

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **DIELSON LIMA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180337081**

Vitima: **DIELSON LIMA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **07/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **THIAGO DE ATAIDE BRANDAO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180337081**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13142968



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: DIELSON LIMA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180337081

Vitima: DIELSON LIMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180337081**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **07/05/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337081 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIELSON LIMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TESTICULAR DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS PRESENTES NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. VÍTIMA EM TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337081 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIELSON LIMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TESTICULAR DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS PRESENTES NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. VÍTIMA EM TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DANOS

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

051.202.404-96

Nome completo da vítima

Dilson Lima dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Dilson Lima dos Santos		CPF titular da conta 051.202.404-96	Profissão
Endereço Assentamento Comaa		Número 511	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade Pedras de Fogo	Estado PB	CEP 58328-000
Email			Telefone (DDD) (81) 99743-6692

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

4913

013

8979

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa PB, 07 de junho de 18

Local e Data

Dilson Lima dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

4913 01

Espaço reservado p

Mais informações

0800 726 0101

Reclamações,
sugestões e elogios.

37-158-0004



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 622/2017

Aos VINTE E SEIS dias de JULHO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **RUBENITA NÓBREGA RÉGIS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS, Identidade nº 20.201.385 (2ª VIA)-SSP/PB, CPF nº XXXXXX, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de Antonio Bezerra De Lima E De Maria José De Lima, natural de Pedras De Fogo/PB, nascido(a) em 08/02/1963 (54 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Canaã, tendo como ponto de referência: xxxxx, na cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, fone(s) para contato: NÃO POSSUI.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 07 de maio de 2017;
- 3) HORÁRIO: 10h:0min;
- 4) LOCAL: Rua da Palha, Santo Antonio, Pedras de Fogo/PB.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma a notificante que seu filho de nome DIELSON LIMA DOS SANTOS, portador do RG nº 2.982.274 SSP/PB e do CPF nº 049.147.794-55, foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 07/05/2017, quando na ocasião o mesmo conduzia a motocicleta HONDA/CG 150 FAN, de cor vermelha, ano 2014/2014, e placa PCQ 2331, registrada em nome de Maria José Lima dos Santos, quando passando pela rua da Palha, no Centro desta cidade, foi colidido por um veículo não identificado até a presente data. Que seu filho foi socorrido pela equipe do SAMU sendo conduzido para o Hospital de Itambé/PE, de onde foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa/PB. Que devido ao acidente, seu filho sofreu fraturas na perna direita, e outras lesões pelo corpo. Que afirma ainda que no momento do acidente, seu filho entrou em estado de coma, ficando assim por alguns dias.

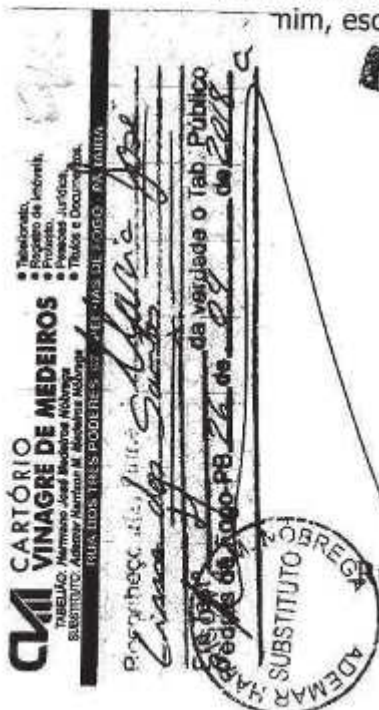
6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) notificante, e mim, escrevã(o) que digital.


MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS
Comunicante


Escritor(a) Vassôra
Mariana Nobrega Regis
Escritor(a) de Polícia Civil
Mat.: 154.876-0-0



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Dielson Lima dos Santos</i>	CPF da Vítima <i>051.202.404-96</i>	Data do Acidente <i>07/05/17</i>
---	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

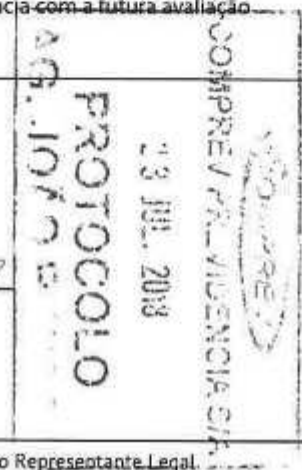
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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

João Renato B. 07 de junho de 2018
Local e Data

Dielson Lima dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBE
Secretaria de Saúde

UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 33^a

Nº Cartão SUS: _____ Data de Nascimento: 26/10/83

Nome de Paciente: Diego Bon Lima dos Santos Sexo: M Raça: Pardo

Estado Civil: _____ Nome da Mãe: Maria José Gomes

Endereço: Mamuel Gomes n° 230 Bairro: Manoelino

Cidade: Recinas do Fogo CEP: 96200-000 PSE: 118

Data do Atendimento: 03/10/2017 Hora da Chegada: 21h05min

Pré-Consulta:	P.A.	PESO:	PULSO:	TEMP:	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL:			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:		
			() Vermelha () Amarela () Verde () Azul		
ENFERMEIRO DA TRIAGEM:					
			Assinatura/Carimbo		

QUEIXAS/DIAGNOSTICO:	EXAMES COMPLEMENTARES
-----------------------------	------------------------------

TRATAMENTO:
Paciente vítima de acidente automobilístico, foi
estabilizada na unidade e encaminhada p/ O Hospital
de Trauma Humberto de Alencar - SP

DIAGNÓSTICO	23 JUL. PROTO 9.1060	PROCEDIMENTO 01: PROCEDIMENTO 02:	PROCEDIMENTO 03: PROCEDIMENTO 03:
-------------	----------------------------	--	--

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO	2018 REMOVEDO:
ENCAMINHADO:	
ÓBITO ÀS: ____ H. ____ MIN	DO DIA: ____

DATA SAÍDA: ____/____/____	HORA DA SAÍDA: ____ H. ____ MIN.	Dra. Priscilla Urquiza Médica CRM-RE 100000 Assinatura do Profissional
Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Profissional

FICHA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE E VIOLÊNCIA

1- IDENTIFICAÇÃO: DATA DO ATENDIMENTO: 07/05/17 HORA DA CHEGADA: 11 H 05 MIN.

Nº CARTÃO SUS 11111111111111111111 DATA DE NASCIMENTO: 26/10/93

NOME DO PACIENTE: Diego Bon Bina dos Santos SEXO: M RAÇA: Pardo

ESTADO CIVIL: Solteiro NOME DA MÃE: Maria José Bina dos Santos

ENDEREÇO: Muniz Gomes Nº 210 BAIRRO: Marquês

PONTO DE REFERÊNCIA DA OCORRÊNCIA: Problema ao Brincar Rua Santo Antônio

CIDADE: Pedras de Fogo CEP: _____ PSF: _____

[Assinatura]
Paciente e/ou Responsável

[Assinatura]
Recepcionista

2- TRIAGEM	P.A.	PESO:	PULSO:	TEMP:	GLICEMIA:
QUEIXA-PRINCIPAL:					
TIPO DE OCORRÊNCIA:	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:				
() Acidente de Trânsito () Violência	() Vermelha () Amarela () Verde () Azul				
() Queda () Intoxicação () Outros Especificar:	ENFERMEIRO/TRIAGEM				
Assinatura / Carimbo					

3- Local da Ocorrência: ☒ Via Pública () Domicílio () Trabalho 4- Condição do Paciente: () Consciente () Inconsciente () Óbito

5- Meio de Locomoção até a Unidade: () Veículo part. () Viatura Policial () SAMU () Ambulância () A pé () Outro: _____

6- Tipo de Vítila: () Pedestre ☒ Condutor () Passageiro () Pessoa Conduzida em local Inadequado 7- Uso de Capacete: () Sim () Não

8- Meio de Locomoção da Vítila: () Automóvel ☒ Moto () Bicicleta () A pé () Outro: _____ 9- Uso de Cinto: () sim () Não

10- Modo do Trauma: () capotamento ☒ Ejeção ☒ Impacto frontal () Impacto Lateral () impacto trasero 11- Hábito Etílico: () sim () não

12- Natureza do Acidente: () Colisão/Abaloamento () Tombamento ou Capotamento ☒ Choque c/ Objeto Fixo () Queda em/dol veículo

() Atropelamento () Ignorado () Outro: _____ 13- Queda: () Própria Altura () Outra Altura: _____ m

14- Intoxicação: ☒ Alcool () Drogas Ilícitas: _____ () Exógena: _____ () Animais Peçonhentos

15- Agressão: () Arma de fogo () Arma Branca () Agressão Física () Suspeita de Abuso Sexual () Outros

16 - História Clínica Atual, Evolução e Conduta Médica: Paciente, 35A, vítima de acidente de motocicleta. Sem capacete, alcoolizado. RNC - (ECG 4/5) PR: 100 FR: 30 AC: RCR 2T BNF 5/5, AR: MTD AHT, SINA. Apresentando múltiplos punhentos, feridas expostas em m.d. bilaterais em membros sup e inf. Pupilas reacionais. Sat O₂ 88% em AA. Fita Adesiva + I.O.T. Hidratação ev, com FR 2000 min, EV (SRL+)

17 - Evolução em Até 12 horas do Atendimento no Serviço:
() Alta () Encaminhamento Ambulatorial () Internação Hospitalar
() Transferência para Outra Unidade de Saúde () Evasão ou Fulga () Óbito

[Assinatura]
Dra. Priscilla Urquiza
Médica
CRM-PE 25530
Assinatura e Carimbo Médico

18 - Regulado/ Transferido para: _____

Data da Transferência: ____/____/____ Hora da Transferência: ____ h ____ min 19- Técnico: _____

Assinatura / Carimbo

Serviço de Atendimento Móvel de urgência



Secretaria Municipal de Saúde

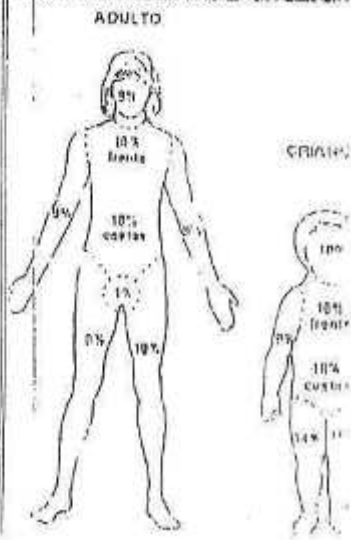
FICHA DE ATENDIMENTO

Nº da Ocorrência: 3

1. Hora Chamado: 11:36		2. Chegada ao Local: 10:40		3. Saída local: 10:50		4. Saída da U. Hospitalar:	
5. Motivo/Solicitação: <u>Acidente de trânsito</u>							
7. Tipo de Equipamento:		☐ 1. USA ☒ 2. USB		☐ 3. Moto ☐ 4. Helicóptero			
8. Médico Regulador: <u>Dr. Oliveira</u>				9. Rádio Operador: <u>6722</u>		11. Idade: <u>32</u>	
10. Paciente: <u>Wickson Lima da Silva</u>		12. Data Nascimento: <u>16/11/1983</u>		13. Solicitante: <u>Adriano</u>		14. Sexo: ☒ M ☐ F	
15. Nome da Mãe: <u>Maria Rosa Lima da Silva</u>				17. Nº:		18. Bairro: <u>Taboão</u>	
16. Endereço da Ocorrência: <u>Rua da Liberdade</u>							
19. Município: <u>Itambé - PE</u>		20. Referência: <u>Distrito</u>					
21. Local da Ocorrência:		☒ VIA PÚBLICA		☐ DOMICILIO			
22. Tipo de Ocorrência:		☐ 1. Colisão		☒ 2. Trauma		☐ 3. Psiquiátrico	
☐ 4. Tiro		☐ 5. Pedestrian		☐ 6. Queda		☐ 7. Canibalismo/Remoção	
☐ 8. Chamas Externas		☐ 9. Remoção/Batida		☐ 10. Agressão		Unidade Destino:	
23. Tipo de Vítima:		☒ 1. Condutor		☐ 2. Pedestre		☐ 3. Passageiro	
24. Tipo Locomoção da Vítima:		☐ 1. Auto		☐ 2. Automóvel		☐ 3. Bicicleta	
☐ 4. A Pé		☐ 5. Outro		25. Mecanismo do Trauma:		☐ 1. Injeção	
☐ 2. Capotagem		☐ 3. Colisão Frontal		☐ 4. Colisão		☐ 5. Impacto Traseiro	
26. Natureza da lesão: ☒ 1. Colisão/abalroamento				☐ 2. Queda			
☐ 3. Choque com Objeto Fixo				☐ 4. Queda em/Do Veículo			
☐ 5. Ingestão				☐ 6. Outro			
27. Uso cinto de segurança: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		28. Uso Cinto Segurança: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		29. Halito de álcool: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não			
30. Intoxicação:		☐ 1. Alcool		☐ 2. Drogas Ilícitas		☐ 3. Outros	
☐ 4. Análise Peçonhentos		☐ 5. Outros		31. Queda: ☐ 1. Propria Altura ☐ 2. Outra			
32. Agressão:		☐ 1. Agressão Física		☐ 2. Agressão Arma Branca		☐ 3. Agressão Arma Fogo	
☐ 4. Suspeita Abuso Sexual		☐ 5. Outras		33. Queimaduras: ☐ 1. Queimadura elétrica ☐ 2. Fogo ☐ 3. Queimadura			
34. Unidade Destino: <u>Hospital de Taboão</u>		35. Médico que Recebeu: <u>Dr. Igor Nunes de Souza</u>		36. Equipe: <u>Equipe 1</u>			
37. Equipe: Médico Assistente		Enfermeiro		Socorrista		Ass.	
Condutor/Piloto: <u>Rafael</u>		Responsável pelo preenchimento:		38. Multiplas Vítimas: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não			
Solicitou Apoio da UTE: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		Obs:		39. Exoneração de Responsabilidade: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não			
Redirecionamento: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		Causa:		40. Vias Aéreas: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não			
41. Respiração: ☐ 1. Normal ☐ 2. Anormal		42. Pulso: ☐ 1. Normal ☐ 2. Anormal		43. Temperatura: ☐ 1. Normal ☐ 2. Anormal		44. Pressão: ☐ 1. Normal ☐ 2. Anormal	
45. Estado de consciência: ☐ 1. Consciente ☐ 2. Inconsciente		46. Estado de alerta: ☐ 1. Alerta ☐ 2. Não Alerta		47. Estado de humor: ☐ 1. Normal ☐ 2. Anormal		48. Estado de orientação: ☐ 1. Orientado ☐ 2. Não Orientado	
49. Estado de vitalidade: ☐ 1. Viva ☐ 2. Morta		50. Estado de integridade: ☐ 1. Inteiro ☐ 2. Danificado		51. Estado de conservação: ☐ 1. Bom ☐ 2. Ruim		52. Estado de limpeza: ☐ 1. Limpo ☐ 2. Sujo	

PROTÓCOLO
16/11/2018
VIOLÊNCIA S/A

42. Circulação/Pulso: ☒ 1. Presente ☐ 12. Fino ☐ 13. Ausente ☐ 14. Cheio		43. Perfusão Periférica: ☐ 15. 1º grau ☐ 16. 2º grau ☐ 17. 3º grau		44. Saturação O2: 96	
45. Coloração da Pele: ☐ 18. Normocorado ☐ 19. Ictérico ☒ 20. Pálido ☐ 21. Cianose ☐ 22. Sudorese ☐ 23. Presença de Sangue ☐ 24. Outro: _____			46. Escala de CINCINNATI: ☐ 25. Defeito motor ☐ 26. Desvio Comissura Labial ☐ 27. Dificuldade da Pala ☐ 28. Outro: _____		
47. Neurológico: ☐ 29. Normal ☐ 30. Sonolência ☐ 31. Agitação ☒ 32. Coma ☐ 33. Convulsão			48. Pupilas: ☐ 34. Isocória ☒ 35. Miíase ☐ 36. Miose ☐ 37. Anisocoria		
49. Alergia: ☐ 38. Sim ☐ 39. Não		50. Usa Medicamentos: ☐ 40. Sim ☐ 41. Não		51. Alguma Patologia: ☐ 42. Sim ☐ 43. Não	
PROTÓCOLO 23 JUL 2018 16.10.18					
52. Oxigenioterapia: ☒ 44. Sim ☐ 45. Não Qual? ☒ 46. Contínua ☐ 47. Venturi _____ % ☐ 48. CPAP ☐ 49. Masc. c/ Reservatório ☐ 50. Ventilação Mecânica Adaptação ☐ 51. Bem ☐ 52. Não ☐ 53. Outras Condutas: _____					
ESCALA GLASGOW		SCORE1: 3		SCORE2:	
53. Abertura Ocular: ☐ 54. Espontânea (4) ☐ 55. A Voz (3) ☐ 56. A Dor (2) ☒ 57. Nenhuma (1)		54. Resposta Verbal: ☐ 58. Orientada (5) ☐ 59. Confusas (4) ☐ 60. Palavras Inapropriadas (3) ☐ 61. Palavras Incompletas (2) ☒ 62. Nenhuma (1)		55. Resposta Motora: ☐ 63. Obedece a Comandos (6) ☐ 64. Localiza a Dor (5) ☐ 65. Movimento de Retirada (4) ☐ 66. Flexão Anormal (3) ☐ 67. Extensão Anormal (2) ☒ 68. Nenhuma	
56. SSVV: HORA: _____ PA: _____ FR: _____ PC: _____ HGT: _____ TEMP: _____				96	
57. Conduta: ☒ 69. Limb. Coluna cervical ☒ 70. Utilização de Saco ☐ 71. Limb. Membros					
58. História Clínica Atual, Evolução e Conduta: <i>Gravidez com 36 semanas, gestação única, sem complicações, parto normal, Apgar 1 8, Apgar 2 9, peso 3,2kg, comprimento 48cm, perímetro cefálico 34cm. Mãe saudável, sem doenças crônicas. Evolução satisfatória, sem sinais de infecção ou desidratação. Conduta adequada.</i>					
OBSERVAÇÕES: <i>Diagnóstico de 20.10.18</i>					
59. Evolução conduta Obstétrica: 1. IG: _____ Semanas ☐ 72. Primípara ☐ 73. Multipara Quantos? _____ ☐ 74. Abortos Quantos? _____ ☐ 75. Contrações Intensidade das _____ ☐ 76. Hemorragia ☐ 77. 6. presença ☐ 78. Anemômico ☐ 79. Pêra Tampão Mucoso ☐ 80. Proteinúria ☐ 81. Tosemia gravídica/Pre-eclâmpsia ☐ 82. Síndrome de HELLP OBSERVAÇÕES: _____					





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71609

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE L. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013- 380

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10X38701	26/03/2011	EXT LACR LIGADO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1988	2020	32	29	02/08/2018		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017 MS.	
JUN/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	11	0	COLOR	268	277	277
MAR/2018	7	0	COL.TERMOT	0	0	0
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88
JAN/2018	19	7	COL.TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A:	MAI/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3

ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - R\$ 30,33 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3

21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,81 POR M3

ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3

10 M3

10 M3

10 M3

2 M3

10 M3

10 M3

10 M3

2 M3

37,91

48,90

64,50

17,52

30,33

39,10

58,10

17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

16/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 313,88

PROTÓCOLO

23 JUL 2018

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dieison Lima dos Santos,

RG nº 2.982.274, data de expedição 1/1, Órgão SSP/PB,

CPF nº 051.202.404-96, 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>Assentamento Carão</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Pedras de Fogo</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58328-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99748-6692</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa - PB 07/06/18

Assinatura do Declarante: Dieison Lima dos Santos



MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS
 ASSENT CANAIA, SN - AREA RURAL
 PEÇARAS DE FOGO/PB CEP: 58320000 (40 113)

Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO - B333, Km 25 - Cid. Redondo - João Pessoa/PB - CEP 54071-690
 Roteiro: 12 - 205 - 913 - 5438 Referência: Abr / 2017
 Nº medidor: 1200811870 Emissão: 18/04/2017

Energisa
 ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 06.905.183/0001-40 - INSC. EST. 18.015.823-0
 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.951.243
 Código para Débito Automático: 00010118743

Atendimento ao Cliente: 0800-083 0196

Conta referencial

Abr / 2017

Aprovação

19/04/2017

Data prevista de próxima leitura

19/05/2017

CPF/CNPJ/RAM

442311888

Fatura em

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dígitos
01/03/17	18/04/17	252	48	28

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	48	0,41123	20,15
Adc. B. Anísio			0,32
Adc. B. Vermeir			0,59
PIE			0,20
COPINS			0,95
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB. LUM. PÚBLICA			0,94

Histórico de consumo (kWh)

Mai/17	50
Fev/17	45
Jan/17	41
Dez/16	57

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	22,81	0,9230	0,20
COPINS	22,81	4,2412	0,95

VENCIMENTO: 27/04/2017 TOTAL A PAGAR: R\$ 23,25

Mês: 225 - 2 meses
 51
 2435 - 2435 - 2435

3ed3.63ea.c79d.2307.8465.25ec.1e5e.4341.

Indicadores	Valor	Limite Inferior	Limite Superior
DIMENSIONAL	11,74	0,00	
DIC. DIMENSIONAL	23,48		
DIC. DIMENSIONAL	45,96		
DIC. DIMENSIONAL	68,94	0,00	
DIC. DIMENSIONAL	91,92		
DIC. DIMENSIONAL	114,90		
DIC. DIMENSIONAL	137,88		
DIC. DIMENSIONAL	160,86	0,00	
DIC. DIMENSIONAL	183,84		
DIC. DIMENSIONAL	206,82		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	18,30	44,39
Consumo de Energia	1,22	2,24
Serviços de Transmissão	0,00	12,90
Impostos Diretos e Encargos	0,78	7,70
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	23,25	100,00

Valor do DUDD (Pl. 2/2017) R\$ 10,49

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
 23 JUL 2017
 PROTOCOLO

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiago de Ataide Brandão inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.139.411/00
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dilson Lins dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 051.202.404/96, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Dilson Lins dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.202.404/96, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: advogado Renda: R\$ 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:
OAB

☐ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Afonso Campos</u>		Número	<u>90</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58013-380</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>3341-6957</u>	
Email	<u>PREVIDENCIARIO@fazenda.santana9.adv.br</u>		Telefone celular (DDD)		

João Pessoa de fevereiro de 2018
Local e Data

Thiago de Ataide Brandão
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José Lima dos Santos,
RG nº 2.207.385, data de expedição 27/09/00,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044.232.184-88, com
domicílio na cidade de Pedras de Fogo, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Assentamento Canaã, nº 414,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Diebson Lima dos Santos cujo o condutor era
Diebson Lima dos Santos

Veículo: Motocicleta Honda
Modelo: CG 150 Fan
Ano: 2014
Placa: PCQ-2337
Chassi: 9C2KCT680FA515520
Data do Acidente: 07/05/17
Local e Data: Joaquim Pessoa - PB 07/06/18

 Maria José Lima dos Santos
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS

TABELIÃO: Hermano José Medeiros Nobrega
SUBSTITUTO: Ademar Harrison M. Medeiros Nobrega

RUA DOS TRES PODEIRES, 67 - PEDRAS DE FOGO - PRAIA

- Tabelionato
- Registro de Imóveis
- Protesto
- Pessoas Jurídicas
- Títulos e Documental

Reconheço a(s) firma(s) Maria José Lima dos Santos por Autent.
da verdade o Tab. Público
Pedras de Fogo PB, 20 de 04 de 2018

20 ABR 2018



AGH13537 - INSP

Selo Digital
Consulte a Autenticidade em <https://selodigital.tipli.jus.br>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DIELSON LIMA DOS SANTOS
DADOS DE NASCIMENTO 26/10/83
NOME DA MÃE MARIA JOSÉ LIMA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

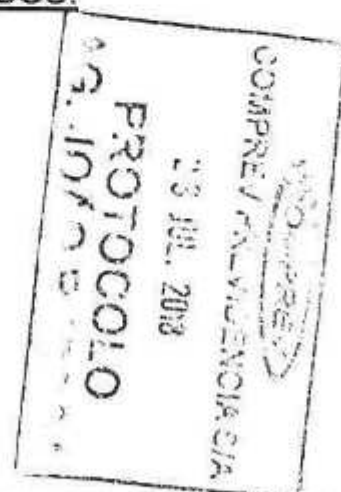
BOLETIM DE ENTRADA N.º 998.811
Nº PRONTUARIO 16.430
DATA DO ATENDIMENTO 07/05/17
HORA DO ATENDIMENTO 12:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA D +
TRAUMATISMO DO TESTÍCULO D
CID 10 S 82.3 + N 51.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), trazido pela USA do Recife, do hospital municipal de Itambé-PE, apresentando TCE + trauma em região inguinal D e membro inferior D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P
RX do tornozelo D - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura exposta da extremidade distal da tibia D ao RX. Sem alteração à TC, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico da fratura pelo Dr. Jacques Paiva no 1º tempo; pelo Dr. Breno Torres no 2º tempo e do trauma testicular pelo Dr. Emerson Medeiros.

ALTA HOSPITALAR: 02/06/17
DATA DA EMISSÃO: 20/12/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EMERGENCIA
CRM 12516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel: --

Boletim de Atendimento: 998811



Identificação do paciente			
ID 216125	Nome DIELSON LIMA DOS SANTOS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 26/10/1983	Idade 33 anos 6 meses 11 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS		Paí SEVERINO DOMINGO DOS SANTOS FILHO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) SEVERINO DOMINGO DOS SANTOS FILHO - PAI	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 93291707	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2982274	Nº Cns	
Local de procedência PEDRAS DE FOGO		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade PEDRAS DE FOGO	CBO/R	
Endereço			
CEP 58328000	Município de residência PEDRAS DE FOGO	UF PB	Logradouro ASSENTAMENTO CANAA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora 07/05/2017 12:11:21	Número da pulseira 1000004685066	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	TIPO ...	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhamento VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 140 x 80 mmHg	Pulso 80	Temperatura 36,4	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por JARDENIA RENATA DE MENEZES SANTANA			

PMS Ex
 25/05
 NS
 AC
 PA/OL
 RX
 dif. h. 10
 chus
 de
 25/05
 PA
 RX
 01/05
 NS
 AC
 PA
 RX

TOMOGRRAFIA	
TIPO ...	CRANIO
DATA ...	07/05/17
ORA ...	14:10
Nome do paciente	Me. Duarte de S. ...
NOME TEC. RAD.	Radiologia
ASS.	CRTR-028621

Denúncia de elh
 onal. da NCR 12:00
 EN OBSERV. DA GONTE
 LIBERADO 8/05/2017

BIC	COMPRA
PROTÓCOLO	23 JUL 2018
3.10.10	10:00
Tempo	02min 43seg

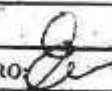
NCR
ONTOP.

Dr. Igor Nunes de Souza
 Cirurgião Geral / Visto para transcrição
 CRM-PB 5058

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM


100004488066 BE.: 998811
DIELSON LIMA DOS SANTOS
DT. NASC.: 28/10/1983
MAE: MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS
END.: ASSENTAMENTO CANAA
N.º 44 - ZONA RURAL
PEDRAS DE FOGO
FONE: ()
CELULAR: (83) 93291787
IDADE: 33
DT. ENTRADA:

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	
PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia			
TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento ☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:			
TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura ☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:			
LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:			
DADOS CLÍNICOS (sintomas)			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /			
EXAME FÍSICO PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax:			
Sistema Neurológico: Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado Avaliação das pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Midríase ☐ Anisocóricas ☐ Miose			
Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias ☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas ☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida ☐ Palidez ☐ Outros:			
Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial ☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros:			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias ☐ Internações ☐ Outros: Especificar:			
USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: CM10517 Paciente com entrada registrada no prontuário, chegando pelo VSA de Recife do Hospital de Pronto Socorro e sendo encaminhado ao CDI.			
DESTINO: ENFERMEIRO:  COREN:			

JS

Sistema
Ministério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

RTÃO

N° DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

Masc. ☐Fem. ☐

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

44 - DOCUMENTO

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

46 - CNS

47 - CPF

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Cód. ORGÃO EMISSOR

50 - (1° DA AUTORIZAÇÃO (APAC))

51 - DOCUMENTO

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

53 - CNS

54 - CPF

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

57 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

58 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

59 - CNES

Laudo Médico/Resumo de Alta



CRUZ
BIA
SOLHA
EIRA

Nome: <u>Paula L. Silva</u>			N de BE:		
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:	
Data de admissão:			Alta:		Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Febre reativa tbc</u>					
Diagnóstico Definitivo:					
Diagnóstico Secundário:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Ostomia e ex 41</u>					
Biópsia:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado (☒) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revisão ()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>est. subcl. e tbc c/ cura de 01.06.16</u> <u>por Dr. Jean + Dr. Aro</u>					
Dieta:			Orientações Pós Alta		
Repouso:					
Relativo em casa por _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>02</u> de <u>08</u> de <u>11</u>					
Ass. Médico/CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Wilson L. Silva portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 7541582, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 90 (noventa) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 07.05.14

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

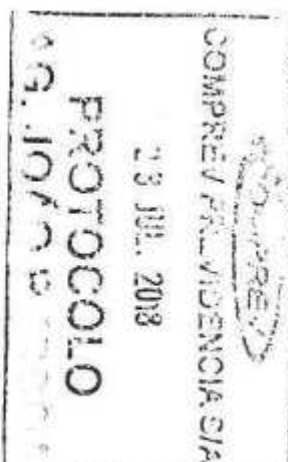
Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(_____), a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

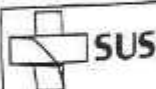
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

DIAGSON Lima dos Santos

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐

Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

TOMOGRÁFIA
TIPO ... *CRAVIA*
DATA ... *07/05/14*
HORA ... *14:10*
NOME TÉCN. RAD. ... *Ma Daniela de S. Gomes*
Radiologia
ASS.: *CRTR 02862T*

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

40 - OBSERVAÇÕES

37 - CID 10 PRINCIPAL + 38 - CID 10 SECUNDÁRIO + 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

44 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folh
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

998844

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

14 - Cód IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

18 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

19 - Cód PROCEDIMENTO - ANTERIOR

21 - Cód PROCEDIMENTO - MUDANÇA

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

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

33 - Cód DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

36 - Cód DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

B. Braun

01 - agulha p/ Bloqueio A-50

PROTÓCOLO
23 JUL 2013
COMPENSAÇÃO
G. 10000

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Ortopedia e Cirurgia do Quadril
CRM - PB 7232/TEOT 13940

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
25/05/17

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

45 - Cód ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: PIELON Lima dos Santos BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 25/5/12
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Ressecção de fixação externa
Cirurgião: Dr. Gaspar Tuma 1º Assistente: Dr. Luan
2º Assistente: Dr. Amos 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. João
Tipo de Anestesia: gaseosa Horário: Início _____:_____: Término _____:_____:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura diafragma do tibia (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção de fixação externa</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria

() Terapia Intensiva
() Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico
CRM - PS 7232/TEOT 13940

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 25/5/12

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Diego Luiz de Aguiar BE/Prontuário: 998811
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 29/05/2012
Clínica/Setor: Urologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Exatomação de tumor peniano direito + orquiectomia bilateral
Cirurgião: Dr. Emerson Medeiros 1º Assistente: Dr. Carlos Farias
2º Assistente: Dr. Rômulo Maia 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Marcos Vinícius
Tipo de Anestesia: Rápid Horário: Início _____ Término 16:25h

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Exatomação de tumor peniano direito p.3.</u>	
<u>Orquiectomia</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Exatomação de tumor peniano direito</u>	
<u>Orquiectomia bilateral</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

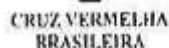
Médico/CRM: _____

Dr. Emerson Medeiros
Urologista [TISBU]
CRM-PB. 4827

João Pessoa, 29/05/2012

10-11-1963

CIRCULANTE
Daniela Morelos
23394688
FOLIO CIRC. 021



HEETSIL

PRONTUÁRIO: 99BB11

PACIENTE: <i>Diego Lima dos Santos</i>		SEXO: <i>M</i>	COR: <i>B</i>	IDADE: <i>33a</i>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL <i>X</i>) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO <i>X</i>) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA		ESTADO FÍSICO (ASA) <i>II</i>		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>TORÃO TEST. WHARL</i>				
CIRURGIA REALIZADA <i>ORBITÓMEXIA TRATAMENTO TORÃO TEST. WHARL - EXERCÍCIO de</i>				
CIRURGIÃO		AUXILIARES		
ÍNIO DA ANESTESIA <i>15:25h</i>		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA
ÍDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CHL		VALORES R\$
ESTESISTA <i>Adalberto</i>		CPF		CRM-PB <i>6959 PB</i>

[illegible]

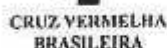
☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. B. EXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS: _____	
TÍTULO: <u>Tratamento anestésico para cirurgia de emergência</u>	
LOCAL: _____ Data: _____	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
GLUCOSA 1 <u>100ml 50% 15mg</u>	11
ANIL 2 <u>50mg 5mg</u>	12
SODIUM 3 <u>100mg 4mg</u>	13
HEPER 4 <u>100mg 2mg</u>	14
TOL 5 <u>100mg 10mg</u>	15
DESTINO DO PACIENTE ☐ AMI ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☒ OUTROS: <u>URPA</u>	6 <u>100mg 2mg</u> 7 <u>100mg 5mg</u> 8 <u>100mg 4mg</u> 9 10
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: <u>633-PB</u>	



Nota de Sala Cirúrgica

HSP 08/1

NOME DO PACIENTE		IDADE		BE		PRONTUÁRIO		ENFERMARIA		LEITO	
Juliano Apina dos Santos		33		998811							
CIRURGIA		CIRURGIÃO		ANESTESIA		ANESTESISTA		INSTRUMENTADOR			
Cirurgia de material de fixação externa (Túberia 5)		Dr. S. Silva		Bloqueio S. quadril e nível de punha poplitea		Dr. Souza					
DATA		25/05/17		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO		FIM		CIRURGIA: INÍCIO		FIM	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)		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.	
ALFENTANIL				JELCO N°18				FIO CAT GUT CROMADO N°			
BUPIVACAÍNA ISOBARICA				JELCO N°20				FIO CAT GUT CROMADO N°			
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO N°22				FIO DE AÇO N°			
CETAMINA				JELCO N°24				FIO DE AÇO N°			
DROPERIDOL				KIT SIST DREN TORAXICA N°				FIO DE NYLON N°			
ETOMIDATO		SOLUÇÕES		QTD.		LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°			
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		OK		LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°			
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE		OK		LÂMINA BISTURI N°23		FIO DE NYLON N°			
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA		OK		LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°			
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO				LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°			
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO				LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°			
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS		QTD.		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°			
LIDOCAÍNA C/ VASO		1		AGULHA 13X4,5		OK		FIO POLIPROPILENO N°			
LIDOCAÍNA S/ VASO				AGULHA 25X07		OK		FIO POLIGLACTINA N°			
MIDAZOLAN				AGULHA 25X08		OK		FIO POLIGLACTINA N°			
MORFINA				AGULHA 40X12		OK		FIO SEDA N°			
NIMBUM				AGULHA PERIDURAL N°16		OK		FITA CARDIACA			
PANCURÔNIO				AGULHA PERIDURAL N°17		OK		MATERIAL ESPECIAL		QTD.	
PETIDINA				AGULHA PERIDURAL N°18		OK		CATETER DE PIC		F	
PROPÓFOL				AGULHA RAQUI N°25G		OK		CIMENTO CIRÚRGICO			
RAMIFENTANILA				AGULHA RAQUI N°26G		OK		CLIP TITÂNIO LIGADURA			
ROCURÔNIO				AGULHA RAQUI N°27G		OK		FIO DE KIRSCHNER N°			
SEVOFLURANO				ALGODÃO ORTOPÉDICO		OK		FIO DE KIRSCHNER N°			
SUXAMETÔNIO				ATADURA DE CREPOM		OK		FIO STEINMAN N°			
TIOPENTAL				ATADURA GESSADA		OK		FIO STEINMAN N°			
MEDICAÇÕES		QTD.		BOLSA P/ COLOSTOMIA		OK		GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
ADRENALINA				CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		OK		HEMOST ABSORVIVEL			
ÁGUA DESTILADA		5		CATETER DE OXIGÊNIO		OK		KIT DERIVA VENTRICULAR			
ATROPINA				CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		OK		PRÓTESE VASCULAR			
BEXTRA				CATETER EPIDURAL N°16		OK		KIT PAM			
CEFALOTINA				CATETER EPIDURAL N°17		OK		FIXADOR EXTERNO			
DEXAMETASONA				CATETER EPIDURAL N°18		OK		EMPRESA			
DIPIRONA SÓDICA				CERA PARA OSO		OK		PARAFUSOS CORTICAIS			
EFEDRINA				COLET. URINA FECHADO		OK		PARAFUSOS CORTICAIS			
FUROSEMIDA				COMPRESSAS CIRÚRGICAS		OK		PARAFUSOS ESPONJOSO			
GLICOSE 50%				COMPRESSAS CIRÚRGICAS		OK		PARAFUSOS ESPONJOSO			
GLUCONATO DE CÁLCIO				DRENO DE PENROSE		OK		PARAFUSOS ESPONJOSO			
HIDROCORTISONA				DRENO DE SUÇÃO		OK		PARAFUSOS MALEOLAR			
LIDOCAÍNA GELÉIA				ELETRODOS		OK		PARAFUSOS MALEOLAR			
ONDASENTRONA				EQUIPO MACROGOTAS		OK		PLACA			
PLASIL				EQUIPO TRANSF. SANGUE		OK		PLACA			
PROSTIGMINE				EQUIPO MICROGOTAS		OK		EQUIPAMENTOS			
PROTAMINA				ESPONJA DE PVPI		OK		ASPIRADOR			
TENOXICAN				ESPARADRAPO		OK		BISTURI ELÉTRICO			
B. B. MAUIN				GAZES		OK		CARNÓGRAFO			
Agulha 13				GAZES ALGODOADAS		OK		CARDIOMONITOR			
B. B. MAUIN				GEL ELETROLÍTICO		OK		CONECTADOR			
(on)				JELCO N°14		OK		FOCO AUXILIAR			
				JELCO N°16		OK		FOCO CENTRAL			
								MICROSCOPIO			
								OMETRAO DE PULSO			
								P.A. INVASIVA			
								PERFURADOR ELÉTRICO			
								SERRA			
								CIRCULANTE			
								FIO(ASCIR.01-2			
								0811			



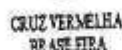
HEETSIL

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Brielson Lima dos Santos</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>33</u>
PRESSÃO <u>140/90</u>	PULSO <u>70</u>	RESPIRAÇÃO <u>eupneica</u>	TEMPERATURA <u></u>	PESO <u></u>
ESTADO GERAL () BOM ☒ REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRURGICO () BOM ☒ REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES <u>URU</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>MVA DUT, SIRA</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>RCR DT. BNF, SS</u>		
AP. DIGESTIVO <u>TJum</u>	ESTADO MENTAL <u>lote</u>	DROGAS EM USO <u></u>		
PRÉ-ANESTÉSICO <u></u>		I ESTADO FÍSICO (ASA) <u>I</u>		
DOSE/HORA <u></u>				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>fx de perna ③</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Retirada de fístula externa de perna ③</u>				
CIRURGIÃO <u>DR. GREGO</u>	AUXILIARES <u></u>			
INÍCIO DA ANESTESIA <u>10:00h</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>10:30h</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>30min.</u>		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u></u>	QUANT. DE CH. <u></u>	VALORES R\$ <u></u>		
ANESTESISTA <u>DR. SILVA, DR. ALANA (R)</u>	CPF <u></u>	CRM-PB <u></u>		

AGENTES HORA		10:00h 10:30h	
D ₂ 0			
LÍQUIDOS VENOSOS		RL 500	
PULSO TÓNICOS ORLAÇA ANESTESIA		P. ARTERIAL SISTOLICA DIASTOLICA A	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL		PULSO	
P. ARTERIAL			

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO		☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS	
TÉCNICA <u>Bloqueio de m. isquiático @ o nível de p. x. / fossa poplitea sem orelha. ASD + NE periférico sem intercateter.</u>			
QUANTIDADE	VOLUME em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
1	hidrocin 1% - 10ml	11	
2	AD - 10ml	12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	
DESTINO DO PACIENTE ☐ APTV ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☒ OUTROS <u>URAS</u>		ASSINATURA DO ANESTESISTA	



HEETSHI

Dr. Emerson Medeiros
Urologista [TISBU]
CRM-PB: 4827

João Pessoa, 29 de Maio de 2022

Médico/CRM:

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: <u>Diego da Silva dos Santos</u>					
IDADE: <u>33</u> BE: <u>998811</u>	PRONTUÁRIO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____				
CIRURGIÃO: <u>T. D. Aguiar de Faria Junior</u> e <u>A. L. M. D.</u>					
CIRURGÃO: <u>M. J. Aguiar</u>	PAIX: _____ FAX: _____				
ANESTESIA: <u>Fase</u>					
ANESTESISTA: <u>M. P. Costa</u>					
ENTRIMENTADOR: _____					
DATA: <u>7.5.17</u> TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: <u>8.00</u> FIM: <u>12.00</u>					
ÍNDICE 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	<u>Sessão</u>	JELCO Nº 18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº 20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº 22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº 24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. OREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº 3.0	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº 11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº 15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº 23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº 24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPROPILCAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPROPILCAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4J	LUVAS ESTÉRIL Nº 7.0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVAS ESTÉRIL Nº 7.5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVAS ESTÉRIL Nº 8.0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVAS ESTÉRIL Nº 8.5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM	AGULHA PERIDURAL Nº 16	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº 17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº 18	PERIFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOLFOL	AGULHA RAQUI Nº 25G	SCALP Nº 19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº 26G	SCALP Nº 21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº 27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPON	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES QTD.				EMPRESA	
ADRENALINA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8		PARAFUSOS CORTICAIS	
ÁGUA DESTILADA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10		PARAFUSOS CORTICAIS	
ATROPINA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12		PARAFUSOS ESPONJOSO	
BEXTRA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14		PARAFUSOS ESPONJOSO	
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº 16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16		PARAFUSOS MALEOLAR	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº 17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12		PARAFUSOS MALEOLAR	
DIPIRONA SÓDICA	CATETER EPIDURAL Nº 18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº 14		PLACA	
EFDRENA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PLACA	
FUROSEMIDA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		EQUIPAMENTOS	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		ASPIRADOR	
GLUCONATO DE CÁLCIO	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHAS		() BISTURI ELÉTRICO	
HIDROCORTISONA	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		ECAPNOGRAFO	
LIDOCAÍNA GELEIA	DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		ECARDIOMONITOR	
ONDASENTRONA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8		() DESFIBRILADOR	
PLASIL	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		() FOCO AUXILIAR	
PROSTIGMINE	EQUIPO TRANSF. SANGUE			() FOCO CENTRAL	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI			() MICROSCOPIO	
TENOXCAN	ESPARADRAPO			Oxímetro de pulso	
	GAZES			P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
	GAZES ALGODOADAS			PERFORADOR ELÉTRICO	
	GEL ELETROLÍTICO			() SERRA	
	JELCO Nº 14			CIRCULANTE	
	JELCO Nº 16				

Sua Banc
80444



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia

limpeza abundante com SF

Assepsia e antisepsia

Apreensão de vasos cirúrgicos

Incisão:

IMC abundante com SF 0,9% (a 10L)

Suturas de fechamento em sem direito

Redução dos pontos sob fluoroscopia

Instalação de fixação externa instrumental

Achados:

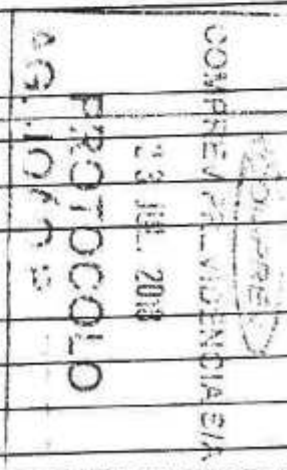
Ex transapertório

curativos estéreis

Conduta:

Fechamento:

Observação:



Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico
CRM-PB 10575

Médico/CRM:

Handwritten signature

João Pessoa, 02/09/17



SUS
Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

ATOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

ATOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Dreilton Lima dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

998811

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒

Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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 - COD. 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 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

TH. A. Marques (B. Braun)

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

cx 4.5

*Placa OCP longa de 12 pinos (01)
Para usos contínuos n.º 32/1-34/1
38/1-46/1-48/1-52/1.*

*Aqui tem o
bloqueio de 100*

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Diego Luis de Souza BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 01/06/17
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: TTO Cirurgião de fratura de fêmur distal
 Cirurgião: Lucas Feres 1º Assistente: Maíla Ramos
 2º Assistente: Breno Tourinho Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: João
 Tipo de Anestesia: Scap Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura multifragmentária do fêmur distal</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Totalectomia de fratura de fêmur distal</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: _____

João Pessoa, 01/06/17



Nota de Sala Cirúrgica

[illegible]



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

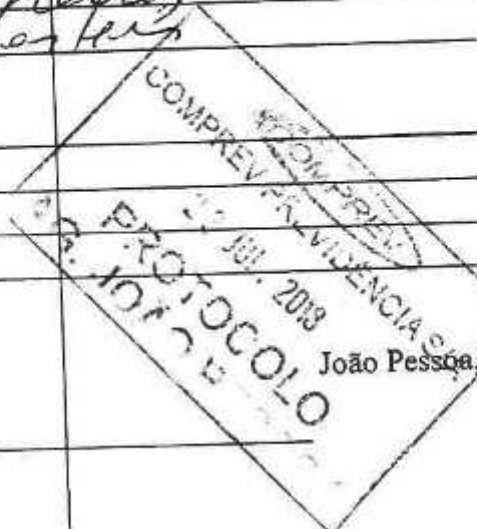
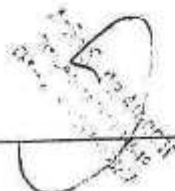
RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Doente deitado sobre a mesa operatória
Incisão:	Assepsia e Antiseptia Exposição e isolamento do foco de fratura minimamente invasiva, através de punção
Achados:	Fratura multifragmentar de tíbia distal
Conduta:	Redução e redução indireta sob controle de imagem Modelamento do placa Fixação 1/ placa PCH 4,5mm 12 furos com 6 parafusos corticais
Fechamento:	Enxerto de gordura Lavação com solução de SFN, 5% Suturas por pontos Curativos esterilizados
Observação:	

Médico/CRM:



F(NG).ASCIB.009-1

BE/PRONTUÁRIO

898812

Nome do paciente

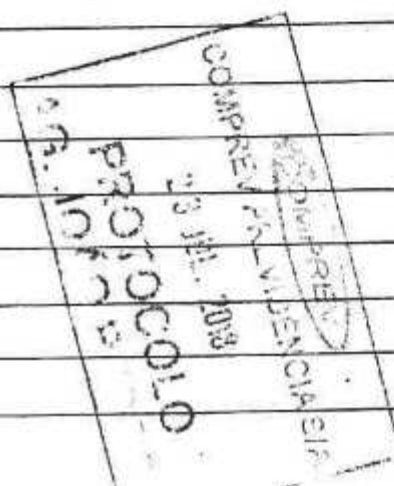
Thiana Lima de Sousa

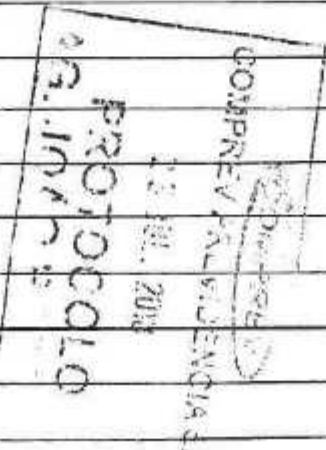
DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		28/05/2017
28/05/2017	16:25h	Recebeu a visita de enfermagem, relatando que está bem, sem sintomas de ansiedade, mas com dificuldade de concentração. Foi encaminhado para a consulta de psicologia.
		31/05/2017 10:00
		Psicólogo: Paciente evolui no momento, consciente, orientado, emocionalmente estável, interagindo bem, respondendo às solicitações. Realizado exame psicológico.

Dr. Emerson Medeiros
Psicólogo [TISBU]
CRM-PB: 4827

Luana Mendes
Psicóloga Hospitalar
Especialidade: Saúde Mental
CRM-PB: 131249

COMPREENSÃO
2017
2018



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
03/05/17		Paciente removeu o tubo traqueal e encontra-se acordado e consciente. sat. 95%, FC: 88 bpm, PA 135x75 mmHg, conduta V.P.M. vigilância constante
		GRUPO SANG. em CAM 10072/17B
17/05/17	17:23	Psicólogo Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente instável, humor deprimido, referindo dor nos testículos. Realizado após psicólogo + interconsulta com a enfermagem.
		
		

Serviço de Atendimento Móvel de urgência



Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº da Ocorrência: 3286

1. Hora Chamado: <u>10:36</u>		2. Chegada no Local: <u>10:40</u>		3. Saída local: <u>10:50</u>		4. Saída da U. Hospitalar:	
5. Motivo/Solicitação: <u>Colisão de carro com moto</u>						Data: <u>09/05/2017</u>	
7. Tipo de Equipamento: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. Moto ☐ 4. Helicóptero							
8. Médico Regulador: <u>Dr. Orlando</u>				9. Rádio Operador: <u>Ramona</u>			
10. Paciente: <u>Robson Lima dos Santos</u>						11. Idade: <u>35 An</u>	
12. Data Nascimento: <u>26/10/1983</u>		13. Solicitante: <u>Adriana</u>		14. Sexo: ☒ M ☐ F			
15. Nome da Mãe: <u>Maria Gorete Lima dos Santos</u>							
16. Endereço da Ocorrência: <u>Rua da Palma</u>						17. Nº: <u></u>	
19. Município: <u>Padre de Fogo</u>		20. Referência: <u>Próximo ao Cemitério</u>					
21. Local da Ocorrência: ☒ VIA PÚBLICA ☐ DOMICILIO				22. Tipo de Ocorrência: ☐ 1. Clínic ☒ 2. Trauma ☐ 3. Psiquiátrico ☐ 4. Tiro ☐ 5. Pediátrico ☐ 6. Obstétrico ☐ 7. Cam. claud. Removida antes ☐ 8. Causas Externas ☒ 9. Remoção/Segn. Unidade Destino: <u></u> ☐ 10. Agressão			
23. Tipo de Vítila: ☒ 1. Condutor ☐ 2. Pedestre ☐ 3. Passageiro		24. Tipo Locomoção da Vítila: ☐ 1. Moto ☐ 2. Automóvel ☐ 3. Biciçeta ☐ 4. A Pé ☐ 5. Outro		25. Mecanismo do Trauma: ☐ 1. Injeção ☐ 2. Capotamento ☐ 3. Colisão Frontal ☐ 4. Colisão Lateral ☐ 5. Impacto Traseiro			
26. Natureza da lesão: ☒ 1. Colisão/abaloamento ☐ 2. Capotamento ☐ 3. Atropelamento ☐ 4. Choque com Objeto Fixo ☐ 5. Queda em/Do Veículo ☐ 6. Inundado ☐ 7. Outro							
27. Uso capacete: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		28. Uso Cinto Segurança: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		29. Halito de álcool: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não			
30. Intoxicação: ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Exopne ☐ 4. Animais Peçonhentos ☐ 5. Outros				31. Queda: ☐ 1. Propria Altura ☐ 2. Outra ☐ 3. Altura/Aproximadamente			
32. Agressão: ☐ 1. Agressão Física ☐ 2. Agressão Arma Branco ☐ 3. Agressão Arma Fogo ☐ 4. Suspeito Abuso Sexual ☐ 5. Outros				33. Queimaduras: ☐ 1. Choque elétrico ☐ 2. Fogo ☐ 3. Fumaça ☐ 4. QBRN			
34. Unidade Destino: <u>Hospital do Trauma</u>				35. Médico que Recebeu: <u>Dr. Igor Nunes de Souza</u>			
36. Equipe: Médico Assistente <u>Robson</u> Enfermeiro <u></u> Socorrista <u></u> Ass. <u></u>		37. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: ☐ Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica					
38. Equipamentos Retidos na Unidade Destino: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não		41. Respiração: ☐ 1.1. Apnéia ☐ 1.2. Turbapnéia ☐ 1.3. Deformidade Torax		39. Múltiplas Vítilas: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não			

PROTÓCOLO
26 JUL 2018
COMPREV
COMPREV
COMPREV



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ **Secretaria de Saúde**

UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 33^a

Nº Cartão SUS: 11111111111111111111 Data de Nascimento: 26/10/83

Nome de Paciente: Dickson Lima dos Santos Sexo: M Raça: Parda

Estado Civil: _____ Nome da Mãe: Maria José Lima

Endereço: R. Manoel Gomes nº 220 Bairro: Mangueira

Cidade: Pedras de Fogo CEP: _____ PSF: 11

Data do Atendimento: 07/05/17 Hora da Chegada: 11H 05 min.

Pré-Consulta: P.A.

PESO:

PULSO:

TEMP.:

GLICEMIA:

QUEIXA PRINCIPAL:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

() Vermelha () Amarela () Verde () Azul

ENFERMEIRO DA TRIAGEM:

Assinatura/ Carimbo

QUEIXAS/DIAGNOSTICO:

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO:

Paciente vítima de acidente automobilístico, foi estabilizado na unidade e encaminhado p/ o Hospital de Trauma Humberto Lourenço - SP.

Helena Fereira B. Oliveira
Enfermeira
COREN 101812

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO 01:

PROCEDIMENTO 03:

PROCEDIMENTO 02:

PROCEDIMENTO 03:

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA
2 - INTERNADO

ENCAMINHADO:

ÓBITO ÀS: _____ H. _____ MIN

DO DIA: 10/05/17

DATA SAÍDA: 10/05/17

HORA DA SAÍDA: 11H 05 MIN.

Dra. Priscilla Prquiza
Médica
CRM-PE 26630

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura/Carimbo CRM



1- IDENTIFICAÇÃO: DATA DO ATENDIMENTO: 07/05/27 HORA DA CHEGADA: 11 H 05 MIN.
Nº CARTÃO SUS: / / / / / / / / / / / / / / / / DATA DE NASCIMENTO: 26/10/83
NOME DO PACIENTE: Dielson Lima dos Santos SEXO: M RAÇA: Parda
ESTADO CIVIL: Solteiro NOME DA MÃE: Maria José Lima dos Santos
ENDEREÇO: Manuel Gomes Nº 210 BAIRRO: Mangueira
PONTO DE REFERÊNCIA DA OCORRÊNCIA: Próximo ao Cemitério São Santo Antônio
CIDADE: Pedras de Fogo CEP: PSF:
x Paciente e/ou Responsável
Verônica Pereira de Sousa Recepcionista

2- TRIAGEM	P. A.:	PESO:	PULSO:	TEMP:	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL:			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ Vermelha ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Azul		
TIPO DE OCORRÊNCIA: ☐ Acidente de Trânsito ☐ Violência ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outros Especificar: _____			ENFERMEIRO/TRIAGEM Assinatura / Carimbo		

3- Local da Ocorrência: ☒ Via Pública () Domicílio () Trabalho 4- Condição do Paciente: () Consciente () Inconsciente () Óbito
5- Meio de Locomoção até a Unidade: () Veículo part. () Viatura Policial () SAMU () Ambulância () A pé () Outro: _____
6- Tipo de Vítima: () Pedestre ☒ Condutor () Passageiro () Pessoa Conduzida em local inadequado 7- Uso de Capacete: () Sim () Não
8- Meio de Locomoção da Vítima: () Automóvel ☒ Moto () Bicicleta () A pé () Outro: _____ 9- Uso de Cinto: () sim () Não
10- Modo do Trauma: () capotamento ☒ Ejeção ☒ Impacto frontal () Impacto Lateral () impacto traseiro 11- Hálito Etilico () sim () não
12- Natureza do Acidente: () Colisão/Abalroamento () Tombamento ou Capotamento ☒ Choque c/Objeto Fixo () Queda em/do veículo
() Atropelamento () Ignorado () Outro: _____ 13- Queda: () Própria Altura () Outra Altura: _____ m
14- Intoxicação: ☒ Alcool () Drogas Ilícitas: _____ () Exógena: _____ () Animais Peçonhentos _____
15- Agressão: () Arma de fogo () Arma Branca () Agressão Física () Suspeita de Abuso Sexual () Outros: _____

16 - História Clínica Atual, Evolução e Conduta Médica: Paruete, 35A, vítima de acidente de motocicleta. Sem copula, alcoolizado. RNC (ECG 4/5) PR: 100 PR: 30 AR: RCR 2T BNF S/S AR: MVD AHT, SIRA. Apresentando múltiplos ferimentos, fratura exposta em MIO Maxilar em unguem sup & inf. Puplas mióicas. Cat Q. 88 em AA. Seta Adaca 1.0.T. Hidratação ev com PR 2000 ml, or (SR+)

17 - Evolução em Até 12 horas do Atendimento no Serviço:

() Alta () Encaminhamento Ambulatorial () Internação Hospitalar
() Transferência para Outra Unidade de Saúde () Evasão ou Fuga () Óbito

Dra. Priscilla Urquiza
Médica
CRM-PE 25630

Assinatura e Carimbo Médico

18 - Regulado/ Transferido para:

Data da Transferência: ____/____/____ Hora da Transferência: ____ h ____ min 19-Técnico:

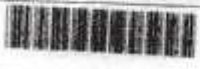
Assinatura / Carimbo

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10181870

USO OBRIGATORIO
RENTUACIA CIVIL PARA TODOS OS PAIS LEGAIS
JUNT 10 04 14 11 8 32211



Thiago de Ataíde Brandão



AB

RESERVACAO

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO

FILIAÇÃO
TOLSTOI DA SILVA BRANDÃO
MARIA SALETE DE ATAÍDE BRANDÃO

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
2943598 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
18/08/1967

COLEGIO DE GRÁFICOS E TÍTULOS
NÃO

CPF
072.138.414-02

DATA DE EXERCÍCIO
14/03/2012

ASSINATURA
Oscar Bezerra Cavalcanti Corrêa
PRESIDENTE

16685

COMPROMISSO DE FIDELIDADE
13 JUL 2012
PROTOCOLADO
12.10.12

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1017223002

PERDIDO PLASTIFICAR
1017223002

MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DILSON LIMA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2982274 SSP PE

CPF
051.202.404-98

DATA NASCIMENTO
26/10/1983

FILIAÇÃO
SEVERINO DOMINGOS DOS
SANTOS FILHO
MARIA JOSE LIMA DOS
SANTOS

POSSESSÃO
ACQ. CAT. HAB.
AS

PRESTADO
05930757242

VALIDADE
10/05/2018

RENOVAÇÃO
13/11/2013

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Dilson Lima dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TINBAURA - PE

DATA EMISSÃO
17/11/2014

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

49424135796
PE062988921

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

COMPREENSIVA
23 JUL 2018
PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PE Nº 013433907080
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 2 1036662860 2017

MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS

ITAMBE-PE

044.232.184-88

PCQ2331

9C2KXC1680FRS15520

PAS /MOTOCICLETA

ALCO/GA30L

HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 2014

2P/149CL

PARTIC

VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO

1 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

ITAMBE

06/07/17

CHIEF Anderson Eulene Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013433907080 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

ITAMBE-PE

044.232.184-88

PCQ2331

1036662860 HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 09 9C2KXC1680FRS15520

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PREMIANTE

DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHIEF DA SGA 013433907080-04

DETRAN/PE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SEMPRE E DE PORTE OBRIGATORIO

COMPRADO

NCIA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DIAP 97

POCSGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria José Lima dos Santos

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

27 JUL 2013

24201.185-287

MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS

ANTONIO MESSEIAS DE LIMA

Maria José Lima dos Santos

Pedra de Fogo-PB

08.02.1963

Cart. Casm. 451, fls. 24, liv. 02-B.

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

044.232.184-88

MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS

06/02/1963

COMPREV

COMPREV P.A. VIDEOLABIA

23 JUL 2013

PROTOCOLO

AG. 10703



LACERDA SANTANA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Diebson Lima dos Santos, brasileiro, solteiro,
inscrito no CPF 051.202.404-96 e RG 2.022.220-99,
residente no Assentamento Condição, S/N, Zona Rural,
Pedras de Fogo - PB, 58328-000

OUTORGADA: MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 11.662-B, LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14.301-B, LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625, RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 14.903, EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.105, THIAGO DE ATAIDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685, com endereço profissional na Av. Dom. Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, telefone (83) 3241.6957.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDITIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do (a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhes ainda poderes especiais para: confessar, desistir, transigir, firmar acordos, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, receber citação, intimação, notificação, etc., renunciar direitos, fazer cessão de direitos e arrolamentos, fazendo declarações, assinando termos, fazer habilitação de crédito em inventário, contraditar testemunhas, argüir suspeições criminais, revogar procurações, atuar como defensor ou assistente em ações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, tributárias, cíveis, propor queixa crime (ação penal privada), impetrar Mandado de Segurança, apelar, atuar como defensor em notificação de infração ou imposição de penalidade de trânsito, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do Art. 85 do Novo Código de Processo Civil Pátrio), enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil e art. 5º, §2, da Lei 8.906, de 04/07/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

 João Pessoa - PB, 09 de julho de 2018.
Diebson Lima dos Santos
OUTORGANTE

CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS

TABELIÃO: Hermano José Medeiros Nóbrega
SUBSTITUTO: Ademar Hamson M. Medeiros Nóbrega

RUA DOS TRÊS PODERES, 57 - PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

- Tabelionato,
- Registro de Imóveis,
- Protestos,
- Pessoas Jurídicas,
- Títulos e Documentos.

Reconheço a(s) Firma(s) Dieison Lima dos Santos PDA
AUTENTICAÇÃO

em Teste da da Verdade o Tab. Público
Pedras de Fogo - PB 26 de 04 de 2018

ADEMAR HAMSON M. MEDEIROS NÓBREGA
SUBSTITUTO

Selo Digital

AGH13661 - 9G4G

Consulte a Autenticidade em <https://selodigital.tph.jus.br>

COMPREV - COMPROVANTE
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA