

8. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

9. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

10. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

11. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

12. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

13. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

14. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

15. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

16. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

17. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

18. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

19. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

20. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

21. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

22. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

23. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

24. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

25. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

26. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

27. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

28. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

29. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

30. 100 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl

Assinado eletronicamente por:

SUELIO MOREIRA TORRES

CRM-PB 6102

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

14a
40,6 kgPolitrauma 1ºx vindo e pós fase +
TCE grave lateralizada direita pós-TCE!
ITU complicada (chamado por Uro)
Úlcera de pressão sacral grau 3

Paciente Alusson da Silva Santos

Alojamento ISOI

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Morfina

Evolução Médica

03.01.18

1. Medica no 100 - 1005-1005

11/08

Folheto farmacológico de NUR.

Med. 100 50 50 40 50 50

11/08

Leuado de 100 50 50 40 50 50

Med. 100 50 50 40 50 50

11/08

Para a seguir possível a seguir

11/2

3. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

4. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

5. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

6. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

7. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

8. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

9. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

10. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

11. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

12. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

13. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

14. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

15. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

16. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

17. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

18. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

19. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

20. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

21. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

22. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

23. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

24. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

25. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

26. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

27. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

28. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

29. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

30. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg

11/2

31. Venoclavina 1500 mg (1500 mg) - Fazer 400mg

11/08

Solução reconstituída de 400mg





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNEP
3 - NOME DO SECRETÁRIO DE SAÚDE		4 - CNEP

5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5.1 - NOME DO PACIENTE		6 - RUA DO PACIENTE
7 - CATEGORIA NACIONAL DO DOENTE		8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL		10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - CID
13 - SITUAÇÃO DE RESIDÊNCIA		14 - CID DO DOENTE
15 - CID DO DOENTE		16 - CID

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	19 - CID DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	20 - CID DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CID DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA
22 - CID DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	23 - CID DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	24 - CID DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	25 - CID DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	27 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	28 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	29 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
-----------------------------------	--

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO	
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	42 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

MOD. 017



Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

NOME: ALISSON SILVA SANTOS

IDADE: 11A

PESO: 60kg

Hipóteses diagnósticas

Diagnóstico	Data de início	Data da resolução
Regredimento do Acidente de Morte		
TIA - 2018		
Hematomas subgástricos - 2018		
Fraturas múltiplas em face		
Intoxicação - 2018		

Procedimentos Invasivos

Tipo de procedimento	Data de inserção	Responsável	Data de retirada
TOT	02/12/17		
AVC - VSD	02/12/17		

Tabela de uso de antimicrobianos

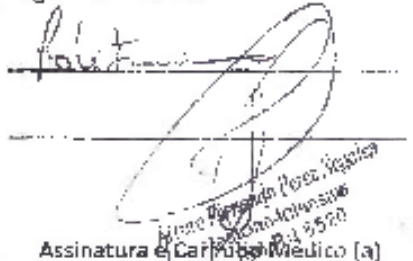
Tipo de antimicrobiano	Data de início	Data do fim	Motivo
Penicilina G	04/12/17		
Levofloxacina	04/12/17		



PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 11/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 12/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 13/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 14/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

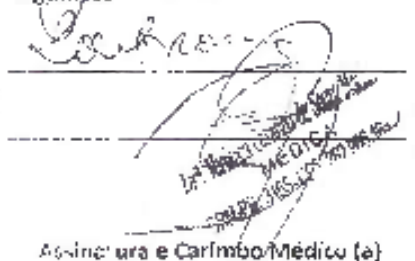
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 15/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

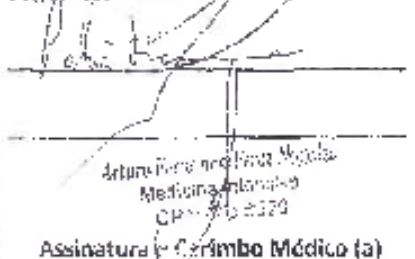
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 16/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

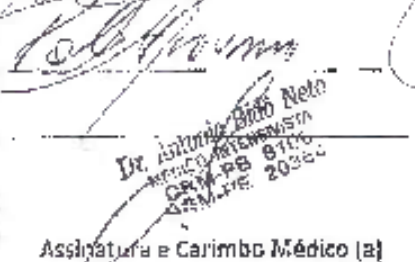
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 17/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 18/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

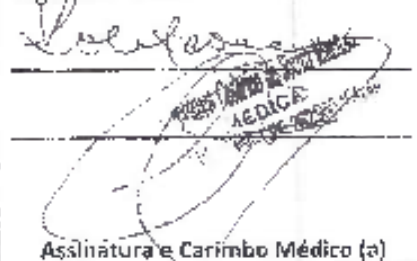
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 11/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 20/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

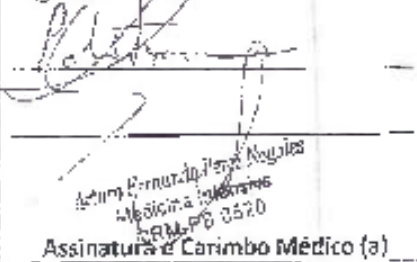
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 21/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 1/1

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)





	Sistema	2/Inimário	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folhas 1/2
	União de	de		
Saúde	de	Saúde		

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 2 - CID-10	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESCOLAR/INTE 4 - CID-10	

5 - NOME DO PACIENTE 6 - UF DO MUNICÍPIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO	
10 - NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL 11 - NOME DO FILHO, N.º, SEXO	
12 - ENDEREÇO DO RESIDENTE 13 - CID-10	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR 19 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - CID-10 DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL 23 - CID-10 PRINCIPAL 24 - CID-10 SECUNDÁRIO 25 - CID-10 TERCIÁRIO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 27 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 29 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
TC e Gine Neuropatia e Gine Neuropatia?? BAU @ + RF M direto resumo	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 36 - Nº DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	37 - DATA DE SOLICITAÇÃO 38 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO	
39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE 40 - Nº DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	41 - CID-10 42 - DATA DE SOLICITAÇÃO 43 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOW LUIZ GONZAGA FERNANDES
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

NOME: ALISSON DA SILVA SANTOS

SEXO: M

IDADE: 14 ANOS

DATA NASCIMENTO: 10/03/2003

PRONTUÁRIO: 1554270

ADMISSÃO (UTI): 08/12/17

LEITO: 13

ADMISSÃO HOSPITAL: 02/12/17

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1.	POLITRAUMA
2.	TCE GRAVE → LAD/HSD FRONTAL / CONTUSÃO FRONTAL / HEMOVENTRÍCULO
3.	MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE
4.	PO LE (BRANCA?)
5.	PÓS PCR (02/12/17)
6.	PNEUMONIA ASPIRATIVA
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

CONTROLE MEDICAÇÕES

Medicação	Via Administração	Dose	Início	Término
LEVOFLOXACINO	EV	500MG		
CLINDAMICINA 150MG	EV	8/8H		





NOME:	Alisson da Silva Santos	N.º PRONTUÁRIO	
	UTI	ENF.	1501
		LEITO	

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
06.01.18	1ª EVOLUÇÃO PEDIÁTRICA #	
	36 °BIM	
	Idade: 19a. Peso: 40,6 kg	
	HD: Politraumatismo	
	TCS grave + Fr. oríbital e ossos do face	
	BAV em os fraturas das órbitas pós-TCS?	
	ITU complicada	
	Contusão por KPC (cultura neg TOT)	
	Em uso de Vancomicina 500mg/kg/dia BID	
	Reg uso de: Levofloxacino - BID	
	Controles: DT: 34°C Restante dos controles não anotados pela enfermagem.	
	Evolução: Paciente segue internado em UTE, com o cuidado da enfermagem, respirando em ar ambiente, sono e apetite preservados, diurese e evacuações presentes e fisiológicas. Queixa-se de dor abdominal.	
	Ao exam: CCR consciente, orientado, ansioso, agido, hígido, normotenso, hidratado e apnéu ao tosse.	
	RCR: RGE em RT, BNF, SI sopro	
	AR- MV + em ART, SIRA	
	ABD: PUA +, cecostig mediana, plúrio flácido, depresso, sível, doloroso à palpação superficial e baixo ventral, STH: miorrítmicos palpáveis.	
	MMII: Sem edema, presença de escoriações e sinais de pressão sobre as extremidades.	



Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	# EXAMES #	
	04.01.18 - P15 11,3 A+ 34 UNIC 1000 BE 308 P129.225.000	
	U22 CRO.4 TSP 24 TSP 40 CLIN6 NA 43 CR 1,23	
	K4,9 +P14,95 TTPa 245	
	cd: Conduta mantida	
	Aguarda término do voo - 024.	
	CNE - 00000000000000000000 00000000000000000000 00000000000000000000	

EXAMPLES

24 Cl 18 - Pb 11,3 H⁺ 39, μ_{HCl} 1000 83 568 Pb 9,225 000

U.22 Cr 0.4 Ts 2.1 Ts 4.7 Cl 106 Na 43 Cr 1.23

к 4,9 + р 14,45 ТТРС 2415

col: Conductor molecules

Aquardo Hermiao da vinda - Bd 1.

CRJ 601 PE 6107

CR 6 PE 6107

CR 6107





NOME: <u>Alisson da Silva Santos</u>	N.º PRONTUÁRIO
UTI	ENF. <u>isol</u> LETO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
29/12/17	<u>##EVOLUÇÃO DIAGNÓSTICA##</u> - 28° DM - <u>Imun = 194</u> - <u>Peso = 60 Kg</u> <u>##HD: Polimiquetismo</u> - TCC grave - <u>Ex cefálica e cefas da face</u> - BAV em DE (neuropatia ciliar AP-TCC?) - ITD complicada - Colomismo por KPC (coluna no momento de TCC) - <u>SEM CACUS - Viremia 60g/Kg/dia - D53</u> - <u>Exatamento 50g/dia 12/12/17 - D4</u> <u>##CONTROLES = T = 37° AS 14h - Demais exames em andamento no</u> <u>Prontuário</u> <u>##INVESTIGAÇÃO: AVE em MDT</u> <u>##EVOLUÇÃO: Paciente segue em leito isolado, respirando</u> <u>AR, com boa amplitude de movimento do tórax, com sons pulmonares</u> <u>com diminuição (+) e ausência de sem necessidade de UFEET que</u> <u>em sem perda da força de 4/5 - Ainda não desmolda mais nas</u> <u>unidades 24h sustentado sustentado e sem de de com apoio. Contam</u> <u>a aproximação úlcera da pressão em colando direito (Gru I)</u> <u>sem quadro de hemorragia.</u> <u>##EXAME FÍSICO: ECG, consequente aumento (mas ainda não há</u> <u>cardíaco, mecânico, Hiperóxico, agudo de 12/12/17</u> - <u>AR: MV + AHT, sem RA, cefálica, FR = 10.12/17, SpO2 = 95% em AR</u> - <u>ACV: 20cm/2T, ACNF, SL 30cm, FC = 100bpm</u> - <u>ABSCUS: semidureza, BHA (+), não turgor, depressível, com dor</u> <u>mediana a palpação isolada em região superior IV abdominal - sem</u> <u>empingido.</u> <u>##PREVENÇÕES: vacinação, vacinas, sem vacina. Paciente em MDT (+/14h)</u> <u>Úlcera em processo em colando 2T (Gru I)</u>	

(assinatura)



Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.



NOME:	ALISSON DA SILVA SANTOS		N.º PROTOCOÁRIO	
	UTI		ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
02/12/19 15h	Id: P: 1º QUITIP: Politraumático Fratura de Face. + TCE (HSD)	
	Adolescente politraumatizado Vítima de colisão entre motos procedente do Centro Cívico onde foi submetido a tempo naguetu total de pernas rasadas (p/ fratura cominativa de face) + laparotomia exploradora Recebeu várias bolsas de hemotransfusão Em VMA (TOT=8,5) FIO 40% PIP 20 PEEP 5 FR 15 q SPD 100% Sedado, eufórico, extensor, hidratado, normotenso RIN MV com RO SpO₂ 94-100% (82) Abdom - plano físico FO lungs membr - não se edematizado Edema facial eq: VMA + oxigênio + hidratação + analgesia + antibiótico + febrilidade Vital estável	Edgardo Lima de Assis CRM-ED 7740



Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 02/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa do contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Coleção extra-axial em região frontal esquerda, medindo 1,1 cm, sugerindo hematoma extradural.
- Múltiplos focos corticais hiperdensos em região frontal bilateral, com halo hipodenso de edema, sugerindo contusões cerebrais hemorrágicas.
- As lesões à esquerda promovem em conjunto compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo, sem desvio das estruturas da linha média.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anatómico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano.
- Presença de fraturas crânio-faciais, conforme descrito abaixo:
 - o No osso frontal existe fratura cominutiva, com afundamento de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte orbital do frontal, etmóide e esfenóide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura oclusiva, com comprometimento dos ossos nasais, seios frontais e parede medial das órbitas.
 - o No seio maxilar direito existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o No seio maxilar esquerdo existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o Na órbita direita existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o Na órbita esquerda existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o No palato duro existe fratura na linha média, sem desalinhamento.
 - o Presença de hemossinus em seios paranasais.

Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega
CRM/PB: 6481

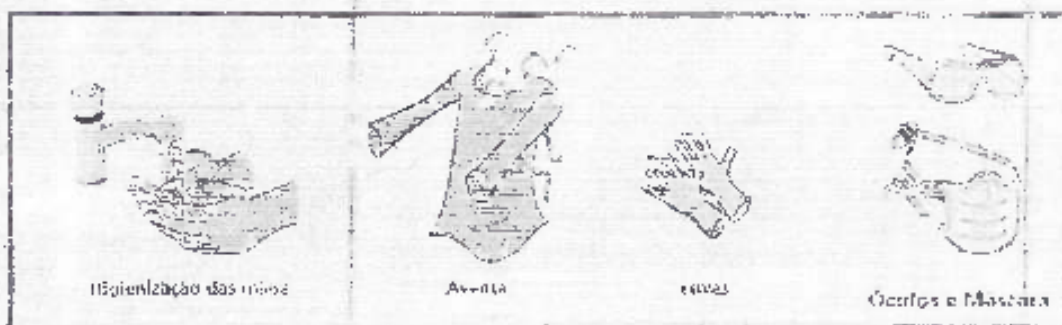




Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

ATENÇÃO! PRECAUÇÕES PADRÃO/CONTATO*



***até a alta hospitalar**

Paciente:

Alisson da Silva Santos

Material coletado: Sec.traqueal

Klebsiella pneumoniae - KPC
(Cepo possivelmente produtora de carbapenemase -
teste de hidrolase positivo)

Obs.: Esta sinalização deve permanecer no prontuário do paciente durante todo o período de sua internação!

Informações e/ou dúvidas: RAMAL - 5867 (CCIH)

Data: 22/12/22

Hospital de Emergência e Trauma
de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Fornecendo assistência integral

Resumo





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Alisson da Silva Santos Idade: _____ anos

Exame: Urg AL. B-ABD Data: 24/11/14

Médico solicitante: _____ Sexo: masculino

RELATÓRIO



FÍGADO: ☒ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☒ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☒ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☒ Normal ☐ Alterado

BACO: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM DIR: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM ESQ: ☒ Normal ☐ Alterado

DEXIGA: ☐ Normal ☐ Alterado



Outras observações:

*com bato
inflado no seu interior.
Presença de líquido
livre.*

CONCLUSÃO

Dr. Suelio Moreira Torres
2591-96

Campina Grande, 24/11/2014

Assinatura e Carimbo do Médico

MOD 02





SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
-----	------------------------	---------------------	---	-----------

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CATEGORIA	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE		4 - ENDEREÇO	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME DO PACIENTE		6 - NOME DO RESPONSÁVEL	
7 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO DA MÃE DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL		14 - CIDADE DO RESPONSÁVEL	
15 - MUNICÍPIO DO RESPONSÁVEL		16 - ESTADO DO RESPONSÁVEL	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - VIGÊNCIA		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MODIFICAÇÃO		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MODIFICAÇÃO	
22 - NOME DO RESPONSÁVEL		23 - CIDADE DO RESPONSÁVEL	
24 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL		25 - CIDADE DO RESPONSÁVEL	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	41 - DATA DE NASCIMENTO
42 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - CIDADE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
44 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	45 - CIDADE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - DATA DE ASSINATURA
48 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	49 - CIDADE DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
50 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	51 - CIDADE DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

MOD. 017





	Sistema União da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CRES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NÚMERO DO ESTABELECIMENTO ESTADUAL		4 - CRES	
Identificação do Paciente		5 - NÚMERO PROFISSIONAL	
6 - NOME DO PACIENTE			
7 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO (CNS)		8 - DATA DO NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE (ou pai) do paciente		10 - SEXO	
		Masculino ☐ Feminino ☐	
11 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (Cidade, Nº, Bairro)		14 - CID - DOB - DOB - DOB	
15 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA		16 - CID - DOB - DOB - DOB	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIORMENTE	19 - CID - DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CID - DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	23 - CID - DO SECUNDÁRIO
24 - CID - DO SECUNDÁRIO	25 - CID - DO SECUNDÁRIO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	27 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UM COM DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	29 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ DIÁRIA DE TIPO I
☐ DIÁRIA DE TIPO II	☐ DIÁRIA DE TIPO III
30 - DATA DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DE EMISSÃO
40 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	41 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
42 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	43 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - DATA DE EMISSÃO
46 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	47 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
48 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	49 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

MSD. 077





	Secretaria União da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2

Identificação de Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR		2 - CIES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIALIZADO		4 - CIEB

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Silverson da Silva Santos</i>		6 - CIDO PROBL. ABC
7 - DISTRITO NACIONAL DE SAÚDE (DNG)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐
10 - CIDO DA VASO RESPONSÁVEL	11 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE		
13 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE	14 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE	15 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AMI) -

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ATENÇÃO	18 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ATENÇÃO	19 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	20 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA
21 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	22 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	23 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	24 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TC de exame sem contraste</i>	26 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	27 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	28 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
29 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente politraumatizado com TCE grave, portador de fratura bilateral de fêmur e humerus subcondral. Última TC no dia 02/10/17.
--

PROFISSIONAL SOLICITANTE		38 - DATA DE SOLICITAÇÃO 09/11/17
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>ELIZE MORAIS</i>	40 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE 240 - RUA BOMFIM, 100 - JARDIM BOMFIM - RECIFE - PE	

AUTORIZAÇÃO		41 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	42 - DATA DE SOLICITAÇÃO
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	44 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE	45 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE	46 - ENDEREÇO E CONTATO DO TELEFONE

MOD. 017



4.13.

	SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
1 - Identificação do Estabelecimento de Saúde 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____ 1.2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCLUIRANTE: _____ 1.3 - Identificação do Paciente 1.4 - NOME DO PACIENTE: <u>Alisson da Silva Santos</u> 1.5 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 1.6 - DATA DE NASCIMENTO: _____ 1.7 - SEXO: ☒ F ☐ M 1.8 - DATA DE NASCIMENTO: _____ 1.9 - ENDEREÇO: _____ 1.10 - CIDADADE: _____ 1.11 - ESTADO: _____ 1.12 - CEP: _____			2 - DATA DE RECEBIMENTO: _____ 3 - DATA DE EMISSÃO: _____ 4 - DATA DE VALIDADE: _____ 5 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 6 - DATA DE VALIDADE: _____ 7 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 8 - DATA DE VALIDADE: _____ 9 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 10 - DATA DE VALIDADE: _____ 11 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 12 - DATA DE VALIDADE: _____ 13 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 14 - DATA DE VALIDADE: _____ 15 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 16 - DATA DE VALIDADE: _____ 17 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 18 - DATA DE VALIDADE: _____ 19 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 20 - DATA DE VALIDADE: _____ 21 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 22 - DATA DE VALIDADE: _____ 23 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 24 - DATA DE VALIDADE: _____ 25 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 26 - DATA DE VALIDADE: _____ 27 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 28 - DATA DE VALIDADE: _____ 29 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 30 - DATA DE VALIDADE: _____ 31 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 32 - DATA DE VALIDADE: _____ 33 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 34 - DATA DE VALIDADE: _____ 35 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 36 - DATA DE VALIDADE: _____ 37 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 38 - DATA DE VALIDADE: _____ 39 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 40 - DATA DE VALIDADE: _____ 41 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 42 - DATA DE VALIDADE: _____ 43 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 44 - DATA DE VALIDADE: _____ 45 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 46 - DATA DE VALIDADE: _____ 47 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 48 - DATA DE VALIDADE: _____ 49 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 50 - DATA DE VALIDADE: _____ 51 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 52 - DATA DE VALIDADE: _____ 53 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 54 - DATA DE VALIDADE: _____ 55 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 56 - DATA DE VALIDADE: _____ 57 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 58 - DATA DE VALIDADE: _____ 59 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 60 - DATA DE VALIDADE: _____ 61 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 62 - DATA DE VALIDADE: _____ 63 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 64 - DATA DE VALIDADE: _____ 65 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 66 - DATA DE VALIDADE: _____ 67 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 68 - DATA DE VALIDADE: _____ 69 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 70 - DATA DE VALIDADE: _____ 71 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 72 - DATA DE VALIDADE: _____ 73 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 74 - DATA DE VALIDADE: _____ 75 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 76 - DATA DE VALIDADE: _____ 77 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 78 - DATA DE VALIDADE: _____ 79 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 80 - DATA DE VALIDADE: _____ 81 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 82 - DATA DE VALIDADE: _____ 83 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 84 - DATA DE VALIDADE: _____ 85 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 86 - DATA DE VALIDADE: _____ 87 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 88 - DATA DE VALIDADE: _____ 89 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 90 - DATA DE VALIDADE: _____ 91 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 92 - DATA DE VALIDADE: _____ 93 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 94 - DATA DE VALIDADE: _____ 95 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 96 - DATA DE VALIDADE: _____ 97 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 98 - DATA DE VALIDADE: _____ 99 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 100 - DATA DE VALIDADE: _____ 101 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 102 - DATA DE VALIDADE: _____ 103 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 104 - DATA DE VALIDADE: _____ 105 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 106 - DATA DE VALIDADE: _____ 107 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 108 - DATA DE VALIDADE: _____ 109 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 110 - DATA DE VALIDADE: _____ 111 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 112 - DATA DE VALIDADE: _____ 113 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 114 - DATA DE VALIDADE: _____ 115 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 116 - DATA DE VALIDADE: _____ 117 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 118 - DATA DE VALIDADE: _____ 119 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 120 - DATA DE VALIDADE: _____ 121 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 122 - DATA DE VALIDADE: _____ 123 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 124 - DATA DE VALIDADE: _____ 125 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 126 - DATA DE VALIDADE: _____ 127 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 128 - DATA DE VALIDADE: _____ 129 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 130 - DATA DE VALIDADE: _____ 131 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 132 - DATA DE VALIDADE: _____ 133 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 134 - DATA DE VALIDADE: _____ 135 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 136 - DATA DE VALIDADE: _____ 137 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 138 - DATA DE VALIDADE: _____ 139 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 140 - DATA DE VALIDADE: _____ 141 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 142 - DATA DE VALIDADE: _____ 143 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 144 - DATA DE VALIDADE: _____ 145 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 146 - DATA DE VALIDADE: _____ 147 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 148 - DATA DE VALIDADE: _____ 149 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 150 - DATA DE VALIDADE: _____ 151 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 152 - DATA DE VALIDADE: _____ 153 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 154 - DATA DE VALIDADE: _____ 155 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 156 - DATA DE VALIDADE: _____ 157 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 158 - DATA DE VALIDADE: _____ 159 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 160 - DATA DE VALIDADE: _____ 161 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 162 - DATA DE VALIDADE: _____ 163 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 164 - DATA DE VALIDADE: _____ 165 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 166 - DATA DE VALIDADE: _____ 167 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 168 - DATA DE VALIDADE: _____ 169 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 170 - DATA DE VALIDADE: _____ 171 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 172 - DATA DE VALIDADE: _____ 173 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 174 - DATA DE VALIDADE: _____ 175 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 176 - DATA DE VALIDADE: _____ 177 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 178 - DATA DE VALIDADE: _____ 179 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 180 - DATA DE VALIDADE: _____ 181 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 182 - DATA DE VALIDADE: _____ 183 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 184 - DATA DE VALIDADE: _____ 185 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 186 - DATA DE VALIDADE: _____ 187 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 188 - DATA DE VALIDADE: _____ 189 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 190 - DATA DE VALIDADE: _____ 191 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 192 - DATA DE VALIDADE: _____ 193 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 194 - DATA DE VALIDADE: _____ 195 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 196 - DATA DE VALIDADE: _____ 197 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 198 - DATA DE VALIDADE: _____ 199 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 200 - DATA DE VALIDADE: _____ 201 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 202 - DATA DE VALIDADE: _____ 203 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 204 - DATA DE VALIDADE: _____ 205 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 206 - DATA DE VALIDADE: _____ 207 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 208 - DATA DE VALIDADE: _____ 209 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 210 - DATA DE VALIDADE: _____ 211 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 212 - DATA DE VALIDADE: _____ 213 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 214 - DATA DE VALIDADE: _____ 215 - DATA DE EXPIRAÇÃO: _____ 216 - DATA DE VALIDADE: _____	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AM) -----

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		11 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
12 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		13 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		15 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
16 - DIAGNÓSTICO PACIENTE		17 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
18 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO		19 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	

Tramite Administração Federal

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
2 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Tampos de Abaixo com Gostoso.</i>	21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
3 - CO-CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM O NÚMERO DE ACOMPANHANTE	
☐ DIÁRIO DE ACOMPANHANTE	☐ ÚNICA DE UTI TIPO I
4 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	41 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
5 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
6 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

HISTÓRIA
FOLHA Nº 001 DE 01
11/12/17

38 JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

3º DPO L. aporof. explend + estroveramento de lmpa,
2 porcentando ligada entre outros ao USG A24.
Vestir de ducto impetizo? Cisterna de quilo?
Vestir de ducto de urina.

[illegible]

AUTORIZAÇÃO		42 - CÓDIGO DE ATRIBUIÇÃO	43 - ANO DE AUTORIZAÇÃO
44 - NOME DO INTERVENIENTE AUTORIZADO	45 - ASSINATURA E CARIMBO DO QD DO ESTADO DO DONATÁRIO		
46 - DOULAÇÃO	47 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL ELABORANTE		
48 - DATA	49 - DATA		

002 017



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CINES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4 - CINES	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
6 - NOME DO PACIENTE ALISSON DA SILVA SANTOS		7 - NOME DO PORTADOR	
8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		9 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE DO PACIENTE		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO RUA, Nº, BAIRRO		13 - CIDADE	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF	

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ATUAL ANTERIOR		18 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		20 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
21 - DIAGNÓSTICO MORAL POLITRAUMATISMO		22 - CID - PRINCIPAL	
23 - CID - SECUNDÁRIO		24 - CID - SECUNDÁRIO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC DE CRÂNIO SIMPLES		26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
27 - SOLICITAÇÃO DE NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS		28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TOMOGRAFIA REALIZADA EM:		31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11/12/17		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

34 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
* HED FRONTAL / LAD / HEMOVENTRÍCULO * CONTROLE EVOLUTIVO	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ARTURO FERNANDO PEREZ NOGALES	
36 - DOCUMENTO	
37 - NÚMERO DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 2127503238-00	
38 - DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO 11/12/2017	

AUTORIZAÇÃO	
39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
40 - DOCUMENTO	
41 - NÚMERO DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
42 - DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO	





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SUS	Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
-----	------------------------------	---------------------------	---	--------------

Identificação do Estabelecimento de Saúde		1 - NOME DO ESTAB. LEVANTAMENTO NACIONAL		2 - NOME	
3 - NOME DO ESTAB. LEVANTAMENTO NACIONAL		4 - CATEG		5 - NOME DO PROPRIETÁRIO	
Identificação do Paciente		6 - NOME DO PACIENTE		7 - NOME DO PACIENTE	
8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - DATA DE NASCIMENTO	
11 - ENDEREÇO DO PACIENTE		12 - ENDEREÇO DO PACIENTE		13 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
14 - ENDEREÇO DO PACIENTE		15 - ENDEREÇO DO PACIENTE		16 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		18 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		19 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		20 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - NOVA	
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR - NOVA		23 - CÓD. DO PROCEDIMENTO		24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO	
25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO		26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

39 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
TCE grave neuropatia óptica hereditária?? BAV (E) + RFM direito anterior	

PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		44 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
45 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - DATA DE SOLICITAÇÃO	

PAGE: 017



SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
-----	------------------------	---------------------	---	-----------

1 - Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CID	
3 - Nome do Estabelecimento Solicitante		4 - CEP	
5 - Identificação do Paciente			
6 - Nome do Paciente		7 - Nº do Prontuário	
8 - Nome do Paciente (se diferente)		9 - Data de Nascimento	
10 - Nome do Paciente (se diferente)		11 - Sexo	
12 - Nome do Paciente (se diferente)		13 - Telefone do Paciente	
14 - Nome do Paciente (se diferente)		15 - Data de Admissão	
16 - Nome do Paciente (se diferente)		17 - Nome do Paciente (se diferente)	

17 - Nome do Paciente (se diferente)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - Descrição do Procedimento Solicitado Anterior	19 - Cód. do Procedimento Solicitado Anterior	20 - Descrição do Procedimento Solicitado	21 - Cód. do Procedimento Solicitado
22 - Descrição do Procedimento Solicitado	23 - Cód. do Procedimento Solicitado	24 - Cód. do Procedimento Solicitado	25 - Cód. do Procedimento Solicitado

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - Descrição do Procedimento Solicitado	27 - Cód. do Procedimento Solicitado	28 - Descrição do Procedimento Solicitado	29 - Cód. do Procedimento Solicitado
30 - Descrição do Procedimento Solicitado	31 - Cód. do Procedimento Solicitado	32 - Descrição do Procedimento Solicitado	33 - Cód. do Procedimento Solicitado
34 - Descrição do Procedimento Solicitado	35 - Cód. do Procedimento Solicitado	36 - Descrição do Procedimento Solicitado	37 - Cód. do Procedimento Solicitado

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE grave.
Neuropatia óptica homolateral?
BAV (OE) + RHM direito superior.

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - Nome do Profissional Solicitante	40 - Data de Assinatura
41 - Assinatura do Profissional Solicitante	42 - Assinatura do Profissional Solicitante
43 - Assinatura do Profissional Solicitante	44 - Assinatura do Profissional Solicitante
45 - Assinatura do Profissional Solicitante	46 - Assinatura do Profissional Solicitante
47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Profissional Solicitante
49 - Assinatura do Profissional Solicitante	50 - Assinatura do Profissional Solicitante



02/12/2023

GOVERNO
DO PARÁSECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, PONTA LUTA, SÍTIO ZACARIAS TEIXEIRAS

ATENDIMENTO URGENTE

PRONT (B.E) N°1554270

CLAS. DE EMERG. VERMELHO

TOMOCATIA
REALIZADA EM

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, PONTA LUTA, SÍTIO ZACARIAS TEIXEIRAS

Av. Abel Figueira, nº 4700 - Medeiros, Campina Grande - PB, CEP: 56432-903

Data: 02/12/2017

PACIENTE: ALISSON DA SILVA

CPF: 0358655066

Nascimento: 01/03/2003

SANTOS

Cidade: Santo André

Nome da Mãe: JANEIRNE LAMARCA DA SILVA

Respondeente: JANEIRNE LAMARCA DA SILVA

VIA

Tel: (55) 3515010

Paciente de MODO INTERNO e AUTO

Medicamentos

CRM:

OBS FICHAS
NECESSÁRIAS DO TRATAMENTO
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente no corpo)

1. Cabeça
2. V. Pulso
3. Axila
4. Ombro
5. Cotovelo
6. Coto
7. Braço
8. Antebraço
9. Mão
10. Dedos
11. Tornozelo
12. Joelho
13. Canoto
14. Tornozelo
15. Pé
16. Dedos
17. Orelha
18. Nariz
19. Boca
20. Garganta
21. Tórax
22. Braço
23. Ombro
24. Cotovelo
25. Antebraço
26. Mão
27. Dedos
28. Outros

OBS

QUEIMADURA:
SUSCETIVIDADE A LESÃO

Grau 1 1º Grau 1 2º Grau 1 3º Grau

HTOG-PH-14-01-01-01-01

EXAME FÍSICO - INICIAL

COS

Cirurgião

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

Exame físico realizado em 02/12/2017

TOMOCATIA REALIZADA EM

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Alisson dos Santos Leite</u>	Bairro: <u>Santa Helena</u>
End: <u>Av. São João, 100</u>	
Data de Nascimento: <u>16-03-03</u>	Documento de Identificação: <u>123456789</u>
Queixa: <u>Acidose</u>	Data do Atendimento: <u>02-10-13</u> Hora: <u>05:15</u> Documento: <u>123456789</u>
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo	Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fúria de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGI:	Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida
Desambolgação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca	

Estratificação

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

(☐) Amarelo - atendimento até 4 horas
(☐) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOF. 110

H.T.G. Zingales, D. Srafiel

**IL GOVERNO
LA PARABOLA**

Page 18 of 24

Padrão: KALING LIBERTY ALVES Idade: 037 N° ATEND: 2014956

ACIDENYE DE LABALHO; NHO
DATA: 27/10/2019 HORA: 09:17:02

ESPECIALLY FOR THE CLERICAL PERSONNEL

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

SENNALS WITH US
HGT: 5'4" 02: PM TEMP: 72: HR: PERSON:

DIABETES (JSM) (X) NÃO HAS (JSM) (X) NÃO
DEF. MOÇABA (JSM) (X) NÃO

ALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO: NADA
ESTADO GERAL: BOM
AVANÇADO NEUROLÓGICA

{} CONVULSÃO {} INCONSCIENTE {} CONSCIENTE {} ORIENTADO
 {} DESORIENTADO {} AGITADO {} COOPERATIVO {} REFRESCIVO {} APÁTICO
 {} IRRITADO {} DIMINUIÇÃO DE FOME/MOTORA

SYNOPSIS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () TENDINTE MAA
() TUBERCULOSE () PULSAR () X () DOER () TUBERCULOSE () ALERGIA () ESTOMAGO
() ANEMIA () FLEBITE () DOR () VACINA () ALTERAÇÃO VISUAL
() EPIDIDIMITE () CONDIOMIO () MELANOMA () TUBOSES

ESCALA DE DOK:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
AMARELO

FOI b7: DOD SIMPLIFIED - 12/15

DIURESE
ADJINAPURA
ENITRIMETROICOBEN

ENFERMEIRO, COREN

27

TECHNICAL CULTURE

Torres, Viana, Duarte
ENFERMEIRA
CORREIA-PB 287-537



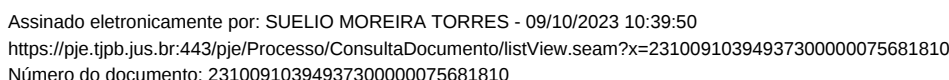
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material empregado - Aspecto Visceral

- Anest. + Antimém.
- Colapso de Cav. sup. - 1/2 litro
- Técnica cirúrgica - intercostal - ped. e tes
- Morte - por pneumonia
- Faltaram - 1 litro - 1/2 litro
- Hemorragia - sangramento de fundo
- Aspiração - cavidade - e v. de drenagem
- Fecundação por plasma
- Cavidade

Intervenção feita na cavidade
visando a drenagem de
hemorragia e de plasma

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Hospital de Emergência e Trauma de Curitiba - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Data: 06/12/2023
 Motivo: TCE
 VVA
 TCE
 VVA
 TCE
 VVA

Hospital de Emergência e Trauma de Curitiba - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Data: 06/12/2023
 Motivo: TCE
 VVA
 TCE
 VVA
 TCE
 VVA

Hospital de Emergência e Trauma de Curitiba - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Data: 06/12/2023
 Motivo: TCE
 VVA
 TCE
 VVA
 TCE
 VVA

Hospital de Emergência e Trauma de Curitiba - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Data: 06/12/2023
 Motivo: TCE
 VVA
 TCE
 VVA
 TCE
 VVA

Hospital de Emergência e Trauma de Curitiba - Grande
PRONTO-SOLUÇÕES ADT DO CTR

Nome: _____
 Data: _____
 Motivo: _____
 VVA
 TCE
 VVA
 TCE
 VVA





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CALIFÚRIA GRANDE - PARAIBA

Paciente: Allison da Silva Santos

Data do Exame: 24/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio e Órbitas

Técnica:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a injeção endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE

Análise:

- Hipotenuação do espaço basal dos lobos frontais por edema/liquor.
- Trajeto com atenuação semelhante à do LCR (encefalomalácia) estendendo-se desde a cortical do lobo frontal esquerdo até o nível do cornu frontal do ventrículo lateral esquerdo.
- Pequena quantidade de material hemático depositado no cornu occipital do ventrículo lateral esquerdo.
- Discreta proeminência do espaço extra-axial bifrontal.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anômalo das cisternas basais.
- Fratura cominativa do nariz frontal acometendo os seios frontais e estendendo-se às paredes mediais e laterais das órbitas, parede lateral da órbita esquerda, células etmoidais, osso nasal, paredes dos seios maxilares e processo alveolar da maxila.
- Globos oculares simétricos e de dimensões normais, contornos regulares e bem definidos, não havendo evidências de lesões intra-oculares.
- Nervos ópticos simétricos, de calibre e curso naturais.
- Gordura retro-bulbar preservada.
- Musculatura extrínseca sem alterações detectáveis.

Dr. Arquimedes B. Lira CRM: 7197
Médico Radiologista



Paciente: Alisson da Silva Santos

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada do Abdomen Total

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a injeção endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Indicação: Trauma abdominal fechado.

Análise:

- Pequena quantidade de líquido livre peri-hepático, peresplênico e na escavação pélvica.
- Atenuação e volume normal do fígado.
- Bazo de atenuação homogênea e dimensões normais.
- Vesícula biliar de topografia normal, conteúdo homogêneo.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais.
- Bexiga de forma, volume, contornos e situação normais.
- Alças delgadas e colônias de caixas e distribuição habituais. Apêndice cecal de aspecto tomográfico preservado.
- Aorta e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Planos musculares sem modificações patológicas identificáveis.
- Elementos ósseos sem alterações patológicas perceptíveis ao método.
- Nos cortes oblíquos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos posteriores dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.

Impressão Diagnóstica:

Pequena quantidade de líquido livre abdominal.

- Nos cortes oblíquos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos posteriores dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.


Dra. Vilena Vega
Médica Radiologista
CRM 10.9517



Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

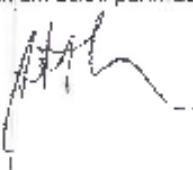
Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Coleção extra-axial em região frontal esquerda, medindo 0,4 cm, sugerindo hematoma extradural. Múltiplos focos corticais hiperdensos em região frontal bilateral, com halo hipodenso de edema, sugerindo contusões cerebrais hemorrágicas.
- Foco hiperdenso em topografia do núcleo caudado a esquerda, sem efeito de massa, sugerindo hemorragia intraparenquimatosa.
- As lesões à esquerda promovem em conjunto compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo, sem desvio das estruturas da linha média.
- Sinais de herniação de parênquima cerebral do lobo frontal esquerdo, para células estomocais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais, notando-se material hiperdenso no interior dos ventrículos laterais, sugerindo material hemático.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anômico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano.
- Presença de fraturas crânio-faciais, conforme descrito abaixo:
 - o No osso frontal existe fratura cominativa, com profundidade de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte medial do frontal, etmóide e esfenóide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura cominativa, com comprometimento dos ossos nasais, seios frontais e parede medial das órbitas.
 - o No seio maxilar direito existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-esfemática.
 - o No seio maxilar esquerdo existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-esfemática.
 - o Na órbita direita existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o Na órbita esquerda existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o No palato duro existe fratura na linha média, sem desalinhamento.
 - o Presença de hemossinus em seios paranasais.

Dr. Arthur José Ventura da Mota
CRM/PR: 6481



Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 08/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os crânios tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

Laudo comparado com o do dia 03/12, tendo as seguintes alterações em relação ao mesmo:

- Acentuada redução da coleção hemática extra axial frontal esquerda, medindo cerca de 0,3 cm no atual estudo.
- Hemovertebral, sem dilatação ventricular relevante.
- Demais achados sem alterações relevantes em relação ao estudo prévio.

Dr. Ygor Barbosa
Médico Radiologista
CRM 7160





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Haimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

OCORRÊNCIA Nº 000298/19

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000298/19 registrada em 12/12/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos doze dias do mês de dezembro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:47 horas, compareceu a Sra. JACILENE JANUÁRIO DA SILVA, com 32 anos de idade, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, profissão S/N, portadora da Cédula de Identidade Nº 3.236.546, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SITIO LAGOA, S/N, bairro AREA RURAL, na cidade de SANTO ANDRÉ - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 23h55min do dia 01.12.2017, a vítima ALISSON DA SILVA SANTOS, nascido em 10.03.2003, com 16 anos de idade, portador do RG nº 4.893.417 - SSP/PB e CPF nº 135.981.724-78, filho de Fabio Junio dos Santos Trajano e Jacilene da Silva, residente no Sítio Lagoa, área rural de Santo Andre/PB, estava trafegando pela Rodovia Estadual que liga as cidade de Santo Andre/PB a Parari/PB, ocupando como "carona" a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN ES - ano/modelo 2002/2003, cor vermelha, de placa KLD-6042/PB, CHASSI nº 9C2JC30203R111111, licenciada em nome de Acacio Moraes Leite, conduzida pelo Sr. conhecido por Eduardo, quando foram surpreendidos por outra motocicleta, de placa, condutor e outras características não identificadas, que cruzou na frente do condutor, sendo inevitável a colisão lateral, sendo jogados ao solo, resultando em ferimentos graves na vítima ALISSON DA SILVA SANTOS, que foi socorrida por uma ambulância da cidade de Santo Andre/PB e encaminhada para o hospital da cidade, se posteriormente foi transferido pelo Samu sendo posteriormente encaminhada para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme prontuário medico hospitalar em anexo, enquanto que o causador do acidente não prestou socorro e tomou destino ignorado; Que, no momento do acidente não estava chovendo e não existe iluminação no local, não encontrando-se a vítima ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local para realizar os devidos levantamentos técnicos; Que, a comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motocicleta causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expede a presente certidão. O referido é verdade e dou FE.

Campina Grande, Quinta-feira, 12 de Dezembro de 2019

Jacilene Januário da Silva
JACILENE JANUÁRIO DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Nº 609.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0099338/20 3 - CPF da vítima: 135.981.724-78 4 - Nome completo da vítima: ALISSON DA SILVA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: ALISSON DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 135.981.724-78
7 - Profissão: RECURSOU 8 - Endereço: SÍTIO LAGOA 9 - Número: S/Nº 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SANTO ANDRÉ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.675-000
15 - E-mail: RECURSOU 16 - Tel. (DDD): (83) 9 9614-5664

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: JACILGNE JANUÁRIO DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 069.635.644-93 19 - Profissão do Representante Legal: RECURSOU

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO 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: 0041 CONTA: 00496523 5
(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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivos? ☐ 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, rubrica eletrônica

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: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTO ANDRÉ - 20 DE MARÇO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o usuário **ALISSON DA SILVA SANTOS**, foi socorrido pela equipe de Pronto Atendimento - vítima de acidente de moto na estrada que liga Santo André e Pombal, tendo como ponto de referência a residência de seu Fenelon Medeiros Sobrinho, em data de 16 de Dezembro de 2017, por volta das 23:55 min, feito a estabilização do mesmo, em seguida foi encaminhado pela equipe do SAMU para a Unidade de Referência para o hospital de Trauma Dão Luiz Gonzaga Fernandes – Campina Grande PB, acompanhado da equipe de enfermagem.

Do que para os devidos fins se faz a presente declaração.

Santo André 27 de Novembro de 2019.


SUELIO MOREIRA TORRES
Secretaria Municipal de Saúde

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: 030.903.1065
Data: 09/10/2023

RUA HUMBERTO MACHADO DE ALEMEIDA, 122 CENTRO CEP:58675-000
E-MAIL: SI@sj.pb.gov.br FONE: (83)35031065
CEP: 58.611-482/000000



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320012572501

VALOR TOTAL:

1.350,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JACILENE JANUARIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000496523

Número da Autenticação

B93436FE409D7BB6









Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti - CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF - Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
TJPB - Habilitada para realizar Perícias DPVAT

LAUDO CINESICO FUNCIONAL

Alisson da Silva Santos

Rua. Sítio Lagoa, Santo André, Zona Rural, Santo André, PB

Descrição da vítima: acidente de moto x moto em 02 de dezembro de 2017.
Socorrido para Hospital de Trauma de Campina Grande, PB.

Apresentando: politraumatizado grave (TCE, fratura na face)

Tratamento: cirúrgico, suturas.

Sequela apresentada ao exame físico:

TCE/ Face

- Estética comprometida com suturas visíveis
- arcádia dentária comprometida
- Comprometimento da audição
- Anticonvulsivo
- Desequilíbrio
- Cefaleia constante
- Tontura
- Deficit de atenção

Conclusão: Sequela definitiva em grau moderado em 90% comprometendo a estética facial, audição, sistema nervoso central.

Campina Grande, 05 de fevereiro de 2020

Sonaly de Fatima Cavalcanti
Dra. Sonaly de F. Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145

Fisio-Perito - CREFITO 6637

Campina Grande, PB - CEP 57.080-132/9 96208545 e-mail: sitio.lagoa@hotmail.com



20191212_150200.jpg

↓ Baixar

↗ Tela inteira

🖨️ Imprimir

📧 Mostrar email







Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

MC
V36Kj

Polymers are formed by the reaction of monomers. The monomers are small molecules that can react with each other to form a long chain. The monomers are usually small molecules that can react with each other to form a long chain. The monomers are usually small molecules that can react with each other to form a long chain.

Paciente	Alveson da S. M. Soares	Admissão	15/01	Leito		Convênio	
----------	-------------------------	----------	-------	-------	--	----------	--

Diário	Prescrição Médica	Horário	Exatidão Médica
01/01/18	1. Injeção VO 100 - PAS 1000		
2. Injeção VO 100 - PAS 1000			
3. Injeção VO 100 - PAS 1000			
4. Injeção VO 100 - PAS 1000			
5. Injeção VO 100 - PAS 1000			
6. Injeção VO 100 - PAS 1000			
7. Injeção VO 100 - PAS 1000			
8. Injeção VO 100 - PAS 1000			
9. Injeção VO 100 - PAS 1000			
10. Injeção VO 100 - PAS 1000			
11. Injeção VO 100 - PAS 1000			
12. Injeção VO 100 - PAS 1000			
13. Injeção VO 100 - PAS 1000			
14. Injeção VO 100 - PAS 1000			
15. Injeção VO 100 - PAS 1000			
16. Injeção VO 100 - PAS 1000			
17. Injeção VO 100 - PAS 1000			
18. Injeção VO 100 - PAS 1000			
19. Injeção VO 100 - PAS 1000			
20. Injeção VO 100 - PAS 1000			



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: ACERVO, CE. SILVA, Sandra Acolhimento: Leito: Convênio:

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

13-12

P.M.M.

CETIMOLÓGICA

2012

Foi atendido por Dr. Heli Medeiros
de emergência, com diagnóstico de
lesão de fratura da base da falange
da 5ª falange da mão direita
pela afecção de trauma.Paciente com fratura da
5ª falange da mão direita
fratura com curativo
feito deOBS: Exame físico
normal sem lesãode ser feito o fratura
para o qual não há
nos testes.

TRUOE: CD e Q3 em

repouso, com curativo
de urgência, com curativo

PAD, Nível de dor

tratamento de

e com suporte de

e Curativo

Paciente de NR

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2023 10:39:50
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100910394937300000075681810
Número do documento: 23100910394937300000075681810

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

16 anos
placem de glaucoma

Admissão

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Anamnese

1) História
2) SNT de glaucoma

3) História de glaucoma

4) História de glaucoma

5) História de glaucoma

6) História de glaucoma

7) História de glaucoma

8) História de glaucoma

9) História de glaucoma

10) História de glaucoma

11) História de glaucoma

12) História de glaucoma

13) História de glaucoma

14) História de glaucoma

15) História de glaucoma

16) História de glaucoma

17) História de glaucoma

18) História de glaucoma

Paciente

História de

História de

História de

História de

História de

História de

História de

História de

História de

História de

História de

História de

História de

História de

História de

História de

História de

10/12/2017		PRESCRIÇÃO		AFRAZAMENTO		SINCRONIA	
1	DIETA A JEITO						
2	SE 0,9% 500ml 2x 4/4h SUC 125ml/h	10	14	18	22	02	06
3	LEV OFLOXACINO 500mg 1x/3h	10	14	18	22	02	06
4	CLINDAMICINA 600mg + 5 0,5% 100ml IV 6/6h	10	14	18	22	02	06
5	HEPARINA 100mg 7/5NE 12/12h	10	14	18	22	02	06
6	ONERIVACOL 80mg EV 2x/DIA	10	14	18	22	02	06
7	LASIX 1amp IV ACM	10	14	18	22	02	06
8	OPROCTOL 1amp + AMOTIL 6/6h ACM	10	14	18	22	02	06
9	VALIACURON 4mg 4 ASD EV 6/6h ACM	10	14	18	22	02	06
10	DOMAMUNIL 100mg + BENZIL 250 + 500,9% 100ml IV 6/6h ACM	10	14	18	22	02	06
11	GHSD% 30ml EV se HGT < 70mg/dl	10	14	18	22	02	06
12	HGT 6,7% + INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO	10	14	18	22	02	06
13	CLEXANE 400mg SC 1x/DIA ACM	10	14	18	22	02	06
14	HIGIENE ORAL 3x/DIA	10	14	18	22	02	06
15	DECUBITO ELEVADO 30º / CABEÇA POSIÇÃO NEUTRA	10	14	18	22	02	06
16	TRISOTERAPIA ORAL INTENSIVA	10	14	18	22	02	06
17	MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	10	14	18	22	02	06
18		10	14	18	22	02	06
19		10	14	18	22	02	06
20	PARECER DIÁRIO DA PEDIATRIA						
21	TRANSFERÊNCIA IMEDIATA P/ UTI PEDIÁTRICA, ASSIM QUE POSSÍVEL						
ARTURO		KATYNE / ALZENIR					
MÉDICO		ENFERMEIROS					

PRESCRIÇÃO

PRESCRIÇÃO

08/17/20

APPENDIX

CO: 52144

[illegible]

M. L. J. M. G. P. 1978



19/12/2017		PRESCRIÇÃO		APRESENTAMENTO		CONSUMO	
1	DIETA LÍQUIDA 50g 3x3h + ÁGUA 100ml INTERVALOS	10	12	28	22	08	
2	SC 0,9% 300ml EV 4/4h SIC 12/500ml	10	12	28	22	08	
3	CLASIXIN 54 + SF0,9% 100ml EV 6/6h	10	12	28	22	08	
4	VALIUM 10mg 500mg + SF0,9% 100ml EV 12/12h em 2h	10	12	28	22	08	
5	FENILQUINA 100mg 2/5h 12/12h	10	12	28	22	08	
6	OMEPRAZOL 40mg EV 12/12h	10	12	28	22	08	
7	CLASIX 1amp. EV 12/12h	10	12	28	22	08	
8	DIPIRONA 1amp. + ASO EV 4/4h	10	12	28	22	08	
9	NEOSTRION 1mg 1ABU 8/8h ACM	10	12	28	22	08	
10	ECORINIL 100mg + FENILQUINA 100mg EV SIC ACM	10	12	28	22	08	
11	G-50% 30ml EV se HGT < 70mg/dl	10	12	28	22	08	
12	IGT 6/6h + INSULINA REGULAR SC PELO PROTOCOLO	10	12	28	22	08	
13	CLEXANE 40mg SC 1x/DIA ACIA	10	12	28	22	08	
14	TILATIL 40mg + SF0,9% 100ml EV 12/12h	10	12	28	22	08	
15	HIGIENE ORAL 3x/DIA	10	12	28	22	08	
16	PROTEPARA 600mg 1x/DIA	10	12	28	22	08	
17	DECUBITO ELEVADO 30º/ CABEÇA POSIÇÃO NEUTRA	10	12	28	22	08	
18	MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMETRICA	10	12	28	22	08	
19	PARAÇER DIÁRIO DA PEDIATRIA	10	12	28	22	08	
20	PARAÇER DIÁRIO DA PEDIATRIA	10	12	28	22	08	
21	TRANSFERÊNCIA IMEDIATA P/ UTM PEDIÁTRICA, ASSIM QUE POSSÍVEL	10	12	28	22	08	
ALYSSON MÉDICO		LEIDE GLAUCIA ENFERMEIROS					

**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME: Alisson dos S. Santos UN: _____ PRONT. Nº: _____
NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____
ADMISSÃO: 02/12/17 ALTA: 13/01/18

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico):

Paciente vítima de acidente de trânsito, admitido em estado grave.

2. Resultado dos principais exames

*TCE Grave (LAD + HSD Parital / Parital frontal);
Múltiplas fraturas de fêmur;
Encefalopatia Aguda.*

3. Evolução e complicações

Problemas de KPE

4. Terapêutica realizada

Tratamento Cirúrgico de Fraturas

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

TCE + Fraturas múltiplas de fêmur + Encefalopatia

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Internar para cirurgia de fratura de fêmur

7. Condições da alta

☐ Curado ☐ Apendido ☐ Óbito ☒ Memorado ☐ Interleado
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, 15 de 01 de 18

Rodolfo Finkbein
Linha 160 - Naveio - Fênol
CRO-PE 1360

Responsável pelo resumo



Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
02/12/14	UTIP NOITE	
	Eleva suspeito	
	Drafa P	
	Diurese 23ml/kg/1h	
	Evac aus	
	Em VMA FIO 40 PIP 20	
	PAP 5 FC 14 SpO2 98%	
	Sedado, impregnado, entubado,	
	ventilado, monitorado	
	REN 110 g/L Ht. 108 x 63 (82)	
	MV 12ml	
	Assom - plano plano	
	Eleva facial c/ temporais	
	supra range of descent	
	paragressão.	
	Orientação da BTF: evita	
	manipulação facial.	
	Não limpar	
	Eduardo Lima de Assis	
	CRM-PC 2486	
	Lima	



Diagnóstico

FÊNHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	11550	31	5/19	23
Alimento	374	de Leito	Posto 1	Convênio

[illegible]

Diagnóstico

Chlorine is a gas

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

of the Indian and the white man.

Alojziana

Isabelle Leino

105

[illegible]

Diagnostico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Principles of Geometry + Geo E-1

Paciente	<i>A. J. J. J. J.</i>	Nome	<i>Silvia Santos</i>
		Matrícula	<i>123456</i>
		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/03/2014	1) Tática PAS nos A 2) Odivina Góes Hoy do SIN de 16h 3) Serv + C.C.C. 4) S.O. + 100mg de C.C.C. - 100mg de C.C.C. +	SIN et	1) Tática PAS nos A 2) Odivina Góes Hoy do SIN de 16h 3) Serv + C.C.C. 4) S.O. + 100mg de C.C.C. - 100mg de C.C.C. +



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

of bread + the + the
of that of

Paciente	MICHELLE STANLEY	Apogamento	30 Lato	Convênio	
----------	------------------	------------	---------	----------	--

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Adriana da Silva Souza Idade: 37 Anos Sexo: F Condição: Isolado Convênio:

Tratamento: Tratamento de emergência
Evolução: Tratamento de emergência

Data	Prescrição Médica	Histórico	Evolução Médica
11/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
12/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
13/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
14/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
15/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
16/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
17/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
18/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
19/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
20/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
21/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
22/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
23/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
24/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
25/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
26/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
27/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
28/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
29/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
30/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência
31/01/2023	Adriana da Silva Souza	37	Tratamento de emergência

MCD 02

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Refratário (Pa. crônico) e ossos frágeis -
queixa de dor no dorso das costas há 10 dias,
agravada por apoios e movimentos
de membros.

Paciente: Alisson da Silva Santos

(Alojamento)

1 Sol

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

04.01.18: 1. Med. na sala - assistência

2. IV: 500 ml de 0,9% NaCl

3. Med. 20x4ml

4. Med. 4x4ml

B19: 2. Medicamento (500mg + 5ml NaCl) - Fazer 6ml +

Luo. de 0,9% NaCl 15ml 6ml

D19: 4. Levo Fluoxetina (500mg/1500ml) - Fazer 400ml

5. 2018h

5. 2018h (500mg/1ml) - Fazer 2ml 2,5ml 10

6. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

7. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

8. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

9. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

10. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

11. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

12. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

13. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

14. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

15. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

16. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

17. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

18. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

19. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

20. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

21. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

22. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

23. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

24. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

25. 2018h 20ml + 10ml de 0,9% NaCl 20ml

Assinatura do Médico

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura do Fisioterapeuta

Assinatura do Nutricionista

Assinatura do Psicólogo

Assinatura do Assistente Social

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Odontólogo

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

14a

40,6 kg

Multitasking / FX wanted a DOS-based +
 TEE engine integrated with the OS-7 file
 system computer (Cronos-7) for use /
 11/20/90 at present integrated to

Paciente	AUSSEN da SILVA, SEBASTIÃO	Alargamento	ISO	Leito		Convênio	
----------	----------------------------	-------------	-----	-------	--	----------	--

Data		Prescrição Médica	motivo	Evolução Médica
03.01.18	1. Neopla no lób. - Post-sec			
	2. TAV 505 475 mm			
	3. TAV 505 475 mm			
	4. TAV 505 475 mm			
	5. TAV 505 475 mm			
	6. TAV 505 475 mm			
	7. TAV 505 475 mm			
	8. TAV 505 475 mm			
	9. TAV 505 475 mm			
	10. TAV 505 475 mm			
	11. TAV 505 475 mm			
	12. TAV 505 475 mm			
	13. TAV 505 475 mm			
	14. TAV 505 475 mm			
	15. TAV 505 475 mm			
	16. TAV 505 475 mm			
	17. TAV 505 475 mm			
	18. TAV 505 475 mm			
	19. TAV 505 475 mm			
	20. TAV 505 475 mm			
	21. TAV 505 475 mm			
	22. TAV 505 475 mm			
	23. TAV 505 475 mm			
	24. TAV 505 475 mm			
	25. TAV 505 475 mm			
	26. TAV 505 475 mm			
	27. TAV 505 475 mm			
	28. TAV 505 475 mm			
	29. TAV 505 475 mm			
	30. TAV 505 475 mm			
	31. TAV 505 475 mm			
	32. TAV 505 475 mm			
	33. TAV 505 475 mm			
	34. TAV 505 475 mm			
	35. TAV 505 475 mm			
	36. TAV 505 475 mm			
	37. TAV 505 475 mm			
	38. TAV 505 475 mm			
	39. TAV 505 475 mm			
	40. TAV 505 475 mm			
	41. TAV 505 475 mm			
	42. TAV 505 475 mm			
	43. TAV 505 475 mm			
	44. TAV 505 475 mm			
	45. TAV 505 475 mm			
	46. TAV 505 475 mm			
	47. TAV 505 475 mm			
	48. TAV 505 475 mm			
	49. TAV 505 475 mm			
	50. TAV 505 475 mm			
	51. TAV 505 475 mm			
	52. TAV 505 475 mm			
	53. TAV 505 475 mm			
	54. TAV 505 475 mm			
	55. TAV 505 475 mm			
	56. TAV 505 475 mm			
	57. TAV 505 475 mm			
	58. TAV 505 475 mm			
	59. TAV 505 475 mm			
	60. TAV 505 475 mm			
	61. TAV 505 475 mm			
	62. TAV 505 475 mm			
	63. TAV 505 475 mm			
	64. TAV 505 475 mm			
	65. TAV 505 475 mm			
	66. TAV 505 475 mm			
	67. TAV 505 475 mm			
	68. TAV 505 475 mm			
	69. TAV 505 475 mm			
	70. TAV 505 475 mm			
	71. TAV 505 475 mm			
	72. TAV 505 475 mm			
	73. TAV 505 475 mm			
	74. TAV 505 475 mm			
	75. TAV 505 475 mm			
	76. TAV 505 475 mm			
	77. TAV 505 475 mm			
	78. TAV 505 475 mm			
	79. TAV 505 475 mm			
	80. TAV 505 475 mm			
	81. TAV 505 475 mm			
	82. TAV 505 475 mm			
	83. TAV 505 475 mm			
	84. TAV 505 475 mm			
	85. TAV 505 475 mm			
	86. TAV 505 475 mm			
	87. TAV 505 475 mm			
	88. TAV 505 475 mm			
	89. TAV 505 475 mm			
	90. TAV 505 475 mm			
	91. TAV 505 475 mm			
	92. TAV 505 475 mm			
	93. TAV 505 475 mm			
	94. TAV 505 475 mm			
	95. TAV 505 475 mm			
	96. TAV 505 475 mm			
	97. TAV 505 475 mm			
	98. TAV 505 475 mm			
	99. TAV 505 475 mm			
	100. TAV 505 475 mm			



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CATEGORIA
3 - NOME DO SECRETÁRIO DE SAÚDE		4 - ENDEREÇO

5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5.1 - NOME DO PACIENTE		6 - DATA DE NASCIMENTO
7 - ENDEREÇO NACIONAL DO PACIENTE		8 - SEXO
9 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL		10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO (Cidade, Av, Bairro)		12 - CID
13 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA		14 - CID DO PACIENTE

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	19 - CID DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CID DO PROCEDIMENTO MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	23 - CID DO PRINCIPAL	24 - CID DO SECUNDÁRIO	25 - CID DO TERCIÁRIO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	27 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	29 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
-----------------------------------	--

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO	
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	42 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

MOD. 017



Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

NOME: ALISSON SILVA SANTOS

IDADE: 11 An

PESO: 60kg

Hipóteses diagnósticas

Diagnóstico	Data de início	Data da resolução
Regredimento do Acidente de Morte		
TIA - 2018		
Hematomas subgástricos - 2018		
Fraturas múltiplas em face		
Intoxicação - 2018		

Procedimentos Invasivos

Tipo de procedimento	Data de inserção	Responsável	Data de retirada
TOT	02/12/17		
AVC - VSD	02/12/17		

Tabela de uso de antimicrobianos

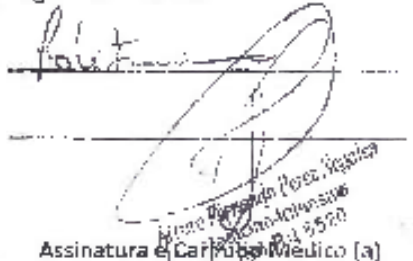
Tipo de antimicrobiano	Data de início	Data do fim	Motivo
Penicilina G	04/12/17		
Levofloxacina	04/12/17		



PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 11/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 12/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 13/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 14/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

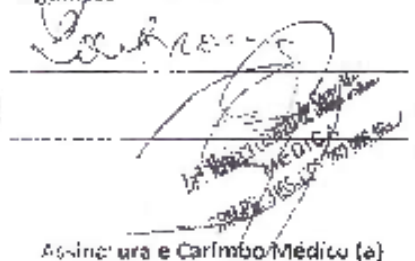
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 15/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

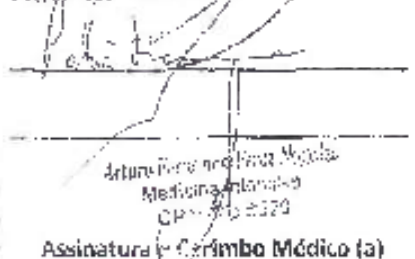
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 16/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 17/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 18/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

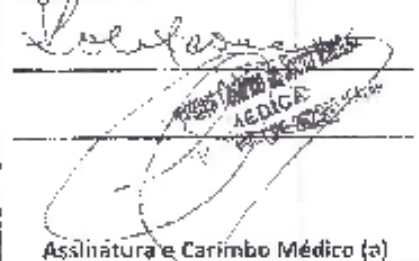
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 11/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 20/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

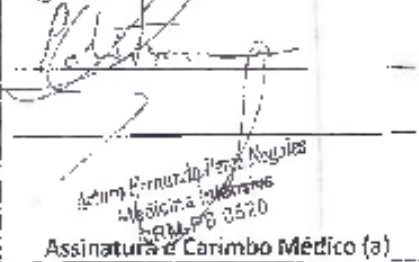
Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 21/12/17

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 1/1

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:


Assinatura e Carimbo Médico (a)



 SUS	Sistema União de Saúde	Nº Inimário da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folhas 1/2

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 2 - CID-10	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESCUTIVANTE 4 - CID-10	

5 - NOME DO PACIENTE 6 - UF DO MUNICÍPIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO	
10 - NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL 11 - TELEFONE DO CONTATO 12 - CID-10	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 14 - CID-10	
15 - LOCAL DE RESIDÊNCIA 16 - CID-10	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
---	--

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR 19 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - CID-10 DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL 23 - CID-10 PRINCIPAL 24 - CID-10 SECUNDÁRIO 25 - CID-10 TERCIÁRIO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 27 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 29 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

32 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO TC e Gine Neurologia e Fisiologia?	
---	--

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 34 - Nº DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 35 - DATA DE SOLICITAÇÃO	

AUTORIZAÇÃO	
36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE 37 - Nº DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE 38 - DATA DE AUTORIZAÇÃO	

MOD. 017



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOW LUIZ GONZAGA FERNANDES

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

NOME: ALISSON DA SILVA SANTOS

SEXO: M

IDADE: 14 ANOS

DATA NASCIMENTO: 10/03/2003

PRONTUÁRIO: 1554270

ADMISSÃO (UTI): 08/12/17

LEITO: 13

ADMISSÃO HOSPITAL: 02/12/17

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1.	POLITRAUMA
2.	TCE GRAVE → LAD/HSD FRONTAL / CONTUSÃO FRONTAL / HEMOVENTRÍCULO
3.	MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE
4.	PO LE (BRANCA?)
5.	PÓS PCR (02/12/17)
6.	PNEUMONIA ASPIRATIVA
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

CONTROLE MEDICAÇÕES

Medicação	Via Administração	Dose	Início	Término
LEVOFLOXACINO	EV	500MG		
CLINDAMICINA 150MG	EV	8/8H		





NOME:	Alisson da Silva Santos	N.º PRONTUÁRIO	
	UTI	ENF.	1501
		LEITO	

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
06.01.18	1ª EVOLUÇÃO PEDIÁTRICA #	
	36 °BIM	
	Idade: 19a. Peso: 40,6 kg	
	HD: Politraumatismo	
	TCS grave + Fr. orómax e osses do face	
	BAV em os frunopates. Óptico pós-TCS?	
	ITU complicada	
	Comunicação por KPC (cultura geo TOT)	
	Em uso de Vancomicina 500mg/kg/d - BID	
	Reg uso de: Levofloxacino - BID	
	Controles: DT= 34°C Restante dos controles não anota	
	dos pela enfermagem.	
	Evolução: Paciente segue internado em leito comum	
	da enfermagem, respirando em ar ambiente, sono	
	e apete perseguidos diurnos e cravicações presentes	
	e fisiológicas. Queixa-se de dor abdominal.	
	Ao exam: CCR consciente, orientado, anxiônico, agi-	
	lístico, normotenso, hidratado e apnéu ao topeu.	
	RCR: RCR em RT, BNF, S1 Sopro	
	AR- MV + em ART, S1 RA	
	ABD: PUA +, cecitig mudeana, pluro flácido, depro-	
	sível, doloroso à palpação superficial e baixo vent	
	tal, S1H: WJOMMELIOS acnéveis.	
	MMII: Sem edema, presença de escorições e S1H,	
	de pressão grom ± em condições de	



NOME		N.º PRONTUÁRIO	
Allisson da Silva Santos			
UTI		ENC.	LEITO
		kel	

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
20/12/17	#EVOLUÇÃO DIÁRIA# • 28° DIH • Inchaço = 14% • Peso = 60 Kg • #HO: Polimiosite - TCE grave: - Fx cefálica e cefaléia da face; - BAV em OE (neuropatia sensorial TCE?); - ITU complicado; - Colostomia por KPC (coluna no estágio de TCE); SEM CECOM: - Vurvaricose 60g/Kg/dia - D53 • INCHAMENTO SÓFIO 12/12L - D4 #CONTROLES: T = 38° no abd. Deixa apresentando PRO INCHAMENTO no PRONTUÁRIO #INVESTIGAR: AVE em MSE #EVOLUÇÃO: Paciente segue em leito isolado, respirando AL, com BAV aumentada de 1000 L/D, com secreção purulenta de FCM Nível 3 (4) e EVOLUÇÃO E SEM NECESSIDADE DE HGT 400 ML. SEM FICHA DA MIA DE 4/6/17. AINDA NÃO DEMONSTRAM AINDA UTILIZAR 24h CONTINUA SINTOMAS E FICHA DE DE COM INCHAMENTO CONTINUA A OPRESSÃO VENTRAL DA PRESSÃO EM CILINDRO DIFERENTE (GRUPO I) SEM QUANTO INCHAMENTO. #EXAME FÍSICO: EGF, CONSCIENTE, EUCARDEO (mas ainda não está ELIPÓDICO, NORMOCARDEO, Hiperóndico / AUSENTE DE TUBO. • AL: MV + HT, SINAIS RA; CERVICAL, FR = 10/10cm SpO₂ = 95% em AL • ACU: Echo em 2T, 3CNA, SI SINAIS, FC = 100bpm - PRONTO: SINTOMAS, RHABD, NÃO TAMB, DEPRESSIVO, COM DOR DESPERTE A PALANCA INCHAMENTO EM NÍVEL SUPERIOR IV ADOLESCENTE SEM VIDA TRIPULANTE. #EXAMINAÇÕES: URACEMIA, TACCA, SEM VIDA. PASSO EM MIA (+/4L) Última em PRONTO em CILINDRO (SI) (GRUPO I)	

$$(r_{\text{max}}, \tilde{r}_{\text{min}}(k))$$


Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 02/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa do contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Coleção extra-axial em região frontal esquerda, medindo 1,1 cm, sugerindo hematoma extradural.
- Múltiplos focos corticais hiperdensos em região frontal bilateral, com halo hipodenso de edema, sugerindo contusões cerebrais hemorrágicas.
- As lesões à esquerda promovem em conjunto compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo, sem desvio das estruturas da linha média.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anatómico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano.
- Presença de fraturas crânio-faciais, conforme descrito abaixo:
 - o No osso frontal existe fratura cominutiva, com afundamento de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte orbital do frontal, etmóide e esfenóide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura oclusiva, com comprometimento dos ossos nasais, seios frontais e parede medial das órbitas.
 - o No seio maxilar direito existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o No seio maxilar esquerdo existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o Na órbita direita existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o Na órbita esquerda existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o No palato duro existe fratura na linha média, sem desalinhamento.
 - o Presença de hemossinus em seios paranasais.

Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega
CRM/PB: 6481

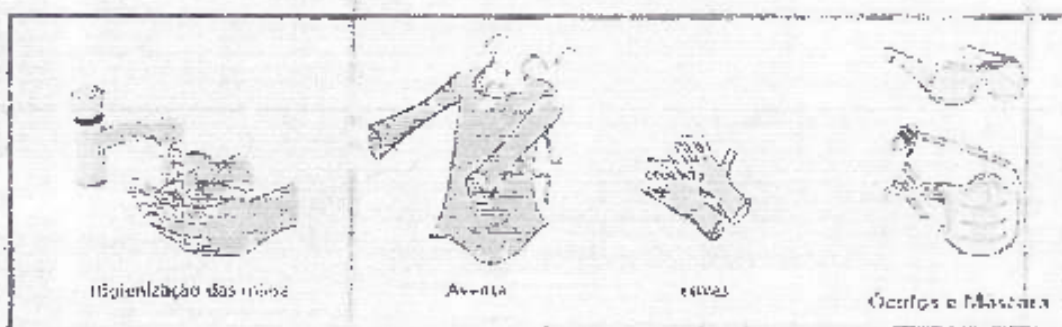




Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

ATENÇÃO! PRECAUÇÕES PADRÃO/CONTATO*



***até a alta hospitalar**

Paciente:

Alisson da Silva Santos

Material coletado: Sec.traqueal

Klebsiella pneumoniae - KPC
(Cepo possivelmente produtora de carbapenemase -
teste de hidrolase positivo)

Obs.: Esta sinalização deve permanecer no prontuário do paciente durante todo o período de sua internação!

Informações e/ou dúvidas: RAMAL - 5867 (CCIH)

Data: 22/12/22

Hospital de Emergência e Trauma
de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Fornecendo assistência integral

Resumo





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Alisson da Silva Santos Idade: _____ anos

Exame: Urg. Ab. Geral Data: 24/11/14

Médico solicitante: _____ Sexo: masculino

RELATÓRIO



FÍGADO: ☒ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☒ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☒ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☒ Normal ☐ Alterado

BACO: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM DIR: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM ESQ: ☒ Normal ☐ Alterado

DEXIGA: ☐ Normal ☐ Alterado



Outras observações:

*com bato
inflado no seu interior.
Ausência de líquido
livre.*

CONCLUSÃO

Dr. Suelio Moreira Torres

Campina Grande, 24/11/2014

Assinatura e Carimbo do Médico

MOD 02





SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
-----	------------------------	---------------------	---	-----------

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NÚMERO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CLASSE	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE		4 - ENDEREÇO	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME DO PACIENTE		6 - NÚMERO DO PACIENTE	
7 - DATA DO NASCIMENTO DE 04/05/2011		8 - DATA DE PROCEDIMENTO	
9 - NÚMERO DA MÃE DO RESPONSÁVEL		10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO DA MÃE DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL		14 - NÚMERO DO MUNICÍPIO	
15 - NÚMERO DO MUNICÍPIO		16 - CID	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - VIGÊNCIA		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MODIFICAÇÃO		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MODIFICAÇÃO	
22 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO		23 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO	
24 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO		25 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
40 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
41 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
42 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
44 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
45 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
46 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
47 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
48 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
51 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
52 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
53 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
54 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
55 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
56 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
57 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
58 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
59 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
60 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
61 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
62 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
63 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
64 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
65 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
66 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
67 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
68 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
69 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
70 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
71 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
72 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
73 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
74 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
75 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
76 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
77 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
78 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
79 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
80 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
81 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
82 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
83 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
84 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
85 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
86 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
87 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
88 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
89 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
90 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
91 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
92 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
93 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
94 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
95 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
96 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
97 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
98 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
99 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
100 - NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

MOD. 017





	Sistema União da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CRES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4 - CRES	
5 - IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE			
6 - NOME DO PACIENTE		7 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	
7 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO (DD/MM/AA)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE (ou do pai)		10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - CID - DOENÇA PRINCIPAL		14 - CID - DOENÇA SECUNDÁRIA	
15 - CID - DOENÇA SECUNDÁRIA		16 - CID - DOENÇA SECUNDÁRIA	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIORMENTE		19 - CID - DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CID - DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		23 - CID - DO PROCEDIMENTO	
24 - CID - DO PROCEDIMENTO		25 - CID - DO PROCEDIMENTO	

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		27 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI COM DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III		30 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CID - DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

36 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE		37 - DATA DE EMISSÃO	
38 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE		39 - DATA DE EMISSÃO	

40 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE		41 - DATA DE EMISSÃO	
42 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE		43 - DATA DE EMISSÃO	

44 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE		45 - DATA DE EMISSÃO	
46 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE		47 - DATA DE EMISSÃO	

MSD. 077





	Secretaria União da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2

Identificação de Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR		2 - CIES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIALIZADO		4 - CIEB

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Silvian da Silva Santos</i>		6 - CIDO PROBL. ABC
7 - DISTRITO NACIONAL DE SAÚDE (DNG)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐
10 - CIDO DA VASO RESPONSÁVEL	11 - TIPO DE CONTATO DO TELEFONE	12 - CIDO
13 - CIDO DO LIT. DE RESPOSTA	14 - CIDO DO LIT. DE MUDANÇA	15 - CIDO

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AMI) -

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ATENÇÃO	19 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	20 - CIDO DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	21 - CIDO DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - CIDO DO PROCEDIMENTO	23 - CIDO DO PROCEDIMENTO	24 - CIDO DO PROCEDIMENTO	25 - CIDO DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TC de exame sem contraste</i>	27 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	28 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	29 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - CIDO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente politraumatizado com TCE grave, portador de fratura bilateral de fêmur. Última TC no dia 02/10/17.

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>ELIZE MORAIS</i>		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO 09/11/17
41 - DOCUMENTO 1 043 1 017	42 - CIDO DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Elize Moraes</i>

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		45 - CIDO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - DATA DE AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO 1 043 1 017	48 - CIDO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - CIDO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

MOD. 017



4.13.

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
1 - Identificação do Estabelecimento de Saúde NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____			2 - DATA: ____/____/____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCLUIRANTE: _____			4 - CID: ____	
5 - Identificação do Paciente A - NOME DO PACIENTE: <u>Alison da Silva Santos</u>			B - Nº DO PROTOCOLO: _____	
6 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____			7 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
8 - TIPO DE MÚLTIPLA RESIDÊNCIA: _____			9 - SEXO: ☒ M ☐ F	
10 - ENDEREÇO COMPLETO: _____			11 - TELEFONE RESIDENCIAL: _____	
12 - QUANTIDADE DE RESIDÊNCIAS: _____			13 - CID: ____	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AM) -----

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		11 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
12 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO		13 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
14 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO		15 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
16 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO		17 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
18 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO		19 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
20 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO		21 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
22 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO		23 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
24 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO		25 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
26 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO		27 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
28 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO		29 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	
30 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO		31 - DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
1 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Tamagnone de Adriano e da Ginevra</i>	2 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
3 - CO-RELAÇÃO DEPENDENTE: SEM CÔRPO DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIO DE ACOMPANHANTE ☐ ÚNICA DE UTÍ TIPO I	4 - ÚNICA DE UTÍ TIPO II
5 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL PROCURADORIA <i>de Defesa do Estado e das</i> <i>das Autarquias Federais</i> 6 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 	7 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
8 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>1112/17</i> 9 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 	10 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

3º DPO L. aporof. explend + estroveramento de lmpa,
2 porcentando ligada entre outros ao USG A24.
Vestir de ducto impetizo? Cisterna de quilo?
Vestir de ducto de urina.

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

000 047



SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
-----	------------------------	---------------------	---	-----------

1 - Identificação do Estabelecimento de Saúde 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CINES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO		4 - CINES	
5 - Identificação do Paciente			
6 - NOME DO PACIENTE ALISSON DA SILVA SANTOS		7 - NOME DO PORTADOR	
8 - CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		9 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO RUA, Nº, BAIRRO		13 - CIDADE	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF	

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ATUAL ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO MORAL POLITRAUMATISMO		23 - CID - 10 PRINCIPAL	
24 - CID - 10 SECUNDÁRIO		25 - CID - 10 SECUNDÁRIO	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC DE CRÂNIO SIMPLES		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
* HED FRONTAL / LAD / HEMOVENTRÍCULO	
* CONTROLE EVOLUTIVO	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ARTURO FERNANDO PEREZ NOGALES	
37 - DOCUMENTO	
38 - NÚMERO DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 2127503238-00	
39 - DATA DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 11/12/2017	

AUTORIZAÇÃO	
40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
41 - DOCUMENTO	
42 - NÚMERO DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
43 - DATA DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SUS	Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
-----	------------------------------	---------------------------	---	--------------

Identificação do Estabelecimento de Saúde		1 - NOME DO ESTAB. LEVANTAMENTO NACIONAL		2 - NOME	
3 - NOME DO ESTAB. LEVANTAMENTO NACIONAL		4 - CATEG		5 - NOME DO PROPRIETÁRIO	
Identificação do Paciente		6 - NOME DO PACIENTE		7 - NOME DO PACIENTE	
8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - DATA DE NASCIMENTO	
11 - ENDEREÇO DO PACIENTE		12 - ENDEREÇO DO PACIENTE		13 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
14 - ENDEREÇO DO PACIENTE		15 - ENDEREÇO DO PACIENTE		16 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		18 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		19 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		20 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR		21 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
22 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR		23 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR		24 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
25 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR		26 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR		27 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
28 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR		29 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR		30 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		31 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		38 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
39 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		40 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		41 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

39 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
TCE grave neuropatia óptica hereditária?? BAV (E) + RFM direito anterior	

PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
43 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		44 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
45 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		46 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
47 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		48 - DATA DE SOLICITAÇÃO	

PAGE: 017



Ficha de Acolhimento

Nome:	Alexsandro de Silva Brito		
End:	Sítio	Cuca	Bairro: São João
Data de Nascimento:	16-03-03	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid. de	Data do Atendimento:	02-10-13 Hora: 05:15 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúteis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGI:	Mucosas: () Normocorada () Pépida
Desambolgação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

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

() Amarelo - atendimento até 4 horas
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOF. 110

H.T.G. Zingales, D.T. Scharfstein

**IL GOVERNO
LA PARABOLA**

Page 18 of 24

Page 18 of 24

ACIDENYE DE LABALHO; NHO
DATA: 27/10/2019 HORA: 09:17:02

ESPECIALLY FOR THE CLERICAL PERSONNEL

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

SIGNALS WITHIN
HWT: SAT 02: PM TEMP: FC: HR: PERSO:

```
DIABETES (JSMN) INJND HAS (JSMN) (X INJND
DEF.MOIOBA (JSMN) INJND
```

ALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO: NADA
ESTADO GERAL: BOM
AVANÇADO NEUROLÓGICA

```
{ } CONVICÇÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
{ } DESORIENTADO { } AGITADO (X) COMEÇATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) ABÚLICO
{ } IRRITADO ( ) DUBITAÇÃO DE FÉ E DE FIDELIDADE
```

SYNOPSIS

```
( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) TENDINTEMA
( ) TUBERCULOSE ( ) DERMATITE ( ) TUBERCULOSE ( ) ALERGIA ( ) DISTÚRBIO
( ) ANEMIA ( ) FLEBITE ( ) DOENÇA ( ) ALERGIAS ( ) ALERGIAS ( ) ALERGIAS
( ) EPIDERMITE ( ) CONDIÇÃO ( ) MELHORA ( ) DISTÚRBIO ( ) DISTÚRBIO
```

ESCALA DE DOK:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

COH-2012-005 SINAM - 12/15

HORA PA	TEMP FL	FH	DURKEE	ASSINATURA	BO
				ENFERMEIRO COREN	

ASTINATURA
DIURESE
ENFERMEIRO/COREM

EN-EMERGENCY

TORREZ, VÍCTOR IGNACIO
ENFERMEIRA
CORREIO-PB 287-537

10.1.1 <https://doi.org/10.1016/j.jmb.2019.05.001>

10



Nome do Paciente <u>Almon de Jesus Santos</u>		Nº Prontário	
Data da Operação <u>01/12/2023</u>	Enl.	Leito	
Operador <u>Evelton Farias</u>	1º Auxiliar <u>André Moraes</u>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesiado <u>sem cateter</u>	Tipo de Anestesia <u>sem cateter</u>		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Politraumático - fratura de fêmur e de tíbia</u>			
Tipo de Operação <u>laparotomia exploradora</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>paciente sem sangramento ativo no inventário</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação <u>na lavagem</u>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica • Ligaduras • Drenagem • Sutura • Material Empregado • Aspecto Visceral
- Anest. + Antim. - - Colapso do abd. - - Lavagem abdominal - - Inspeção - - Fígado - - Pâncreas - - Baço - - Intestino - - Uterus - - Vagina - - Colo - - Reto - - Proctostomia - - Anus - - Testículos - - Penis - - Glândulas - - Linhas - - Artérias - - Veias - - Nervos - - Ossos - - Músculos - - Tecidos - - Sangue - - Urina - - Fezes - - Sinais - - Estado - - Conclusão - - Assinatura - - Data -

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Hospital de Emergência e Trauma de Carimã Grande
PRONTO-SOLUÇÃO DE ATENDIMENTO

Nome: _____
 Data: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 VMA: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Carimã Grande
PRONTO-SOLUÇÃO DE ATENDIMENTO

Nome: _____
 Data: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 VMA: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Carimã Grande
PRONTO-SOLUÇÃO DE ATENDIMENTO

Nome: _____
 Data: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 VMA: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Carimã Grande
PRONTO-SOLUÇÃO DE ATENDIMENTO

Nome: _____
 Data: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 VMA: _____

Hospital de Emergência e Trauma de Carimã Grande
PRONTO-SOLUÇÃO DE ATENDIMENTO

Nome: _____
 Data: _____
 Motivo: _____
 TCE: _____
 VVA: _____
 VMA: _____





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

Paciente: Allison da Silva Santos

Data do Exame: 24/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio e Órbitas

Técnica:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a injeção endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE

Análise:

- Hipotenuação do espaço basal dos lobos frontais por edema/liquor.
- Trajeto com atenuação semelhante à do LCR (encefalomalácia) estendendo-se desde a cortical do lobo frontal esquerdo até o nível do cornu frontal do ventrículo lateral esquerdo.
- Pequena quantidade de material hemático depositado no cornu occipital do ventrículo lateral esquerdo.
- Discreta proeminência do espaço extra-axial bifrontal.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anômalo das cisternas basais.
- Fratura cominutiva do nariz frontal acometendo os seios frontais e estendendo-se às paredes mediais e laterais das órbitas, parede lateral da órbita esquerda, células etmoidais, osso nasal, paredes dos seios maxilares e processo alveolar da maxila.
- Globos oculares simétricos e de dimensões normais, contornos regulares e bem definidos, não havendo evidências de lesões intra-oculares.
- Nervos ópticos simétricos, de calibre e curso naturais.
- Gordura retro-bulbar preservada.
- Musculatura extrínseca sem alterações detectáveis.


 Dr. Arquimedes B. Lira CRM: 7197
 Méd. em Radiologia



Paciente: Alisson da Silva Santos

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada do Abdomen Total

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a injeção endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Indicação: Trauma abdominal fechado.

Análise:

- Pequena quantidade de líquido livre peri-hepático, peresplênico e na escavação pélvica.
- Atenuação e volume normal do fígado.
- Bazo de atenuação homogênea e dimensões normais.
- Vesícula biliar de topografia normal, conteúdo homogêneo.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais.
- Bexiga de forma, volume, contornos e situação normais.
- Alças delgadas e colônias de cecum e distribuição habituais. Apêndice cecal de aspecto tomográfico preservado.
- Arterial e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Planos musculares sem modificações patológicas identificáveis.
- Elementos ósseos sem alterações patológicas perceptíveis ao método.
- Nos cortes oblíquos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos posteriores dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.

Impressão Diagnóstica:

Pequena quantidade de líquido livre abdominal.

- Nos cortes oblíquos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos posteriores dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.


Dra. Vilena Vega
Médica Radiologista
CRM 10.9517



Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

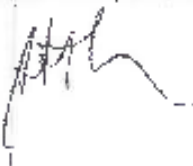
Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Coleção extra-axial em região frontal esquerda, medindo 0,4 cm, sugerindo hematoma extradural. Múltiplos focos corticais hiperdensos em região frontal bilateral, com halo hipodenso de edema, sugerindo contusões cerebrais hemorrágicas.
- Foco hiperdenso em topografia do núcleo caudado a esquerda, sem efeito de massa, sugerindo hemorragia intraparenquimatosa.
- As lesões à esquerda promovem em conjunto compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo, sem desvio das estruturas da linha média.
- Sinais de herniação de parênquima cerebral do lobo frontal esquerdo, para células aracnóides.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais, notando-se material hiperdenso no interior dos ventrículos laterais, sugerindo material hemático.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anômico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano.
- Presença de fraturas crânio-faciais, conforme descrito abaixo:
 - o No osso frontal existe fratura cominativa, com profundamento de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte medial do frontal, etmóide e esfenóide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura cominativa, com comprometimento dos ossos nasais, seios frontais e parede medial das órbitas.
 - o No seio maxilar direito existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-esfemática.
 - o No seio maxilar esquerdo existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-esfemática.
 - o Na órbita direita existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o Na órbita esquerda existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o No palato duro existe fratura na linha média, sem desalinhamento.
 - o Presença de hemossinus em seios paranasais.

Dr. Arthur José Ventura da Mota
CRM/PR: 6481



Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS
Data do Exame: 08/12/2017
Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os crânios tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

Laudo comparado com o do dia 03/12, tendo as seguintes alterações em relação ao mesmo:

- Acentuada redução da coleção hemática extra axial frontal esquerda, medindo cerca de 0,3 cm no atual estudo.
- Hemovertebral, sem dilatação ventricular relevante.
- Demais achados sem alterações relevantes em relação ao estudo prévio.

Dr. Ygor Barbosa
Médico Radiologista
CRM 7160





Dra. Sonaly de Fátima Cavalcanti CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF - Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Lórense - 415
TJPB - Habilitada para realizar Perícias DPVAT

LAUDO CINESICO FUNCIONAL

Alisson da Silva Santos

Rua. Sítio Lagoa, Santo André, Zona Rural, Santo André, PB

Descrição da vítima: acidente de moto x moto em 02 de dezembro de 2017.
Socorrido para Hospital de Trauma de Campina Grande, PB.

Apresentando: politraumatizado grave (TCE, fratura na face)

Tratamento: cirúrgico, suturas.

Sequela apresentada ao exame físico:

TCE/ Face

- Estética comprometidas com suturas visíveis
- arcádia dentária comprometida
- Comprometimento da audição
- Anticonvulsivo
- Desequilíbrio
- Cefaleia constante
- Tontura
- Deficit de atenção
-

Conclusão: Sequela definitiva em grau moderado em 90% comprometendo a estética facial, audição, sistema nervoso central.

Campina Grande, 05 de fevereiro de 2020

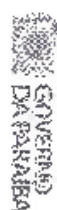
Sonaly de Fátima Cavalcanti
Dra. Sonaly de F. Cavalcanti
 CREFITO 6637 ABFF 145

Suelio Moreira Torres
Fisio-Perita - CREFITO 0037

Campina Grande, PB. Cel.83.9 8801 8127/9 96208645 e mail: suelio@hotmail.com



02/12/2017

GOVERNO
DO PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENÇÃO URGÊNCIA

PRONTUÁRIO Nº 1554270

CLASS. RISCO: VERMELHO

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM 18/12/2017

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. M.A. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Carajás Grande - PA, CEP: 66412-805

Data: 02/12/2017

Paciente: ALISSON DA SILVA SANTOS

Assistente: Suelio Moreira Torres

Nascimento: 10/03/2003

Endereço: LAGOA

Telefone: 900410698

Data: 02/12/2017

Cidade: Santo André

Idade: 14

Sexo: F

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Responsável: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 900410698

Data de Nascimento: 02/12/2017

Endereço: LAGOA

Idade: 14

Sexo: F

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Endereço: LAGOA

Idade: 14

Sexo: F

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

Nome da Mãe: JACILENE PANJARI DA SILVA

RG: 924

CPF: 900410698

H-TTC-Form-Adm-Int-Saúde

EXAME PRIMÁRIO

Paciente: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data: 02/12/2017

Local: LAGOA

Exame: TOMOGRAFIA

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

Realizada por: Suelio Moreira Torres

Realizada em: 18/12/2017

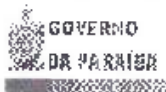


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2023 10:39:50

https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100910394937300000075681810

Número do documento: 23100910394937300000075681810

Num. 80416254 - Pág. 140



Paciente: Alisson da Silva Santos
Data do Exame: 24/12/2017
Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio e Órbitas

Técnica:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Hipotenuação do aspecto basal dos lobos frontais por edema/gliose.
- Trajeto com atenuação semelhante à do LCR (encefalomalácia) estendendo-se desde a cortical do lobo frontal esquerdo até o nível do cornu frontal do ventrículo lateral esquerdo.
- Pequena quantidade de material hemático depositado no cornu occipital do ventrículo lateral esquerdo.
- Discreta proeminência do espaço extra-axial bifrontal.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Fratura contínua do osso frontal acometendo os seios frontais e estendendo-se às paredes mediais e tetos das órbitas, parede lateral da órbita esquerda, células etmoidais, osso nasal, paredes dos seios maxilares e processo alveolar da maxila.
- Globos oculares simétricos e de dimensões normais, contornos regulares e bem definidos, não havendo evidências de lesões intra-oculares.
- Nervos ópticos simétricos, de calibre e curso habituais.
- Gordura retro-bulbar preservada.
- Musculatura extrínseca sem alterações detectáveis.

Dr. Arquimedes B. Lima CRM: 7197
Médico Radiologista





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

Paciente: Alisson da Silva Santos

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Abdome Total

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a injeção endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Indicação: Trauma abdominal fechado.

Análise:

- Pequena quantidade de líquido livre peri-hepático, periesplênico e na escavação pélvica.
- Atenuação e volume normais do fígado.
- Baço de atenuação homogênea e dimensões normais.
- Vesícula biliar de topografia normal, conteúdo homogêneo.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais.
- Bexiga de forma, volume, contornos e situação conservados.
- Alças delgadas e colônicas de calibre e distribuição habituais. Apêndice cecal de aspecto tomográfico preservado.
- Aorta e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Planos musculares sem modificações patológicas identificáveis.
- Elementos ósseos sem alterações patológicas perceptíveis ao método.
- Nos cortes obtidos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos pendentes dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.

Impressão Diagnóstica:

- Pequena quantidade de líquido livre abdominal.
- Nos cortes obtidos do tórax observa-se atelectasia dos segmentos pendentes dos lobos inferiores e pequeno derrame pleural à esquerda.


Dra. Maria Valga
Médica Radiologista
CRM-PE 9117



Paciente: ALISON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 11/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Coleção extra-axial em região frontal esquerda, medindo 0,4 cm, sugerindo hematoma extradural.
- Múltiplos focos corticais hiperdensos em região frontal bilateral, com halo hipodenso de edema, sugerindo contusões cerebrais hemorrágicas.
- Foco hiperdenso em topografia do núcleo caudado à esquerda, sem efeito de massa, sugerindo hemorragia intraparenquimatosa.
- As lesões à esquerda promovem, em conjunto compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo, sem desvio das estruturas da linha média.
- Sinais de herniação de parênquima cerebral do lobo frontal esquerdo, para células etmoidais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais, notando-se material hiperdenso no interior dos ventrículos laterais, sugerindo material hemático.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano.
- Presença de fraturas crânio-faciais, conforme descrito abaixo:
 - o No osso frontal existe fratura cominutiva, com afastamento de 1,0 cm à esquerda, se estendendo para a base do crânio, comprometendo parte orbital do frontal, etmóide e esfenóide.
 - o Na região fronto-nasal existe fratura cominutiva, com comprometimento dos ossos nasais, seios frontais e parede medial das órbitas.
 - o No seio maxilar direito existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o No seio maxilar esquerdo existe fratura na sua parede anterior, medial e latero-posterior, com discreto desalinhamento nesta última topografia. Nota-se extensão para o assoalho da órbita e comprometimento da junção maxilo-zigomática.
 - o Na órbita direita existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o Na órbita esquerda existe fratura na parede medial, teto e assoalho. Ausência de herniação do conteúdo orbitário.
 - o No palato duro existe fratura na linha média, sem desalinhamento.
 - o Presença de hemossinuses em seios paranasais.

Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega
CRM/PB: 6481



Atendimento: 201909444092

Paciente: ALISSON DA SILVA SANTOS

Médico Solicitante: MARCELO DA COSTA

Idade: 16 anos

Data: 03/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Aparente insinuação do conteúdo da região frontal esquerda para o interior das células etmoidais e cavidade orbitária esquerda. Conveniente correlação com dados clínicos e, a critério clínico prosseguimento do estudo com RM ou TC contrastada.

Desvio do septo nasal para a direita.

Pneumatização das lamelas verticais bilaterais.

Leve hipertrofia das conchas nasais inferiores, associada a espessamento do revestimento mucoso das paredes das fossas nasais.

Conteúdo hipodenso preenchendo a totalidade do seio maxilar direito, com septações de perneio.

Espessamento do revestimento mucoso dos seios frontais, maxilar esquerdo, células etmoidais.

Como variante anatômica da normalidade observa-se expansão do seio esfenoidal para o interior.

Trajetória das artérias carótidas internas insinuando-se nas paredes dos seios esfenoidais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi gerado em 03/09/2019 21:31


Dra. Danielle C. S. Pereira
CRM: 6088 - PB

HOSPITAL METROPOLITANO DOM JOSÉ PIRES
RUA ROBERTO SANTOS CORREIA, S/N - BAIRRO VÁRZEA NOVA
SANTA RITA-PB - CEP: 58219-000





Atendimento: 201900544778

Idade: 16 anos

Paciente: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data: 08/12/2019

México Solicitante: BELMIRO PINTO B NETO

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA FACE

Foram realizadas sequências Sagital T1, Axial T1, Axial T2, Coronal T2 com supressão de gordura. Foi realizada análise conjunta com o estudo tomográfico computadorizado prévio do dia 18/04/19, deste serviço. Artefatos de movimentos degradaram as imagens obtidas e limitaram a análise.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

Alterações pos-cirúrgicas no teto da órbita e no seio frontal à esquerda.

Área de encefalomalácia gliose frontal bilateral, com dilatação compensatória dos cornos frontais dos ventrículos laterais.

Descontinuidade da lâmina crivosa e da lâmina papirácea à esquerda, com aparente insinuação de conteúdo intracraniano (líquorico e da área de encefalomalácia acima descrita).

Desvio sinuoso do septo nasal.

Espessamento mucoso em células etmoidais e seios maxilares.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 15/12/2019 08:22

Dr. Eduardo W. R. D. de Arruda
CRM: 8822 - PB

HOSPITAL METROPOLITANO DGM JOSÉ PIRES
RUA ROBERTO SANTOS CORREIA, S/N - BAIRRO: VARZEA NOVA
SANTA RITA-PB - CEP: 58319-000



Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda.

Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69

RUA RODRIGUES ALVES 1580 -BODOCONGÓ CEP:58429-145 CAMPINA GRANDE-PARAÍBA Fone: 83 3333-3000

WinAudio (#WAUD1218359)

Avaliação Audiológica

Emissão: 25/11/2019

Funcionário/Paciente: ALISSON DA SILVA SANTOS

Data do Exame: 25/11/2019

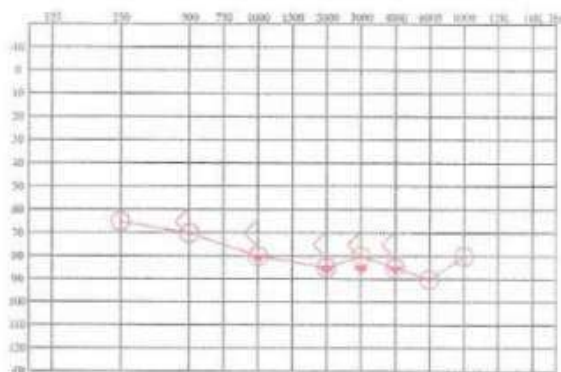
Idade: 16 anos e 8 mes(es) Sexo: Masculino

Tipo Consulta: Particular

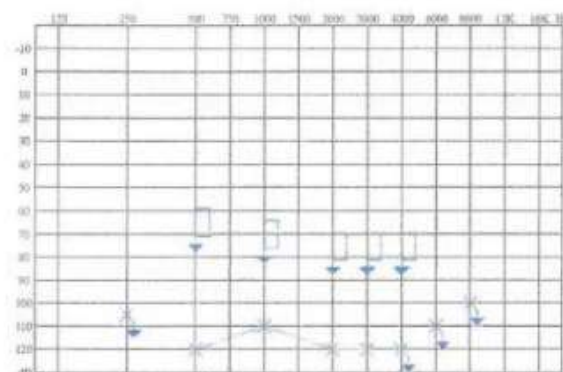
Audiômetro: BETA 6000 (Última Aferição: 02/08/2019)

AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA



Mascaramento (em dB)

	VA		VO		LOGO
	Min	Max	Min	Max	Quant
OD					
OE					

PARECER AUDIOLÓGICO

Perda auditiva sensorioneural de grau severo na OD e grau profundo na OE.

CRF#: 12353 Raianny Medeiros do Nascimento

Este Software está licenciado para: Clínica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2023 10:39:50

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100910394937300000075681810>

Número do documento: 23100910394937300000075681810





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.236.546	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	09/04/2015
NOME	JACILENE JANUÁRIO DA SILVA			
FILIAÇÃO SEBASTIÃO JOSÉ JANUÁRIO GENILDA DA SILVA				
NATURALIDADE	GURJÃO-PB		DATA DE NASCIMENTO	06/11/1987
COM ORIGEM NASC.N.1175 FLS.101 LIV.02-A CARTÓRIO SANTO ANDRÉ-PB.				
CPF	069.635.644-93			
Insc. Pessoa - Pb				
ASSINATURA DO LOCALE				
LEI Nº 7.116 DE 29/04/83				

