

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2017

Carta nº: 10943492

A/C: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170242685 ASL-0161186/17

**Vitima:** LEONARDO DE SOUSA RUFINO

**Data Acidente:** 23/12/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** EDIVANIA CORDEIRO DE SOUSA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2017

Carta nº: 10943498

A/C: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170242685 ASL-0161186/17**

**Vitima: LEONARDO DE SOUSA RUFINO**

**Data Acidente: 23/12/2016**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador: EDIVANIA CORDEIRO DE SOUSA**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **26/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta nº: 11219350

A/C: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

**Sinistro:** 3170242685 ASL-0161186/17  
**Vítima:** LEONARDO DE SOUSA RUFINO  
**Data Acidente:** 23/12/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EDIVANIA CORDEIRO DE SOUSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta n°: 11423991

A/C: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

Sinistro: 3170242685 ASL-0161186/17  
Vitima: LEONARDO DE SOUSA RUFINO  
Data Acidente: 23/12/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDIVANIA CORDEIRO DE SOUSA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Leonardo de Souza Rufino

PORTADOR(A) DO RG N° 4.064.300

EXPEDIDO POR IPC - PR

EM 19/06/2012

CPF 118075894-39 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO Conferente  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Leonardo de Souza Rufino. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL (atenção para o limite de movimentação financeira mensal);
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3857 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 87041-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

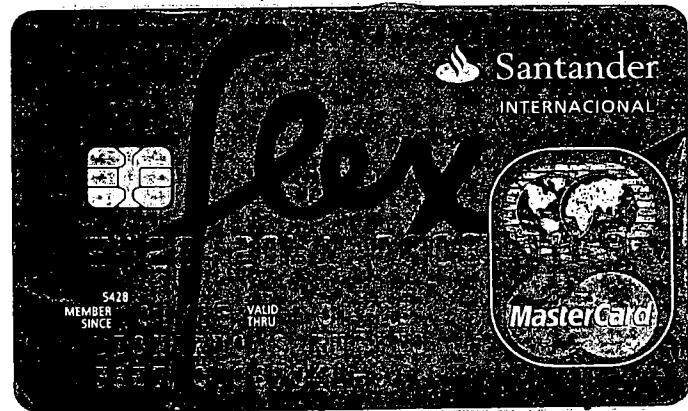
João Pessoa, 25 de Abril  
 LOCAL E DATA

de 2017

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvtsegurodotransito.com.br](http://www.dpvtsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SABEMI SEGURADORA S/A

26 ABR 2017

RECEBIDO



Seguradora Líder · DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Leonardo de Sáua RufinoPORTADOR(A) DO RG Nº 4.064.300EXPEDIDO POR SSD51PBEM 19/06/2012CPF 118075894-39 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO conferente

E RENDA MENSAL DE R\$ nenhum (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Leonardo de Sáua Rufino. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta e o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**SABEM SEGURO DA SIA**

20 JUN 2017

**RECEBIDO**

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3857 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 03-087041-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pedro, 02 de junho de 2017  
LOCAL E DATA

Leonardo de Sáua Rufino  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXAS ELETRONICOS SANTANDER  
EXTRATO DE CONTA CORRENTE - 7 DIAS

07/06/2017 14:41:55 - DATA CONTABIL: 07/06/2017

LOCAL: 033.4188 - J.PESSOA.C

TRANSACAO: 0664648 TERMINAL: 0000155

LEONARDO DE SOUSA RUFINO CARTAO: 7169  
BANCO: 033 AGENCIA: 3857 CONTA: 01-087041-6

SALDOS

SALDO CONTAMAX

MASTER 10 D S/ JUROS

TAXA DE INADIMPLENCIA	15,35%AM
TAXA DE MORA	1,00%AM
MULTA	2,00%AM

LANCAMENTOS PENDENTES E FUTUROS

DIA DO CTO. HISTORICO	VALOR
-----------------------	-------

JUNHO/2017

07 00000 RECUPERACAO  
CREDITO EM ATRASO

INFORMACOES PARA SIMPLES CONFERENCIA,  
ATUALIZADAS ATÉ DATA E HORA ACIMA E  
SUJEITAS A ALTERACOES.

CONTE COM O CREDITO PESSOAL. LIBERACAO DO  
DINHEIRO NA HORA. SAIBA MAIS E CONTRATE NO  
CAIXA ELETRONICO INTERNET BANKING OU APP  
SANTANDER. SUJEITO A ANALISE DE CREDITO.

SABEMI SEGURADORA S/A  
20 JUN 2017  
RECEBIDO

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01433.01.2016.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01433.01.2016.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 28 dias do mês de Dezembro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **ROBERTA GOUVEA NEIVA ALMEIDA**, comigo, **Alinne Mangueira Lima de Assis**, Agente De Investigacao, às 16:33 horas, compareceu **EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão CUIDADORA, naturalidade João Pessoa/Paraíba, data de nascimento 15 de Janeiro de 1976, idade 40, filiação SEVERINA CORDEIRO DE SOUSA e HELIO FRANCISCO DE SOUSA, Documento - CPF: 066.868.084-90, RG: 1961558 SSDS/PB, residente RUA AILTON MEDEIROS DE MORAIS[NÃO INFORMADO], complemento QUADRA 69 - APTO 102 - BLOCO 07, GRAMAME, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98744-0559.

**Dados dos Fatos:**

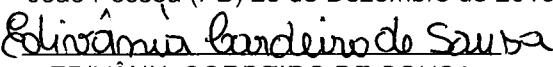
(1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: MARTINS DISTRIBUIDORA, Distrito Industrial, João Pessoa - PB; Tipo do Local: ESTABELECIMENTO COMERCIAL (LOJA, SUPERMERCADO, ETC); Data/Hora: 28/12/16 09:00

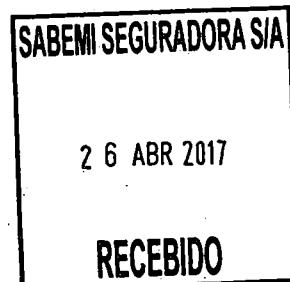
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

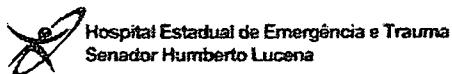
Veio relatar que seu filho de nome LEONARDO DE SOUSA RUFINO (RG 4.064.300 SSDS/PB) sofreu um acidente de trânsito no dia 23/12/2016 às 23h próximo a feira de Oitizeiro, nesta, QUE seu filho estava a caminho do trabalho, QUE o mesmo teve ferimentos e foi socorrido para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta, e no dia 26/12/2016 foi transferido para o Hospital da UNIMED, nesta, onde encontra-se internado até a presente data sem previsão de alta médica, aguardando cirurgia.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

  
Alinne Mangueira Lima de Assis  
Agente De Investigacao

João Pessoa (PB) 28 de Dezembro de 2016  
  
EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA  
Noticiante





ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 969633



Identificação do paciente				
ID 1120026	Nome LEONARDO DE SOUSA ROFINO			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/12/1995	Idade 21 anos 4 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EDVANIA CORDEIRO DE SOUSA	Pai			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 98440559	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência BAIRRO SAO JOSE	Tipo BAIRRO UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58034520	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DO RIO	
Número SN	Complemento	Bairro SÃO JOSÉ		
Admissão				
Data e Hora 24/12/2016 00:29:59	Número da pulseira 1000004207962	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X _____ mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS				CID
				Tempo 04min 34seg

Imprimir

SABEMI SEGURADORA S/A

26 ABR 2017  
RECEBIDO

**SABEMI SEGURADORA S/A**

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil

1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência

20 JUN 2017

**RECEBIDO**



**POLÍCIA  
CIVIL  
P A R A I B A**

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01433.01.2016.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01433.01.2016.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:28 horas do dia 28 de dezembro de 2016, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Maria Iva de Sousa Vieira, Agente de Investigacao, matrícula 1819763, ao final assinado, compareceu **EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA**, RG nº 1961558 SSDS/PB, CPF nº 066.868.084-90, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão CUIDADORA, filho(a) de SEVERINA CORDEIRO DE SOUSA e HELIO FRANCISCO DE SOUSA, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 15/01/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) RUA AILTON MEDEIROS DE MORAIS, complemento QUADRA 69 - APTO 102 - BLOCO 07, bairro Gramame, tendo como ponto de referência IG, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98744-0559.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: MARTINS DISTRIBUIDORA, IG, João Pessoa/PB, bairro Distrito Industrial; Tipo do Local: estabelecimento comercial (loja, supermercado, etc); Data/Hora: 28/12/16 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Veio relatar que seu filho de nome LEONARDO DE SOUSA RUFINO (RG 4.064.300 SSDS/PB) sofreu um acidente de trânsito no dia 23/12/2016 às 23h próximo a feira de Oitizeiro, nesta, QUE seu filho estava a caminho do trabalho, QUE o mesmo teve ferimentos e foi socorrido para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta, e no dia 26/12/2016 foi transferido para o Hospital da UNIMED, nesta, onde encontra-se internado até a presente data sem previsão de alta médica, aguardando cirurgia.

**ADENDO(S):**

Que na data 06/06/2017, à(s) 15:25 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A noticiante declara que seu filho Leonardo de Sousa Rufino no dia do acidente acima descrito estava pilotando a motocicleta de placa OEX 3191/PB, que estava na faixa da direita e passou para a faixa da esquerda momento em o carro da frente parou e seu Filho Leonardo de Sousa Rufino colidiu na traseira do carro , e o condutor do carro se evadiu local.. Adendo registrado por: Maria Iva de Sousa Vieira, Agente de Investigacao, matrícula: 1819763.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de junho de 2017.

\_\_\_\_\_  
MARIA IVA DE SOUSA VIEIRA  
Agente de Investigacao

\_\_\_\_\_  
EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA  
Noticiante



### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Leonardo de Souza Rufino, portador da carteira de identidade nº 4.064.300 e inscrito no CPF/MF sob o nº 118.075.894-39, residente e domiciliado na Rua João Galdino da Silva, nº 33 - Bruto, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ~( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

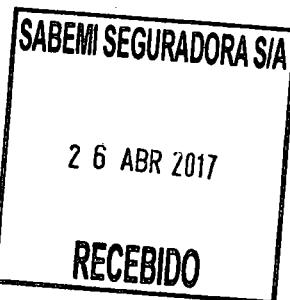
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 25 de abril de 2017

Local e data

Leonardo de Souza Rufino

Assinatura do declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

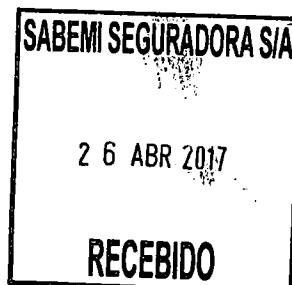
## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 612/085, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 154575, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **LEONARDO DE SOUSA RUFINO** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 23/12/2016 na Av. Cruz das Armas, Bairro: Oitizeiro - João Pessoa, aproximadamente as 23:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital da UNIMED.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 09 de Janeiro de 2017.

**Jefferson da Rocha Augusto**  
Estatístico  
CRE/5º Período 1017  
**Jefferson da Rocha Augusto**  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
**SAMU 192 JP**





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leonardo de Sousa Rufino

RG nº 4.064.300, data de expedição 19/06/2012 Órgão IPC-PB,

CPF nº 118.075.894-39, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Galdino da Silva</u>
Número	<u>33</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Brasília</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58071-090</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98661-2975, (83) 99944-9982</u>
E-mail	<u>(83) 98684 - 9714</u>

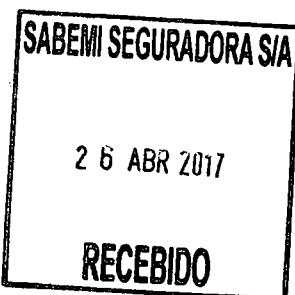
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

João Pessoa, 25/04/2017

Assinatura do Declarante:

Leonardo de Sousa Rufino



JOSEANE PEREIRA  
RUA JOAO GALDINO DA SILVA, 33 - CRISTO REDENTOR  
JOAO PESSOA/PB CEP: 58071-080 (AG: 1)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO  
Roteiro: 16 - 2 - 589 - 2780  
Nº medidor 00008197068

energisa  
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080  
CNPJ 09.985.183/0001-40 Insc Est 16.015.223-U  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N 001.197/3  
00010051984

www.energisa.com.br  
19-6

Até  
Co  
Apt  
3  
28/11/2016  
Data prevista da  
próxima leitura

www.energisa.com.br  
8306900000024-709901490003  
100516920160-17000200198

28/11/2016 com custo de geração mais cara

27/12/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura 421 325

27/10/16 2019/2 28/11/16 20813 1

**Faturas em atraso**

**Demonstrativo**

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo ate 30KWh-BR	30	0,16093	4,81
Consumo 31 a 100KWh-BR	70	0,26823	18,07
Consumo 101 a 320KWh-BR	120	0,38736	48,48
Consumo acima de 320KWh-BR	201	0,43040	88,51
Adic. B Amarela			4,74
Subsídio			30,58
ICMS			71,78
PIS			0,57
COFINS			2,82

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIB SERV.ILUM PÚBLICA	11,16
JUROS DE MORA 09/2016	2,25
MULTA 08/2018	4,85
PARCELAMENTO DE DÉBITO 81/100	23,37
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2016	0,28
Devolução Subsídio	30,58

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	285,87	27,00	71,78
PIS	285,87	0,2163	0,57
COFINS	285,87	0,0881	2,62

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR** R\$ 276,99

Média dos últimos meses

958 kWh

05/12/2016

RESERVADO AO FISCO

be70.5c7c.f248.32cb.19a9.78aa.d7e3.98f8.

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	58,91	21,26
Compre de Energia	74,21	26,79
Serviço de Transmissão	4,04	1,46
Encargos Sistêmicos	23,16	8,36
Impostos Diretos e Encargos	83,31	33,69
Outros Serviços	23,37	8,44
<b>Total</b>	<b>276,99</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref. 9/2016) R\$70,05

Indicadores de Qualidade 9/2016 - Cristo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,43	0,00	
DIC TRIMESTRAL	10,88		NOMINAL
DIC ANUAL	21,73		220
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	6,87		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	13,95		202
DMIC	3,11	0,00	LIMITE SUPERIOR
DICRI	12,22		231

**ATENÇÃO**

SABEMI - SEGURADORA S/A

REAVISO: Caso(s) fatura(s) acima constante(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 19/12/2016. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mês não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JA REAVISADAS, para estas não haverá recimento poderá ocorrer a qualquer momento ate o decurso do prazo de 20 dias para a data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Então a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento

foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$30,58

**RECEBIDO**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edirânia Boredeiro de Souza,

RG nº 1.961.558, data de expedição 21/11/2011 Órgão SSP/PB,

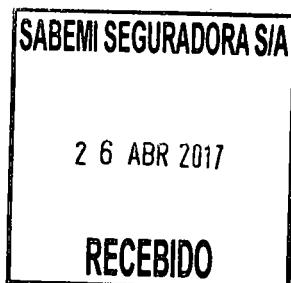
CPF nº 066.868.084-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Ailton Boredeiro de Moraes</u>
Número	<u>S/N Q. 69</u>
Apto / Complemento	<u>BLO 04 - APT. 102</u>
Bairro	<u>Colinas do Sul</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58068-390</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99744-0559</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25 de abril de 2017.

Assinatura do Declarante: Edirânia Boredeiro de Souza



SEVERINA CORDEIRO DE SOUZA  
 RUA ALTON MEDEIROS DE MORAIS S/N, 069 BL/07 AP 102 - GRAMAME  
 JOÃO PESSOA / PB CEP: 58068390 (AC2-1)

Classe/Subcls RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO  
 Roteiro 1-2-901-3668 Referencia Abr/2016  
 N° medidor 00008356371 Emissao 04/04/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
 B1230, Km 25, Cristo Redentor, João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
 CNPJ 09.086.183/0001-40, Ins Est 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 000 063 894  
 Código para Débito Automático: 000 06765332

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisab.com.br

Conta referente a Abr / 2016 UC (Unidade Consumidora): 5/1576533-2  
 Canal de contato

Apresentação 04/04/2016  
 Data prevista da próxima leitura: 04/05/2016

CPF/ CNPJ/ RANI 5454608494  
 Insc. Est: 147/31

Faturas em atraso  
 11/03/2016 131,18  
 10/07/2014 44,44

CPF/ CNPJ/ RANI	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
5454608494	6873	7020	147	31	

Demonstrativo  
 Descrição Quantidade Preço Valor (R\$)  
 Consumo em kWh 147 0,41817 61,47  
 Adic. B. Amarela 1,92  
 ICMS 24,51  
 PIS 0,51  
 COFINS 2,36

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS  
 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA 13,83

Histórico de Consumo (kWh)  
 Mar/16 177  
 Fev/16 126  
 Jan/16 179  
 Dez/15 136  
 Nov/15 167  
 Out/15 178  
 Set/15 183  
 Ago/15 155  
 Jul/15 181  
 Jun/15 164  
 Mai/15 156  
 Abr/15 134

BASE DE CALCULO ALIQUOTA VALOR R\$  
 ICMS 90,77 27,00 24,51  
 PIS 90,77 0,5700 0,51  
 COFINS 90,77 2,6100 2,36

VENCIMENTO 11/04/2016 TOTAL A PAGAR R\$ 94,40

Media de 3 últimos meses  
 RESERVADO AO FISCO  
 b7d5.59d8.f4ab.2026.4ba4.404d.9fa.753a.

Indicadores de Qualidade 1/2016 - Mússure

	Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,60	1,95	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	11,00	22,21	220
FIC MENSAL	3,50	1,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	6,91	1,00	LIMITE TÉCNICO
FIC ANUAL	13,24	1,00	LIMITE SESSAIS
DMA	12,22		

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/afPB	33,43	34,82
Compl de Energia	30,70	32,62
Serviço de Transmissões	1,34	1,35
Encargos Sociais	7,47	7,86
Encargos Fiscais e Econômicos	31,01	32,85
Outros	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>94,43</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref 1/2016) R\$ 0,835

SABEMI SEGURADORA S/A

26 ABR 2017

RECEBIDO

REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima conste(s) em débito, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 19/04/2016. Conforme o artigo 1º da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão. O fornecimento, caso permaneça, seja comunicado às contas pagas não esse(a) a unidade consumidora essa(s) fatura(s). Caso essas fatura(s) estejam pagas, seu(s) considerada(s) paga(s).  
 ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FUTURAS COMPRA(S) DE ENERGIA ELÉTRICA. O fornecimento poderá ficar a qualquer momento em débito, caso a(s) fatura(s) conste(s) em débito, contando a data de vencimento da fatura vigente e as fatura(s) subsequentes. A fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.

ATENÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LEONARDO DE SOUSA RUFINO
DATA DE NASCIMENTO	20/12/95
NOME DA MÃE	EDVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	969.633
PRONTUÁRIO N.º	99.408
DATA DO ATENDIMENTO	24/12/16
HORA DO ATENDIMENTO	05:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO
CID 10	V 23 + S 72.3.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO VEÍCULO X MOTO, RESGATADO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR EM COXA ESQUERDA. EF= EDEMA + LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MIE + GLASGOW 15 + ENCURTAMENTO DO MIE.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO FÊMUR ESQUERDO- RELATO COT- FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO
RX DO JOELHO ESQUERDO

### TRATAMENTO

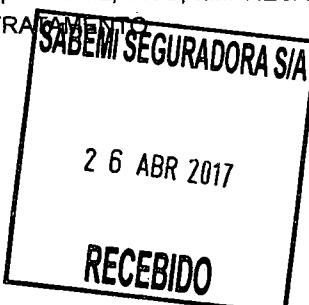
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO  
TRANSESQUELETICA EM MI ESQUERDO. OPERADO POR DR. JOÃO HENRIQUE + MEDICAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR:	TRANSFERÊNCIA- 26/12/2016 PARA O HOSPITAL UNIMED
DATA DA EMISSÃO:	26/02/2017

Dr. Joacila Braga Brandão

CRM: 1741/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRA





# Primeiro Atendimento Médico

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

10000004207982 BE: 969633

LEONARDO DE SOUSA ROFINO  
DT. NASC.: 20/12/1995  
MAE: EDVANIA CORDEIRO DE SOUSA

END.: DO RIO

N. SN - 5 80 JOS 8

JORO PESSOA

FONE: ( )

CELULAR: (83) 98440559

IDADE: 21

DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

### DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto, ferido pelo JA MU, apresentando fratura aberta do fêmur ( ), com ↓ do mobilitzação do membro.

### EXAME PRIMARIO

VIAS AÉREAS  Périvas  Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA:  Sim  Não

### VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA  Sim  Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  Sem dificuldade  
 Com dificuldade

### VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

### AUSCUTA PULMONAR:

#### 1- MURMÚRIO VESICULAR:

HTD	<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal
	<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude
	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

HTE	<input type="checkbox"/> Presente e normal
	<input type="checkbox"/> Rude
	<input type="checkbox"/> Diminuído
	<input type="checkbox"/> Ausente

RUIDOS

<input type="checkbox"/> sim	HTD	Roncos	HTE	Roncos
	Sibilos	Sibilos		Sibilos
<input type="checkbox"/> Não	Estertores	Estertores		Estertores

Fk. \_\_\_\_\_ imp SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

### DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas:  Fotorreagente  Paralisadas  Isocóricas  Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

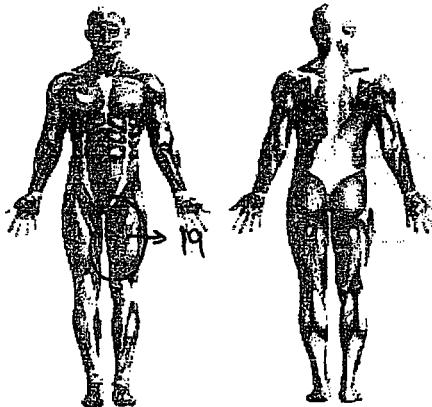
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
<b>TOTAL:</b>					

**EXAME SECUNDÁRIO**

**ALERGIA:**  Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
**MEDICAMENTOS:**  Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
**IMUNIZAÇÃO**  Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
**PATOLOGIA**  Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
**ALIMENTOS INGERIDOS:**  Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_

**LOCAL DA LESÃO**

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Lacerção                     |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

**OBS.:**
**QUEIMADURA:**

Superfície corporal lesada (regra da palma) \_\_\_\_\_ % Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

**EXAMES SOLICITADOS**

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Radiografias | ( ) Lavado peritoneal   |
| ( ) Ultrassonografia (FAST)                      | ( ) Gasometria arterial |
| ( ) Tomografia computadorizada                   | ( ) Tipagem sanguínea   |

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Arendimento inicial		
2	Infusão 1L + AD G		
3	Colostomia 100ml + 100ml IFO,9% G		
4	Colostomia 01 Imp IM		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO**

Solicito parecer da DRIO / às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ / às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DESTINO DO PACIENTE**

DATA	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	<input type="checkbox"/> Tranferencia (unidade de saúde)
DA	<input type="checkbox"/> Internado (setor)	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revália <input type="checkbox"/> Desistência
SAÍDA	<input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO	
HORAS:		

ASSIN

ATURA/CARIMBO

ASSIN

ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



## BE/PRONTUÁRIO

**Nome do paciente**

Jeananda da Silva Paixão



**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

## BE/PRONTUÁRIO

10000084267962 DE : 9696969  
LEONARDO DE SOUSA ROPFIO  
DT. NASC. : 20/12/1995  
MRE : EDVANIA CORDEIRO DE SOUSA  
  
END.: DO RIO  
N. SN - 5 80 JOS E  
JORO PESSOA  
FONE: ()  
CELULAR: (83) 98440559  
IDADE: 21  
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

Dra. Andreia H. Nasralla  
Ginecologa e Endocrinologa  
CRM-SP 10.874/SP  
CREF - 13.725



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NOME PINTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc.  Fam.

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDERÉCOS (RUA, N°, BAIRRO)

DDD  N° DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

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

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD PROcedimento - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD PROcedimento - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

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 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

### 38- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Ol. Rio da Steinmann - N° 21.0

39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

41. DOCUMENTO

42. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

43. ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Glauber M. Nogueira  
185.541-023-0  
8920

44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

45. CÓD. ORGÃO EMISSOR

46. DATA DA AUTORIZAÇÃO

47. DOCUMENTO

48. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

49. ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

 <b>Sistema</b> <b>Ministério</b> <b>Único de de</b> <b>Saúde</b> <b>Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)</b>	
Ficha			
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		<b>2 - CNES</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>2 - CNES</b> <b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b>		<b>4 - CNES</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>		<b>5 - NOME DO PACIENTE</b>	
<b>6 - NPF DO PACIENTE</b>		<b>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</b>	
<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b>		<b>9 - SEXO</b>	
<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b>		<b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b> <b>Nº DO TELEFONE</b>	
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro)</b>		<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b>	
<b>14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO</b>		<b>15 - UF</b>	
<b>16 - CEP</b>			
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>			
<input type="checkbox"/> <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
<b>18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR</b>		<b>19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR</b>	
<b>20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA</b>		<b>21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA</b>	
<b>22 - DIAGNÓSTICO GERAL</b>		<b>23 - CID 10 PRINCIPAL</b>	<b>24 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>
		<b>25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>	
<input type="checkbox"/> <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)</b>			
<b>26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b>		<b>27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b>	
<b>28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI/DOU/DO/MADE/DO/COMPANHANTE</b>		<input type="checkbox"/> <b>DIÁRIA DE ACOMPANHANTE</b> <input type="checkbox"/> <b>DIÁRIA DE UTI TIPO I</b> <input type="checkbox"/> <b>DIÁRIA DE UTI TIPO II</b> <input type="checkbox"/> <b>DIÁRIA DE UTI TIPO III</b>	
<b>29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b>		<b>30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b>	
<b>31 - QTDE</b>			
<b>32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b>		<b>33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b>	
		<b>34 - QTDE</b>	
<b>35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b>		<b>36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b>	
		<b>37 - QTDE</b>	
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>			
<p><i>01. Rio de Janeiro. N° 410.</i></p>			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
<b>39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>		<b>40. DATA DA SOLICITAÇÃO</b>	
<b>41. DOCUMENTO</b> <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		<b>42. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>	
		<b>43. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
<b>44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>45. CÓD. ORGÃO EMISOR</b>	
		<b>46. DATA DA AUTORIZAÇÃO</b>	
<b>47. DOCUMENTO</b> <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		<b>48. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>	
		<b>49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>	

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Desconhecido de Souza Rafael RE/Prontuário: 969633

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1/1/

União/Sector: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: D

Cirurgião: Dr. João Henrique 1º Assistente: Dr. Gláuber (AI)

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Rafaela

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CTD
<u>Fratura da Diáfise do fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Frágua Transequeletica em MTE</u> <u>(Tibia proximal)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( )Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria ( )Terapia Intensa ( )Residência ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Gláuber M. Novais Miranda  
CRM-PE 000000000000000000  
09/20

João Pessoa, 24/12/16

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - Posicão em Decúbito dorsal e abdômen
- 2 - Histerossal e Aparafusos
- 3 - Afastação de cólicas e sangue

Incisão:

Achados:

Conduta:

4 - Colocação de Drapés  
Trançado elástico com fita K 60  
na Região abdominal de  
Tibia + braço + manobra de  
fixação + 86g de feio

5 - Curvatura esternal

6 - Rx de controle

Fechamento:

Observação:

Glauber M. Almeida  
Ana Paula Miranda  
CRM 11000  
39-20

João Pessoa, 24/02/16

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE:		João Pedro de Souza Queiroz		
IDADE:	21	SEXO:	BE	FRONTUÁRIO:
CIRURGIA:	Mast. Tuber. daquele tísica			ENFERMARIA: LEITO:
CIRURGÃO:	Dr. João V. Queiroz aux. Dr. João V. Queiroz aux. + Dr. João V. Queiroz			
ANESTESIA:	Anestesia			
ANESTESISTA:	Dr. a. Queiroz			
INSTRUMENTADOR:				
DATA:	24-12-2016	TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	FIM:	CIRURGIA: INÍCIO: 12:00 T: 12:30
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )				
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD. FIOS QTD.
ALFENTANILA	1	S-1-01-01	JELCO Nº18	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	S-2-01-01	JELCO Nº20	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
CETAMINA			JELCO Nº24	FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	OK LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCÁINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	1 FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCÁINA S/ VASO		AGULHA 25X07	1 LUVA ESTÉRIL Nº7,5	1 FIO POLIGLECAPRONE Nº
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08	L LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA Nº
MORFINA		AGULHA 40X12	1 LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDIÁCA
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS	QTD. CATETER DE PIC
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL	1	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	FIO STEINMAN Nº
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº 4,0
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	1 L GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT. DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA	L	CATETER DE OXIGÉNIO	1 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EBOLEC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT. PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	L	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIPIRONA SÓDICA	L	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
EUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS	105 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	1 PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	L FIOS	QTD. ( ) ASPIRADOR
TENOIXCAN		ESPARADRAPO	OK FIO ALGODÃO S/A Nº	( ) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	OK FIO ALGODÃO S/A Nº	( ) CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A Nº	( ) CÁRDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº	( ) DESFIBRILADOR
		JELCO Nº14		( ) FOCO AUXILIAR
		JELCO Nº16		( ) FOCO CENTRAL
				( ) MICROSCOPIO
				( ) OXÍMETRO DE PULSO
				( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO
				( ) SERRA
				CIRCULANTE
<p>Maria Elizabeth da S. B. 20/12/16 Téc. de Enfermagem - S. J. de J. - 2016 COREN 610003</p> <p>M. Oliveira</p>				



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 24/12/86

PRONTUÁRIO: 969633

PACIENTE: João V. de S. Roque SEXO: M COR: P IDADE: 25a

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 77 bpm RESPIRAÇÃO regular TEMPERATURA 37°C PESO 75 GRUPO SANGUÍNEO  
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PESSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES U.P.M.

AP. RESPIRATÓRIO livre AP. CIRCULATÓRIO regular, R.R. 22, BCF, 51%

AP. DIGESTIVO normal ESTADO MENTAL lote DRÓGAS EM USO U.P.M.

PRÉ-ANESTÉSICO normal

ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Exame clínico normal

CIRURGIA REALIZADA Tumorectomia

IRURGIÃO Dr. José AUXILIARES Dr. Glauco

INÍCIO DA ANESTESIA 12:00 TERMINO DA ANESTESIA 17:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 5h30

ÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R\$

ANESTESISTA W. A. F. 16.074-774-6 CRM-PB 17.000

AGENTES/HORA

O<sub>2</sub> (100%) N<sub>2</sub>O (100%)

LÍQUIDOS VENOSOS

O PULSO SISTÓLICA DIASTÓLICA

CÓDIGOS CRÍTICOS

X P. ARTERIAL SISTÓLICA

ANESTESIA

ESTERIZAÇÃO

P. ANTERIAL ECG CLÍCOS

ANOTACOES

ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA ERIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS

TECNICA Paciente ddt, MCR, bco<sub>2</sub>, Sedacor em c(1) + 2 + 3

LIQUIDOS Volume em ml

GLICOSE 1. Diamoxid 200

NACL 2. Fentanil 100 mcg

SANGUE 3. Propofol - 60mg + 80mg

RINGER 4. Diprivan 2g

TOTAL 5. Cisaprida 25

DESTINO DO PACIENTE 6. N-2

APT. 7

UTI 8

RESIDÉNCIA 9

OUTROS 10

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

2000g comerentates, uso de medicamentos

2000g sempre medicamentos

2000g aceita anestesia proposta

2000g reagiu bem a anestesia

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Ricardo W. A. F. 17.000 (Nº) ASCIR.026-1

Hospital

**Unimed**

João Pessoa

**HOSPITAL UNIMED JOAO PESSOA****Sistema de Urgência e Emergência****Ficha de Atendimento de Urgência e Emergência**

Atendimento	1571217	Data/Hora	16/01/2017 15:24:39
Paciente	LEONARDO DE SOUSA RUFINO	Sexo	MASCULINO
Idade	21 anos 0 meses 28 dias	Doc	
Endereço	RUA ANTONIO ALVES DE SOUSA	Num	102
Bairro	GRAMAME	Cidade	JOAO PESSOA
Convênio	INTERCAMBIO II - NAC	Plano	INTERCAMBIO II
Carteira	08650000225935003	Tipo	ATENDIMENTO (URGÊNCIA)

**Anamnese**

Queixa Principal / HDA

18º D 70

de protrusão

de femur e sacro queimadura

Exame Físico

FC

Alergia

Medicação em Uso

Hipótese Diagnóstica

Protrusão

Femur

Exames Imagens

 ECG  RX  TC  USG  TC  TC - Contraste  OUTROS
 

Exames Laboratoriais

 HEM  URE  CREAT  GLIC  URE  NA+  K+  ENZ.CARD
 
 TGO  TGP  BILIR  FOSFAT  DENG OUTROS
 

Prescrição

Data/Hora

Horário

Col. retoiror pombos

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Dr. Heider Kummer | Noturno  
 Ortopedia/Traumatologista  
 CRM-PB 1001  
**MEDICO PLANTONISTA**

**CONFERE COM ORIGINAL**

Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

**Evolução de Enfermagem**Data/Hora   /  /     :   :

16/01/2017 15:25:32

Assinatura

**Sinais Vitais**Data/Hora   /  /     :   :

T :

PA:

P :

**Evolução Médica**Data/Hora   /  /     :   :**Eletrocardiograma (Laudo) :****Protocolo de Entrega de ECG ao Paciente/Responsável**Data/Hora   /  /     :   : Hs

Assinatura / CRM

**Destino do Paciente :**

- Residência  
 Aptô/Alojamento  
 Evasão

- Alta a pedido       Tranferência  
 UTI       Óbito  
 Bloco Cirúrgico

Data/Hora de alta 16/01/17 15:42 Hs

*Leandro Bonnen I. Nobrega*  
Assinatura / CRM



Avenida Ministro José Américo de Almeida, 1450 - TORRE  
CEP: 58.040-914 - João Pessoa / PB  
Fone: (0\*\*83) 2106-0216

DATA: 01/01/2017

HORA: 12:58

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. (A): LEONARDO DE SOUSA RUFINO, CARTEIRA DE IDENTIDADE DE Nº 4064300, ORGÃO EMISSOR SSPPB, CPF Nº 11807589439 FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO MÉDICO NESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA CID Nº S723. EM DECORRÊNCIA, DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE 120 ( CENTO E VINTE DIAS DIAS A PARTIR DESTA DATA.

JOAO PESSOA-PB, 23 DE DEZEMBRO DE 2016

  
 JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA  
 CRM - 001738  
 Dr. José Guteemberg C. de Lima  
 Especialista Artroplastia Total  
 de Joelho e Quadril  
 CRM - 1738

## AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr.(a) JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA a registrar o diagnóstico codificado pela CDI ou por extenso neste atestado médico. Resolução CFM 1819/2007.

Assinatura do Paciente ou Responsável



Atendimento: **000000222001**

Idade: **21 anos**

Paciente: **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**

Data: **24/12/2016**

## **RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

*\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

*Este laudo foi liberado em 28/12/2016 13:08.*

  
**Dr. Lautonio Junior Loureiro**  
**CRM: 5053 - PB**



Atendimento: **000000222001**

Idade: **21 anos**

Paciente: **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**

Data: **24/12/2016**

## **RADIOGRAFIA COXA ESQUERDA**

- Fratura completa angulada da diáfise femoral esquerda.
- Aumento de partes moles.

*\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

*Este laudo foi liberado em 28/12/2016 13:09 .*

**Dr. Lautonio Junior Loureiro**  
**CRM: 5053 - PB**



## ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. (A): **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**, CARTEIRA DE IDENTIDADE DE Nº 4064300, ÓRGÃO EMISSOR SSPPB, CPF Nº 11807589439 FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO MÉDICO NESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA CID Nº **S723**. EM DECORRÊNCIA, DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE **120 ( CENTO E VINTE DIAS** DIAS A PARTIR DESTA DATA.

JOAO PESSOA-PB, 23 DE DEZEMBRO DE 2016

CRM - 1738  
 de Joelho e Quadril  
 Especialista Artroplastia Total  
 Dr. José Guteemberg C. de Lima  
 JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA  
 CRM - 001738

Dr. José Guteemberg C. de Lima  
 Especialista Artroplastia Total  
 de Joelho e Quadril  
 CRM - 1738

## AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr.(a) **JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA** a registrar o diagnóstico codificado pela CDI ou por extenso neste atestado médico. Resolução CFM 1819/2007.

Assinatura do Paciente ou Responsável

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. (A): **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**, CARTEIRA DE IDENTIDADE DE Nº 4064300, ORGÃO EMISSOR SSPPB, CPF Nº 11807589439 FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO MÉDICO NESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA CID Nº **S723**. EM DECORRÊNCIA, DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE **120 ( CENTO E VINTE DIAS** DIAS A PARTIR DESTA DATA.

JOAO PESSOA-PB, 23 DE DEZEMBRO DE 2016

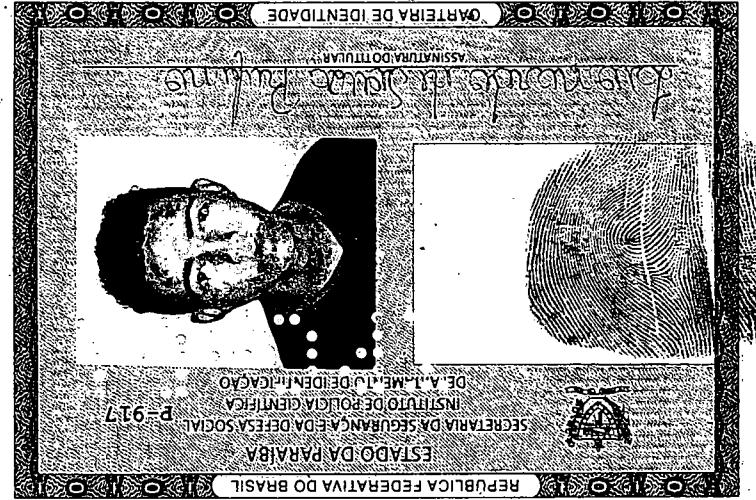
CRM - 1738  
 de Joelho e Quadril  
 Especialista Arthroplastia Total  
 Dr. José Gutemberg C. de Lima  
 JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA  
 CRM - 001738

Dr. José Gutemberg C. de Lima  
 Especialista Arthroplastia Total  
 de Joelho e Quadril  
 CRM - 1738

## AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr.(a) **JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA** a registrar o diagnóstico codificado pela CDI ou por extenso neste atestado médico. Resolução CFM 1819/2007.

Assinatura do Paciente ou Responsável

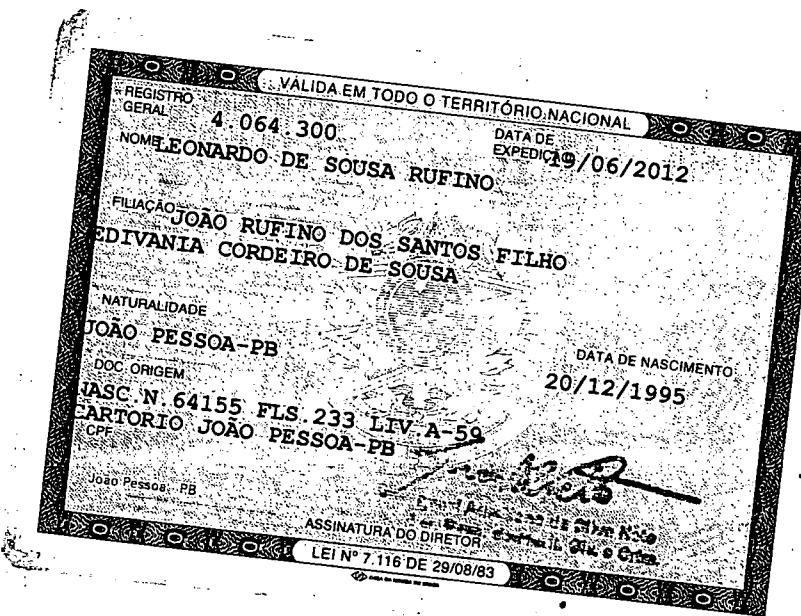


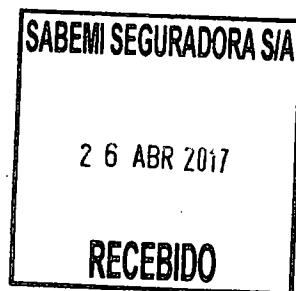
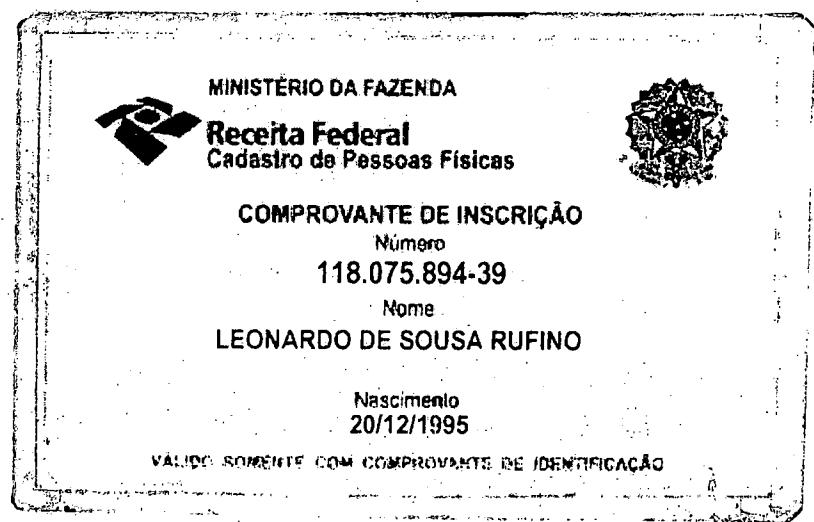
DATA RELEASED UNDER E.O. 14176

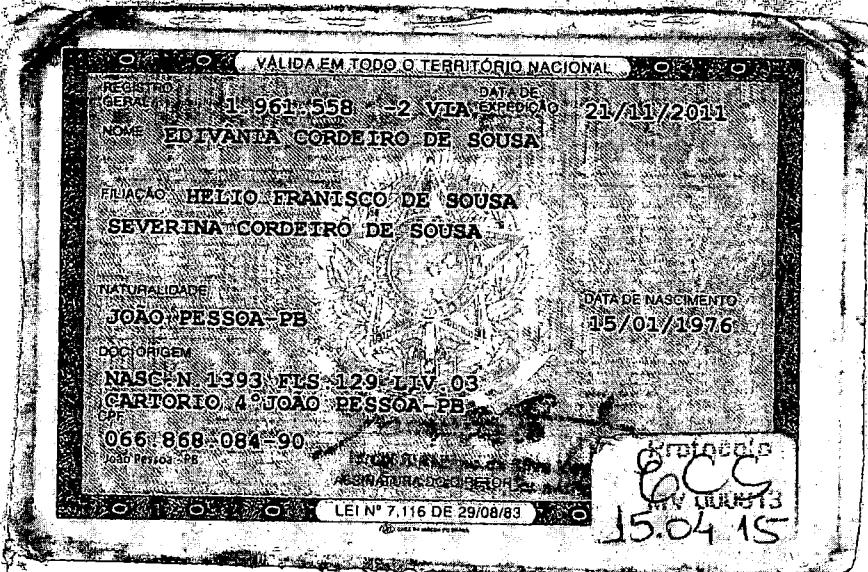
**SABEMI SEGURODORA S/A**

26 ABR 2017

RECEBIDO







SABEMI SEGURADORA S/A  
26 ABR 2017  
RECEBIDO