

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

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276437

Vítima: WELLYSON JUNHO DA SILVA

Data do Acidente: 23/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WELLYSON JUNHO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276437

Vítima: WELLYSON JUNHO DA SILVA

Data do Acidente: 23/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WELLYSON JUNHO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276437

Vítima: WELLYSON JUNHO DA SILVA

Data do Acidente: 23/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WELLYSON JUNHO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276437

Vítima: WELLYSON JUNHO DA SILVA

Data do Acidente: 23/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WELLYSON JUNHO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0126273/39

CPF da vítima:

107.362.344-03

Nome completo da vítima:

Welllyson Junho da Silva

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

Nome completo:

Welllyson Junho da Silva

Profissão:
Agricultor

Endereço:

Sítio Timbau

CPF:
107.362.344-03

Número:
31N

Complemento:

Bairro:
Área Rural

Cidade:
Jacumau

Estado:
PB

CEP:
59278000

E-mail:
jhaaut.k@gmail.com

Tel. (DD):
(83) 441928028

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SÉM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (C/ct. em bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2391

1

CONTA: 1955

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Jacaré-Pernambuco - 15/04/2019
Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

xvulPatrom Junho da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: 15-Abr-2019

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Contratado: (I) Banco do Brasil S.A., com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2191-1 - JACARAU (PB), inscrita no CNPJ n° 000.000/1944-50, (II) Associação de Poupança e Empréstimo - PoupeX, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança PoupeX, doravante denominada PoupeX, por intermédio do Banco do Brasil S.A..

Proponente/Contratante 1: WELLYSON JUNHO DA SILVA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 107.362.344-03 , capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de JACARAU PB, nascido(a) em 24/11/1990, filho(a) de JOSE DUARTE DA SILVA e SEVERINA SANTINO DA SILVA, portador(a) do(a) carteira de identidade n.º 3840514, emitido(a) em 21/03/2010, pelo(a) SSDS PB , do lar, endereço residencial: SIT TIMBO SN, AREA RURAL, JACARAU - PB , CEP 58.278-000 , telefone(s) (83) 99170-7450, solteiro(a), sem união estável .

Dados da conta

Agência 2191-1, **Conta-Corrente** n.º 1.855-4, Poupança Ouro n.º 510.001.855-7, Poupança PoupeX n.º 960.001.855-9, conta individual, aberta em 03.04.2019.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo Banco do Brasil S.A. na forma da Carta Circular BACEN n.º 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de serviços e laudo da auditoria.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços e laudo da auditoria.

15 APR. 2019

Livro nº 01/2019

Ocorrência nº. 205/2019

Aos 03 dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr.(a). **JAIRO JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 12h:9min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

WELLYSON JUNHO DA SILVA, conhecido por , RG nº 3.840.514-SSP/PB, CPF nº , nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de José Duarte da Silva e Severina Santino da Silva, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 24/11/1990, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua projetada, S/Nº, nº , bairro: Timbó – Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: px. a antiga TELPA, fone(s) para contato: (83) 99170-7450.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas 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 TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 23 de 10 de 2017;
- 3) HORÁRIO: 20h:30min;
- 4) LOCAL: PB-071, px. ao posto de DAMIÃO SOARES nº , bairro Centro – JACARAÚ/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e traumas, João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NAO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO INFORMADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

YAMAHA/FACTOR YBR 125 K, NIV: 9C6KE122090084927, ano/modelo: 2009, cor preta, placa: LPM-2380/PB, licenciado em nome de JOACIL ARAÚJO DE SENA.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o comunicante conduzia a referida motocicleta, quando ao sair de um posto de gasolina para pegar a rua principal foi atingido por uma motocicleta não identificada que vinha em alta velocidade; QUE em seguida o notificante foi socorrido para o hospital de traumas de João Pessoa, onde foi diagnosticado TCE + FRATURA DE FÊMUR E PATELA ESQUERDO; QUE o notificante ficou em coma durante 23 dias.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Wellyson Junho da Silva
WELLYSON JUNHO DA SILVA

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/Agente Mat. nº 155.335-6

12 APR. 2019



RUA DRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1036440

**Identificação do paciente**

ID 1223075	Nome WELLYSON JUNHO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 24/11/1990	Idade 28 anos 4 meses 17 dias	Estado civil	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 105007
Mãe SEVERINA SANTINO DA SILVA				Pai JOSE DUARTE DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991139987	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32951880	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3840514	15 ABR. 2019	Nº Cns 706500396748895	
Local de procedência JACARAU				Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade JACARAU	UF PB		
	CBO/R			

Endereço

CEP 58278000	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro ANAIDE BERIS
Número 131	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 23/10/2017 23:58:47	Número de pulseira 1000006312038	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	Tempo 23seg

Imprimir

Declaração

Willisson Júnior da Silva, Brasileiro, Solteiro, Agricultor, natural de Jeaurauá, nascido em 24/11/1990, Portador do CPF: 107.362.344-03, declara que é proprietário do veículo envolvido no acidente que sofreu no dia 23 de Outubro de 2017, renuncia assumir a "Declaração do Proprietário do Veículo" que a Seguradora lhe deu e que:

Solicita que substitua a declaração do proprietário do veículo por essa declaração, visando o recebimento do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 30 de Abril de 2019.

Willisson Júnior da Silva
CPF: 107.362.344-03





Declaração

Wellison junior da Silva era-
ritário menino de gerais portador
de CPF 107.362.344-03 declara
que o proprietário do veículo
envolvido no acidente que se-
reu me dia 23/10/2017 recusa
a assinar a Declaração de pro-
prietário do veículo que segurado-
ra lida exigir. Sou brasileiro
solteiro e agricultor.

Solicito que substitua
a declaração de proprietário do
veículo por essa declaração, vi-
mando o cancelamento do seguro
DPVAT.

Wellison junior da Silva

CPF 107 362.344-03



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1036440



Identificação do paciente

ID 1223075	Nome WELLYSON JUNHO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 24/11/1980	Idade 28 anos 4 meses 17 dias	Estado civil	Religião NÃO INFORMADA	Pontuação 105007
Mãe SEVERINA SANTINO DA SILVA				Paiz JOSE DUARTE DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991139987		DDD Fixo 83	Fone Fixo 32951880
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3840614	15 ABR. 2019	Nº Cns 706500399746695	
Local de procedência JACARAU				Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade JACARAU			UF PB
				CBO/R



Endereço

CEP 58278000	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro ANAIDE BERIS
Número 131	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 23/10/2017 23:58:47	Número da pulseira 1000006312038	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Méio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos



Diagnóstico

Atendido por
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

CID

Tempo
23seg

[Imprimir](#)



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Wellyson Junho da Silva

DATA DE NASCIMENTO 24/11/90

NOME DA MÃE Severina Santino da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105007

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1036440

DATA DO ATENDIMENTO 23/10/17

HORA DO ATENDIMENTO 23:58

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) TCE + fratura de fêmur e patela esquerdos

CID 10 S06.2 S72.3 S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, com história de acidente de moto, em estado gravíssimo. Em entubação orotraqueal, apresenta otorragia e sangramento importante em face, couro cabeludo, rinorragia. Edema, ferimento e deformidade em coxa esquerda, com instabilidade a manipulação; ferimento em joelho esquerdo, edema importante em pé esquerdo, pupilas mióticas e fotorreativas, sedado, RAMSAY 6, blefarohematoma bilateral. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RX coxa E, perna E



RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: Swelling difuso, desvio da linha média, fratura craniana frontotemporoparietal esquerda, contusões hemorragicas esparsas frontoparietal esquerda

RX: fratura de fêmur E, fratura de patela E.



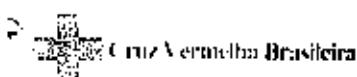
TRATAMENTO:

Limpeza mecânico-cirúrgica + fixador externo MIE (realizado em 24/10/17). Craniectomia descompresiva (realizado em 26/10/17). Retirada de fixador externo do fêmur esquerdo (realizado em 12/12/17). Tratamento cirúrgico de fratura de patela esquerda (realizado em 28/12/17). Optado por tratamento conservador de fratura de fêmur. Antibioticoterapia.

ALTA HOSPITALAR: 29/12/17

DATA DA EMISSÃO: 01/04/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: PEDRO
ROMAO DANTAS
Em: 24/12/2017 09:04:01

Paciente WELLYSON JUNHO DA SILVA	Bolelim de Atendimento 1036440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1990	Idade Masculino	Sexo CNS 708500396746885	Prontuário 105007
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução Médica (PEDRO ROMAO DANTAS - 24/12/2017 09:03:57)

Evolução

Descrição da evolução

wellyson junho . Idade 27 anos . Adm: 23/10/17 1m22dias

HDA: vítima de colisão moto-moto, deu entrada em estado geral grave , trazido pelo SAMU entubado, com sinais de TCE ,equimose bipalpebral, otorragia. Exame sensitivo e motor prejudicado pelo rebaixamento do nível de consciência. Apresentava ferimento 15cm em coxa esquerda, associado a deformidade , instável a mobilização. Ferimento 5 cm em joelho esquerdo.

Diagnóstico: fratura exposta de diáfise de fêmur esquerdo

- fratura exposta de patela esquerda.
- fratura de platô tibial +avulsão lcp

Classificação: Fratura exposta de Fêmur e patela e Gustilo e anderson 3A

- fratura de Fêmur AO 32B3 e patela 34C3

Evolui: com secreção em trajeto dos pinos. feito limpeza dia 12/12/17 e retirado fixador . Paciente queixando-se de dores intensas em MIE

cd:aguardo melhora condição de pele para tto definitivo

Otimizo analgesia

DEMAIS MANTIDAS

Seção: POSTO 16 - ENF 12 - Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: PEDRO ROMAO DANTAS

Número Conselho: 9799





INTERNO S/N -
CNES: 454547 - Tel.:

Impresso por: GLAUBER
MELO NOVAIS MIRANDA
Em: 12/12/2017 10:28:52

Pac. nome: WELLYSON JUNHO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1038440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1990	Idade Masculino	CNS 706500396746895	Pronunciado 105007
Tempo de internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução médica (GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA - 12/12/2017 10:28:48)

Evolução

Descrição da evolução:

REALIZADO APENAS A RESTIRADA DO FIXADOR EXTERNO DO FÉMUR DEVIDO A INTENSA DRENAGEM DE ECRECÃO PURULENTA DE TRAJETO DOS PINOS

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA

Número Conselho: 9220

CRM PB 8220
Medico
Gláuber M. NOVAIS MIRANDA





AV. ORESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONDIM
CEP: 58036-060 - Tel: 8332165700

Impresso por: VICTOR
LINHARES LUGUINHO
Em: 07/12/2017 02:18:46

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
WELLYSON JUNHO DA SILVA	1036440	23/10/2017 23:58:47	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Próximo
24/11/1990		Masculino	105007
Tempo de Internação		Convênio	Plantão
		SUS	NOTURNO

Evolução médica (VICTOR LINHARES LUGUINHO - 07/12/2017 02:18:31)

Evolução

Descrição da evolução:

wellyson junho . Idade 27 anos . Adm: 23/10/17

HDA: vítima de colisão moto-moto, deu entrada em estado geral grave , trazido pelo SAMU entubado, com sinais de TCE equimose bipalpebral, otorragia. Exame sensitivo e motor prejudicado pelo rebaixamento do nível de consciência. Apresentava ferimento 15cm em coxa esquerda, associado a deformidade , instável a mobilização. Ferimento 5 cm em joelho esquerdo.

Diagnóstico: fratura exposta de diáfise de fêmur esquerdo
 -fratura exposta de patela esquerda.
 -fratura de plafô tibial +avulsão lcp

Classificação: Fratura exposta de Fêmur e patela e Gustillo e anderson 3A
 -fratura de Fêmur AO 32B3 e patela 34C3

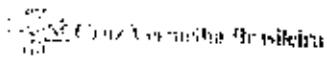
Evolui: com secreção em trajeto dos pinos. Desperto orientado, sem queixas

cd:solicito agendamento de retirada de fixador externo e tratamento de fratura de planalto tibial
 -solicito rx de coxa E e de joelho E AP/P

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
 Profissional responsável pela informação: VICTOR LINHARES LUGUINHO

Número Conselho: 10894





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2592983 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LEONARDO
PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 30/10/2017 13:40:57

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
WELLYSON JUNHO DA SILVA	1036440	23/10/2017 23:58:47	
Data de nascimento 24/11/1990	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 706500396746895
Tempo de Internação 6d 3h 15min		Convênio SUS	Prontuário 105007 Plantão DIURND

Evolução do Paciente (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 30/10/2017 13:40:57)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO (26/10/17) DE CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA + DRENAGEM DE CONTUSÃO FRONTOTEMPORAL ESQUERDA.

APRESENTOU PICOS FEBRIS.

EVOLUI EM ESTADO GERAL GRAVE, SEDADO, RAMSAY VI, MANTENDO PUPILAS ANISOCÓRICAS (E>D). HEMODINAMICAMENTE COMPENSADO, ÀS CUSTAS DE NORADRENALINA, IOT, SCB VM.

CD: SUPORTE INTENSIVO: COBRAR VAGA EM UTI, SOL. TC DE CRÂNIO + EXAMES LABORATORIAIS.

Motivos de internação

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TCE

Motivo de permanência (interrcorrências)

PO CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA

Sistema Respiratório

VENTILAÇÃO SOB TOT

Sistema Neurológico

EVOLUÇÃO:

PUPILAS PUPILAS ANISOCÓRICAS (E>D)

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Número Conselho: 6028





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ITALLA
VANESSA NERI FERNANDES
DE OLIVEIRA
Em: 27/11/2017 11:40:23

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
WELLYSON JUNHO DA SILVA	1036440	23/10/2017 23:58:47	
Data de nascimento 24/11/1990	Idade	Sexo Masculino	CNS 706500396746895
Tipo de Internação		Convênio SUS	Pronunciário 105007 Plantão DIURNO

Evolução médica (ITALLA VANESSA NERI FERNANDES DE OLIVEIRA - 27/11/2017 11:40:16)

EVOLUÇÃO

Descrição da evolução:

#34º d/h

#fratura exposta de femur e patela esquerdo

alta da NCR em 22/11/17

meropenem d= 25/11/17 - porém já fez esquema anteriormente

leucocitos em 23/11/17 - 12,800 seg =55

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO E EXAME FÍSICO NORMAL. cd= prescrição médica;
SOLICITO EXAMES DE CONTROLE PARA ALTA.

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA

Profissional responsável pela informação: ITALLA VANESSA NERI FERNANDES DE OLIVEIRA

Número Conselho: 7582



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO
HENRIQUE ARRUDA
RAMALHO
Em: 23/11/2017 08:21:54

Paciente WELLYSON JUNHO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1036440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 24/11/1990	Idade	Sexo Masculino	CNS 708500396746895	Prontuário 105007
Tipo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO		

Evolução médica (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 23/11/2017 08:19:18)**EVOLUÇÃO****Descrição da evolução:****30 DPO- FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQ. COM FIXADOR EXTERNO****TCE GRAVE- ALTA DA UTI****FRATURA DA PATELA ESQ.****CD: RX DO FEMUR E JOELHO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA
NOVOS EXAMES E RISCO PARA PROGRAMAR CIRURGIA**Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela Informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149



**AV. ORESTES LISBOA, 5/N - PEDRO GONDIM
CEP: 6121221 - Tel.:**

Impresso por: JOSE LOPES
DE SOUSA FILHO
Em: 27/10/2017 12:37:38

Paciente WELLYSON JUNHO DA SILVA	Boleto de Atendimento 1036440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 24/11/1990	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 706500396746895	Prontuário 105007
Tempo de Internação 3d 2h 10min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (JOSE LOPES DE SOUSA FILHO - 27/10/2017 12:37:29)

Evolução do Paciente

Descrição da evolução.

NEUROCIRURGIA

#TCE GRAVE + CONTUSÃO F-T ESQ

- PO CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA + DRENAGEM CONTUSÕES

PACIENTE EVOLUI GRAVE, COM EPISÓDIOS DE BRADICARDIA.
SEDADO, IOT + VM;

RAMSAY DE 6;

PUPILAS ANISOCORICAS: ESQ MEIO-FIXA E DIREITA FOTORREAGENTE.
TCC 25/10: CONTUSÃO F-T, COM AUMENTO DA ÁREA DE EDEMA E DO DESVIO DA LM.

Cd: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA

VAGA DE TERAPIA INTENSIVA + ACOMPANHAMENTO CONJUNTO DA CLÍNICA MÉDICA

MANTER SEDAÇÃO - NEUROPROTEÇÃO
RETIRAR DRENO SUCCÃO CRÂNIANO

Soc: BLOCO - URPA ENF 41 Letto: LEITO URPA EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO

Dr. José Lopes de Souza Filho
Neurocirurgião Neurocirurgia
CRM-PB: 39800/407533974
CNPJ: 053-044-654-83
CPF: 000-000-000-00
Número de Conselho: 6675



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Wellisson Souza

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ 10 / 10 / 14

Clinica/Setor: NHS UPA EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Cranio-Turânia Descompressiva

Cirurgião: Dra Thais 1º Assistente: Dr. Tonato

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dra Taísa

Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 9 : 30 Término 12 : 00

Diagnóstico Pós-Operatório.	CID
<u>Contusão F-T esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Cranio-Turânia Descompressiva</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

12 horas

CONFERENCIA DE SEGUINSA
15 JUL 2013

Médico/CRM: _____

João Pessoa. 26 / 10 / 14

Nota de Sala Cirúrgica

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 26/07/87

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: *Luis Vazquez*

SEXO: M COR: *Clara* IDADE: *26*

PRESSÃO ARTERIAL: <i>120/80</i>	PULSO: <i>64</i>	RESPIRAÇÃO: <i>12</i>	TEMPERATURA: <i>37</i>	PESO: <i>70</i>	GRUPO SANGUÍNEO: <i>A+</i>
---------------------------------	------------------	-----------------------	------------------------	-----------------	----------------------------

ESTADO GERAL: *BOM* REGULAR / MAU / PESSIMO RISCO CIRÚRGICO: *BOM* REGULAR / MAU / PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: *V.P.B.*

AP. RESPIRATÓRIO: <i>Nor</i>	AP. CIRCULATÓRIO: <i>Normal</i>
------------------------------	---------------------------------

AP. DIGESTIVO: <i>Normal</i>	ESTADO MENTAL: <i>Normal</i>	ESTADO FÍSICO: <i>Normal</i>
------------------------------	------------------------------	------------------------------

AP. ANESTÉSICO: <i>Normal</i>	ESTADO FÍSICO: <i>Normal</i>
-------------------------------	------------------------------

DEN. DOSE: *Normal*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

QUIRURGIA REALIZADA: *Ressecção de úlcera do estômago*

QUIRURGIA: <i>Abd</i>	AUXILIARES: <i>Thomas</i>
-----------------------	---------------------------

INÍCIO DA ANESTESIA: <i>10:00</i>	TÉRMINO DA ANESTESIA: <i>12:00</i>	DURAÇÃO DA ANESTESIA: <i>2 horas</i>
-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

INÍCIO DO PROCEDIMENTO: <i>10:00</i>	QUANT. DE CH: <i>1000 ml</i>	VALORES IR: <i>70</i>
--------------------------------------	------------------------------	-----------------------

ANESTESISTA: <i>Dr. J. Tavares, CRB-CR 114-66</i>	CRM-PB: <i>4222</i>
---	---------------------

DATA: <i>26/07/87</i>	3
-----------------------	---

26/07/87	26/07/87	26/07/87
----------	----------	----------

0	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
1	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
2	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
3	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
4	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
5	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
6	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
7	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
8	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
9	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
10	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
11	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
12	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
13	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
14	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
15	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
16	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
17	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
18	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
19	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>
20	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>	<i>Colostomia - 10 cm</i>

<input type="checkbox"/> TRAQUEAL	<input type="checkbox"/> GRADUADA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> ECOPLEXO	<input type="checkbox"/> ALGORITMOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
---	--	--	--	--	--

1	<i>Fluconazol 300 mg + 100 mg</i>	<i>Triptorelin 0,3 mg</i>
2	<i>Levofloxacina 500 mg</i>	<i>(1) Fluconazol 100 mg</i>
3	<i>Acetaminofeno - 600 mg</i>	<i>(2) Metoclopramida</i>
4	<i>Acetaminofeno - 600 mg</i>	<i>(3) 14</i>
5	<i>Acetaminofeno - 600 mg</i>	<i>(4) 15</i>
6	<i>Acetaminofeno - 600 mg</i>	<i>(5) 16</i>
7	<i>Acetaminofeno - 600 mg</i>	<i>(6) 17</i>
8	<i>Acetaminofeno - 600 mg</i>	<i>(7) 18</i>
9	<i>Acetaminofeno - 600 mg + 100 mg</i>	<i>(8) 19</i>
10	<i>Acetaminofeno - 600 mg + 100 mg</i>	<i>(9) 20</i>
		<i>12/07/87</i>

<i>1. Colostomia - 10 cm</i>		
<i>2. Colostomia - 10 cm</i>		
<i>3. Colostomia - 10 cm</i>		

15/07/87

Assinatura do paciente

Foto: EGSP 2241



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente em DDH, coluna redonda e Dorsiflexão.
- (2) Tumescência, auscultação e contagem de corpos culicídeos.
- (3) Colocação de coador estéril.

Incisão:

- (1) Incisão tipo "Umbrella" (F-T-P) esquerda.
- (2) Retirada anteriormente fluis humorais e ócimo.
- (3) Cranectomia F-T-P esquerda.
- (4) Envolver.

Aebados:

- (1) Coxectomia frontal e remoção do parênquima contínuo.
- (2) Peritonotomia.
- (3) Draining com gáleas.

Conduta:

- (1) Tumefação de sangue e seio.
- (2) Revascularização de músculo, TCS e pele com flâmes.
- (3) Curativos estéril.

Fechamento:

Observação:

12/06/2019

15/06/2019

CORRETO
CORRETO
CORRETO

João Pessoa. 16/10/17

Médico/CRM:



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2468276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EMERSON
MAGNO FERNANDES DE
ANDRADE
Em: 21/11/2017 15:11:00

Paciente	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
WELLYSON JUNHO DA SILVA	1036440	23/10/2017 23:58:47	
Idade			
24/11/1990	Sexo	CNS	Prontuário
	Masculino	706500396746895	105007
Tempo de Internação	Convênio		Plantão
	SUS		DIURNO

Evolução do Paciente (EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE - 21/11/2017 15:11:00)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

#neurocirurgia

PAciente evolui com agitação no leito.

Ao exame

Ao=4 Rv= 3 Rm = 5

Iso/fotorreativas

TC de crânio com alterações dentro do esperado para pos op para craniectomia descompressiva

Suspendo ATB (proposta inicial era de 10 dias > Mais de 15 dias de uso)

Melhora da agitação apos haldol

cd.

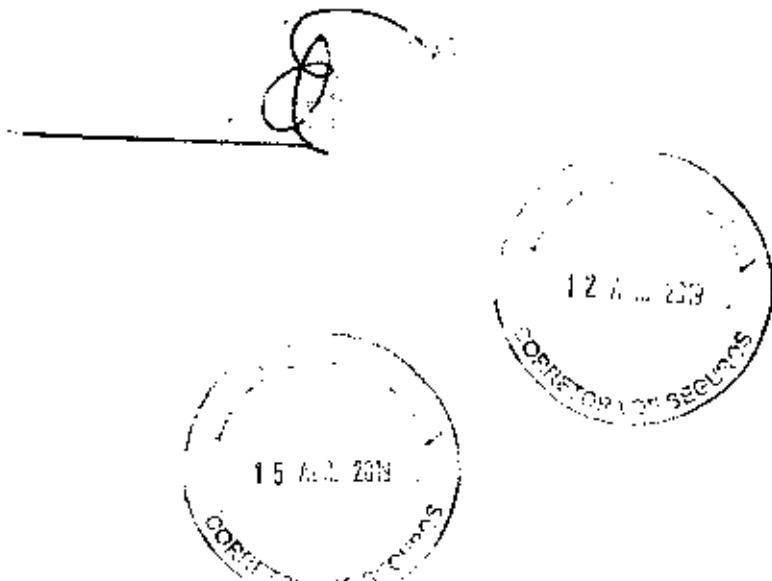
Observação neurologica

Solicito retirada de pontos

Seção: POSTO IA - ENF G - Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA

Profissional responsável pela Informação: EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE

Número Conselho: 6215




 AV. ORESTES LISBOA, S/N -
 CNES: 454554 - Tel: 8332165700

 Impresso por: GUSTAVO
 VICTOR NEVES PORTO
 Em: 20/11/2017 10:16:16

Paciente WELLYSON JUNHO DA SILVA	Setor/turno de Atendimento 1036440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1990	Idade	Sexo Masculino	Prontuário 706500396746885
Terapeia de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 20/11/2017 10:15:53)
EVOLUÇÃO DO PACIENTE
Descrição da evolução:

#neurocirurgia

Paciente evolui com agitação no leito.

Ao exame

Ao=4 Ry= 3 Rm = 5

Isofotorreativas

TC de crânio com alterações dentro do esperado para pos op para craniectomia descompressiva

/Suspendo ATB (proposta inicial era de 10 dias > Mais de 15 dias de uso)

Melhora da agitação apos haldol

cd.

Observação neurologica

Solicito retirada de pontos

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA

Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Número Conselho: 7650


 12 ABR 2018


 15 ABR 2018


 CONFECÇÃO DE SEGUINCS



INTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:

Impresso por: DANIEL
ESPINDOLA RONCONI
Em: 19/11/2017 13:58:38

Paciente WELLYSON JUNHO DA SILVA	Bolítm de Atendimento 1036440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1990	Idade	Sexo Masculino	Pronuário 105007
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 19/11/2017 13:56:49)

Evolução do Paciente

Descrição da evolução:

#neurocirurgia

PAciente evolui com agitação no leito.

Ao exame

Ao=4 Rv= 3 Rm = 5

Iso/fotorreativas

TC de crânio com alterações dentro do esperado para pos op para craniectomia descompressiva

Suspendo ATB (proposta inicial era de 10 dias > Mais de 15 dias de uso)

Melhora da agitação apos haladol

cd.

Observação neurologica

Solicito retirada de pontos

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423

Daniel E. Ronconi
Neurocirurgia
CRM 7423

12 A.M. 2018

CORRETORA DE SEGUNDOS

15 A.M. 2018

CORRETORA DE SEGUNDOS



THE MURKIN CLASSIFIERS

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

K. C. H. S.

Nome do paciente

6102 777 9 1

WESLY SOUZA DI SANTO
~~EVOLUÇÃO DO PACIENTE~~

DATA	HORA	EDD 17/09/91	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
	~ 3:30		# UCRP / NOSSA SENHORA #
			→ 4º dia convalescência progressiva (+ de 0m/s) sob efeitos calm. SI intensificadas
			→ ECG, níveis G, TOT (PCV) normais ESMOLOL 500 µg, DIONASE 600 mL solum (600 mL)
			→ SSBC: $P_L = 100 \times 60$; $4C = 720$ $SpO_2 = 98\%$. ($P_O = 301$) DIONASE 700mL/12h (concentrado).
			→ Freq. USS \Rightarrow (ESTRUTURA + GASTROINTESTINAL) + sintomas (CVS; SEOCIN)
			- AGZ sonoro: borbó, mucus G; Relevo de toque, amarelo, curvatura hiperestática (+/-) suspeita (1º int.). ACV: 400 mL
			AB: 400 mL
			ABD: mela (-); rebaixos e pulsos normais.
			Exames: \Rightarrow ecômo (+/-), pulso lento, regular. ecômo e coração: N = -.
			(D -> Faz cura de hipertermia (TURBO). * Coleta de sonhos (dissociados) + cetonúrias * Agardade endovenosa RFL. * Níveis urinários TC normais * PMS x de TDM.
			temp $= 38,2^{\circ}C$ / AFR = 113
			FATIMA ESPIAS CRM 0006405 229 MATER SECURIS



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

Willian Justo da Silva

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
20/07/2017	14:51	<p>NRPA - ANESTESIOLOGIA</p> <p>Paciente permanece em estado grave, intubado em VM mede PCV com PC = 16cmH₂O, FiCO₂ = 30%, FGF = 50mmHg, IE = 12:10m, SpO₂ = 99%. Em uso de DVA (70ml) no fluxo de 13ml/h, minímo PA = 103x52mmHg e FiO₂ = 60% (após relaxante?). Sustenta em infusão náilon.</p> <p>→ Nitroglicerina 100mcg/min e fentanyl 30mcg/h. Prolongamento semidecidual (PE > PD) e não informado. Glicemia 120mg/dL, lactato 10.4mmol/L, pH = 7.34, Tc = 32°C, Tt = 35.2°C, K = 3.1, Ca²⁺ = 1.41. Demais resultados em anexo.</p> <p>Cd: acordo de vistão do NCR e reavaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cílios ressecados em LII - prescreve glicurônico de Ca²⁺ - Clamp (20ml) - I 10ml SE 0.9% - 100ml; - solicita novo exame laboratorial - Em tempo, NCR solicita manutenção de sedação, não mais haverá alteração de protocolo U-HF, por enquanto.

Dr. Felipe Oliveira F. de Lima
CRM: PR-1660

NRPA (Anestesiologia)

Paciente segue tratamento na VM com sedação
nitroglicerina 100mcg/min, Tc 31.7°C, Tt 35.1°C, pH 7.34, PCO₂ 35mmHg, SE 0.9%.

Prescrito: 100ml de glicurônico de Ca²⁺, para manutenção da sedação.

Suspender nitroglycerina (náilon) e substituir por fentanyl 30mcg/h.

Manter sedação com cloralose 100ml.

Documentar uso da Tt.

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 METSUL		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE METSUL		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE WELLYSON JUNNON DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 3036440	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / / /	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
11 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)		12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
13 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		14 - UF	
15 - CEP		16 - FONE	
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 <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTD.	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - QTD.	
38 - JUSTIFICATIVA DA 01 FIXADOR EXTERNO			
REF MXA232X20X70M LOT 3331138 <i>Smiths Medical Deutschland GmbH</i>		IMPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA <i>Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil</i>	
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		37 - PROFISSIONAL SOLI	
38 - DOCUMENTO		39 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		41 - AUTORIZAÇÃO	
42 - DOCUMENTO		43 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
44 - DOCUMENTO		45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		47 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	

SOCIEDADE
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Wellinton Oliveira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 24/10/11
 Clínica/Setor: Urgência EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Controle de danos de politraumatismo
 Cirurgião: DR. Wellington Oliveira (R2) 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: DR. Valter Filho
 Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Multif. deputa diafragma de fundo E</u>	
<u>Multif. deputa Compartimento de fundo E</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>LAC com SFOA</u>	
<u>Retiramento de óculos</u>	
<u>Tumor do fundo</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, 24/10/11

Digitized by srujanika@gmail.com

ବିଜ୍ଞାନ ପରିଷଦ

Nota de Sala Clínica

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/10/77

PRONTUÁRIO:

0000000000000000

PACIENTE:	J. J. JUNHO DA SILVA		SEXO: M	COR: P	IDADE: 26
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
BOM	REGULAR	MAU	MÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	BOM
EXAMES COMPLEMENTARES	Exames complementares				
AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATÓRIO				
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL				
ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL				
ESTADO FÍSICO (ASA)					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Tumor de 10x8 cm da mama.				
OPERAÇÃO REALIZADA	Cirurgia Tumorectomia LII e desgarrado				
CIRURGIÃO	Dr. J. B. S. auxiliares Dr. J. B. S.				
INÍCIO DA ANESTESIA	14:40 TÉRMINO DA ANESTESIA 01:00				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CL.	VALORES RS			
ANESTESISTA	CRM-PB				

ANESTESIA		Anestesia			
Anestesia		Anestesia			
Anestesia		Anestesia			
O	A				
1	2				
3	4				
5	6				
7	8				
9	10				
11	12				
13	14				
15	16				
17	18				
19	20				
21	22				
23	24				
25	26				
27	28				
29	30				
31	32				
33	34				
35	36				
37	38				
39	40				
41	42				
43	44				
45	46				
47	48				
49	50				
51	52				
53	54				
55	56				
57	58				
59	60				
61	62				
63	64				
65	66				
67	68				
69	70				
71	72				
73	74				
75	76				
77	78				
79	80				
81	82				
83	84				
85	86				
87	88				
89	90				
91	92				
93	94				
95	96				
97	98				
99	100				
101	102				
103	104				
105	106				
107	108				
109	110				
111	112				
113	114				
115	116				
117	118				
119	120				
121	122				
123	124				
125	126				
127	128				
129	130				
131	132				
133	134				
135	136				
137	138				
139	140				
141	142				
143	144				
145	146				
147	148				
149	150				
151	152				
153	154				
155	156				
157	158				
159	160				
161	162				
163	164				
165	166				
167	168				
169	170				
171	172				
173	174				
175	176				
177	178				
179	180				
181	182				
183	184				
185	186				
187	188				
189	190				
191	192				
193	194				
195	196				
197	198				
199	200				
201	202				
203	204				
205	206				
207	208				
209	210				
211	212				
213	214				
215	216				
217	218				
219	220				
221	222				
223	224				
225	226				
227	228				
229	230				
231	232				
233	234				
235	236				
237	238				
239	240				
241	242				
243	244				
245	246				
247	248				
249	250				
251	252				
253	254				
255	256				
257	258				
259	260				
261	262				
263	264				
265	266				
267	268				
269	270				
271	272				
273	274				
275	276				
277	278				
279	280				
281	282				
283	284				
285	286				
287	288				
289	290				
291	292				
293	294				
295	296				
297	298				
299	300				
301	302				
303	304				
305	306				
307	308				
309	310				
311	312				
313	314				
315	316				
317	318				
319	320				
321	322				
323	324				
325	326				
327	328				
329	330				
331	332				
333	334				
335	336				
337	338				
339	340				
341	342				
343	344				
345	346				
347	348				
349	350				
351	352				
353	354				
355	356				
357	358				
359	360				
361	362				
363	364				
365	366				
367	368				
369	370				
371	372				
373	374				
375	376				
377	378				
379	380				
381	382				
383	384				
385	386				
387	388				
389	390				
391	392				
393	394				
395	396				
397	398				
399	400				
401	402				
403	404				
405	406				
407	408				
409	410				
411	412				
413	414				
415	416				
417	418				
419	420				
421	422				
423	424				
425	426				
427	428				
429	430				
431	432				
433	434				
435	436				
437	438				
439	440				
441	442				
443	444				
445	446				
447	448				
449	450				
451	452				
453	454				
455	456				
457	458				
459	460				
461	462				
463	464				
465	466				
467	468				
469	470				
471	472				
473	474				
475	476				
477	478				
479	480				
481	482				
483	484				
485	486				
487	488				
489	490				
491	492				
493	494				
495	496				
497	498				
499	500				
501	502				
503	504				
505	506				
507	508				
509	510				
511	512				
513	514				
515	516				
517	518				
519	520				
521	522				
523	524				
525	526				
527	528				
529	530				
531	532				
533	534				
535	536				
537	538				
539	540				
541	542				
543	544				
545	546				
547	548				
549	550				
551	552				
553	554				
555	556				
557	558				
559	560				



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Descrição da Cirurgia

Posição e Preparo:

Único hipofaringe, com um mero estapedio do crânio.
Uso de halotano com 5F 0,9%
Urticaria + sotolipri.

Incisão:

Cirurgia de corpos laringianos entero
Desenvolvimento metacarpo dos membros com fibra
Uso de halotano com 5F 0,9%
Sofátoxina

Achados:

União de osso
Urticaria
Anteroperíneo

Conduta:

(This section contains 15 blank lines for notes.)

Fechamento:

(This section contains 6 blank lines for notes.)

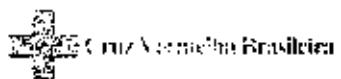
Observação:

(This section contains 6 blank lines for notes.)

15/01/2013

João Pessoa, _____

Médico/CRM: _____



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

Impresso por: DANIEL
ESPINDOLA RONCONI
Em: 18/11/2017 15:52:02

Paciente WELLYSON JUNHO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1036440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1990	Idade	Sexo Masculino	CNS 7088500396746895
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 18/11/2017 15:49:05)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

#neurocirurgia

Paciente evolui com agitação no leito.

Ao exame

Aq=4 Rv= 3 Rm = 5

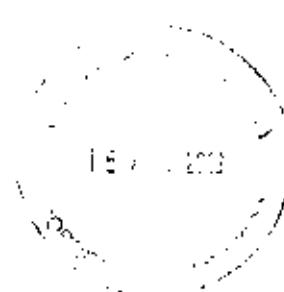
Iso/foloreativas

TC de crânio com alterações dentro do esperado para pos op para craniectomia descompressiva

Seção: POSTO IA - ENF 6 Lelto: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423

Daniel Bonconi
Neurocirurgia
CRM 7423



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME:	WELLYSON JUNHO DA SILVA			1036440
IDADE:	27	SEXO:	<input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM	COR:
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPÉDIA			EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PATELA ESQUERDA			
CIRURGIÃO:	DR ROBERTO CORREIA	1º ASS:	DR ALISSON	
2º ASS:	MR 1 PEDRO ROMAO	3º ASS:		
INSTRUMENTADOR:				ANESTESISTA: DRA. FABRIZIA
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUIANESTESIA	HORÁRIO	INÍCIO:	TÉRMINO:

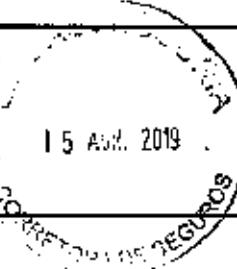
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PATELA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PATELA ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NAO 15 ABR. 2019
 DESCRIÇÃO:
 BIOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NAO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 28/12/2017



Nota de Sala Cirúrgica

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 28/02/09

PRONTUÁRIO: 203643

PACIENTE: Urso da Serra SEXO: m IDADE: 5

ESTADO PERTERAL: PULSO 22 RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL: (TB ALTO) REGULAR (MAU) PESSIMO RISCO CIRURGICO (BOM) REGULAR (MAU) PESSIMO

ANAMISES E COMPLEMENTARES See prontuário - Urso - reag. alérgico

AP. RESPIRATÓRIO: 100% O2 AP. CIRCULATÓRIO: OK

AP. ESTÔMICO: OK ESTADO MENTAL: OK SURVIA DROGAS EM USO: —

ESTADO ANESTÉSICO: Ex: nitroux + fentanil 15 ESTADO DO PACIENTE:

ESTADO DA ANESTESIA: Ex: urso em hiper + febre em seteira E

ANESTESIA REALIZADA: Ex: circulação de bolas de pétala E

ESTIMATIVA DE DURAÇÃO: AUXILIARES DR. ALISON

INÍCIO DA ANESTESIA: 01:30h TERMINO DA ANESTESIA: 02:30h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h

CENTRO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES RS:

ANESTETISTA: DR. ALISON CPF: 000-00-0000-00 CRM-PB: 3522

DOS DOSES (CO)

AGONÍNICA EPONÍCA BLOCO FLEXO BLOCO SEPARADO OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

- | | | | |
|----|-------------------------|----|---------------|
| 1 | Feluram 1000mg | 10 | 10g |
| 2 | Prostogum 500mg | 12 | |
| 3 | Lajagolana 200g | 13 | 100g |
| 4 | Tricloroform 100ml | 14 | 127,50 g |
| 5 | Descongestionante nasal | 15 | |
| 6 | Oralpina 20g | 16 | |
| 7 | Estropopina 1000mg | 17 | 15 ALIN. 2019 |
| 8 | | 18 | CORRETADO |
| 9 | | 19 | RECORRIDA |
| 10 | | 20 | URADAS |

NOTA: Urso mediterrâneo suspeito à veneno de mamba. Tudo feito para não ferir o animal e Socorrer o paciente com ferimento.

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REF ID: A1

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
VIA DE ACESSO ANTERIOR À PATELA ESQUERDA	
AVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS	
Achados:	
FRATURA DE PATELA ESQUERDA	
Conduta:	
REDUÇÃO DA FRATURA DA PATELA APOS CALOCLASIA	
CONFECÇÃO DE 2 TUNEIS TRANSPATELARES	
FEITO CERCLAGEM TIPO BANDA DE TENSAO EM 8	
REPARO DE CAPSULA ARTICULAR	
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS	
CURATIVOS ESTÉREIS	
TALA INGUINO PODALICA	
RX DE CONTROLE	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:



João Pessoa,



12 ABR. 2019



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
DE JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE CI

Nome: Adélia Souza do Vale

CPF: 3036440

Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino

CEP: 58010-100

Clínica/Sector:

LR: _____

Cirurgia:

Cirurgião: Dr. J. L. Souza 1º Assistente: Dr. J. L. Souza

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Alvaro Góes

Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Ressecção de tumor (fibroma) (ex)</u>	
<u>Ressecção de nódulo (ex)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção de tumor (fibroma) (ex)</u>	
<u>Ressecção de nódulo (ex)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim Não, Descrição:

12 ABR. 2019

CORRETOR AD SEGUROS

Biopsia de Congelação: ()Sim Não 15 ABR. 2019

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 01/01/17

Médico/CRM: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1 - Paciente na Decúbito Prone/ sob anest.

Incisão:

2 - Ingraves + Anterografica.

Achados:

Conduta:

3 - Retirada de tecido: extirpo da
faringe esq. sob sedação.

Fechamento:

4 - Curativo estéril.

Observação:

15 ABR. 2019

Médico/CRM:

Glauber M. Novaes Menezes
Médico
CRM-PB 20.9226

João Pessoa, 1d 116177

Digitized by srujanika@gmail.com



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

**AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445385 - Tel.: 8332165700**

Impresso por: VICTOR
LINHARES LUGUINHO
Em: 01/12/2017 08:31:07

Paciente WELLYSON JUNHO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1036440	Date/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Date/Hora Saída
Sexo: Masculino	Idade	Sexo Masculino	CNS 708500396746895
Documentação RG: 11.111.111-1 CPF: 111.111.111-11			Prontuário 105807
Local de Internação		Convênio SUS	Plantão DJURNO

EDICA (VICTOR LINHARES LUGUINHO - 01/12/2017 08:27:44)

卷之三

27 años - Adm: 23/10/17

Classificação: Fratura exposta de Fêmur e patela e Gustillo e anderson 3A -fratura de Fêmur AO 32B3 e patela 34C3

5. Apoio para secreção em trajeto dos pinos. Desperto orientado, sem queixas.

- excluir agendamento de LMC de coxa E
- excluir TC de joelho E (investigar Fx de espinha tibial)
- excluir RX de perfil da coluna cervical
- excluir de esquerdo

Número Casalho: 10004





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ITALLA
VANESSA NERI FERNANDES
DE OLIVEIRA
Em: 28/11/2017 08:39:23

Paciente:	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
WELLYSON JUNHO DA SILVA	1036440	23/10/2017 23:58:47	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Prontuário
24/11/1990		Masculino	708500396746595
Tipo de Internação	Convênio		Plantão
	SUS		DIURNO

Evolução Médica (ITALLA VANESSA NERI FERNANDES DE OLIVEIRA - 28/11/2017 08:39:17)

EVOLUÇÃO

Descrição da evolução:

- #35º dih
- #fratura exposta de femur e patela esquerdo
- # alta da NCR em 22/11/17
- # PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO E EXAME FÍSICO NORMAL. cd= prescrição médica;EXAMES DE CONTROLE NORMAIS, PORTANTO ALTA DA CLÍNICA MÉDICA, AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA

Profissional responsável pela informação: ITALLA VANESSA NERI FERNANDES DE OLIVEIRA

Número Conselho: 7582





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Impresso por: JOELMA
PEDRO DA SILVA
Em: 26/11/2017 12:20:13

INTERNO, SIN -
CNES: 454546 - Tel.:

Paciente WELLYSON JUNHO DA SILVA	Bolelim de Atendimento 1038440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1990	Idade	Sexo Masculino	Prontuário 105007
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

Evolução médica (JOELMA PEDRO DA SILVA - 26/11/2017 12:20:08)

EVOLUÇÃO

Descrição da evolução:

#33º dih
#fratura exposta de femur e patela esquerdo
alta da NCR em 22/11/17
meropenem dia 25/11/17
leucocitos em 23/11/17 - 12,800 seg =55
paciente sonolento, com momentos de agitação, iniciado atb, sem febre, até momento
cd= prescrição médica;
aguardo resultado de laboratorio e culturas

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: JOELMA PEDRO DA SILVA

Número Conselho: 10222

Dr. Joelma Pedro da Silva
26/11/2017 12:20



Copyright © 2010 Pearson Education, Inc., publishing as Pearson Benjamin Cummings.

GOVERNO DA PARAÍBA

14



“Whoozy”-punkt, sprunghohepunkte und Sprungtage (oder Sprungnähe) geben das entsprechende Maß.



AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CHES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: JACQUES
PAIVA CAVALCANTI
Em: 19/11/2017 11:51:27

Paciente	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
WELLYSON JUNHO DA SILVA	1036440	23/10/2017 23:56:47	
Data de nascimento	Idade	CNS	Pronutrião
24/11/1990		706500396746695	105007
Tempo de Internação		Convênio	Plantão
		SUS	DIURNO

Evolução médica (JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 18/11/2017 11:51:22)**EVOLUÇÃO****Descrição da evolução:**

paciente com fixador em coxa esquerda
em acompanhamento com a NCR

SOLICITO RX DE CAXAO ESQUERDA PARA MELHOR AVALIAÇÃO E CD

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: 001 - NEUROCIRURGIA

Profissional responsável pela informação: JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Número Conselho: 7625





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TOMAS
CATÃO MONTE RASO
Em: 22/11/2017 08:41:23

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
Nome	Idade			
WELLYSON JUNHO DA SILVA		1036440	23/10/2017 23:58:47	
04/11/1990			CNS	Prontuário
tempo de Internação			708500395746895	105007
		Convênio		Plantão
		SUS		DIURNO

Evolução do Paciente (TOMAS CATÃO MONTE RASO - 22/11/2017 08:41:08)

Evolução do Paciente

Descrição da evolução:

#neurocirurgia

Paciente evolui com agitação no leito.

Ao exame

Ao=4 Ry= 3 Rm = 5

Isofotorreativas

TC de crâneo com alterações dentro do esperado para pos op para craniectomia descompressiva

Suspendo ATB (proposta inicial era de 10 dias > Mais de 15 dias de uso)

Melhora da agitação apos haldol

cd.

AOS CUIDADOS DA CLINICA MEDICA.
NA ALTA, CHAMAR-NOS PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: TOMAS CATÃO MONTE RASO

Número Conselho: 7742



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CEP: 5121221 - Tel:Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Em: 16/11/2017 12:12:50

Paciente WELLYSON JUNHO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1036440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 24/11/1990	Idade	Sexo Masculino	CNS 706500396746895	Prioritário 105007
Devolto de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO - 16/11/2017 12:12:33)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIPÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##NEURO.

PACIENTE SEGUE ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COOPERATIVO, CONSCIENTE E ORIENTADO. RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SOB AR AMBIENTE, SEM INTERCORRÊNCIAS NAS ÚLTIMAS 12HRS.

CD:

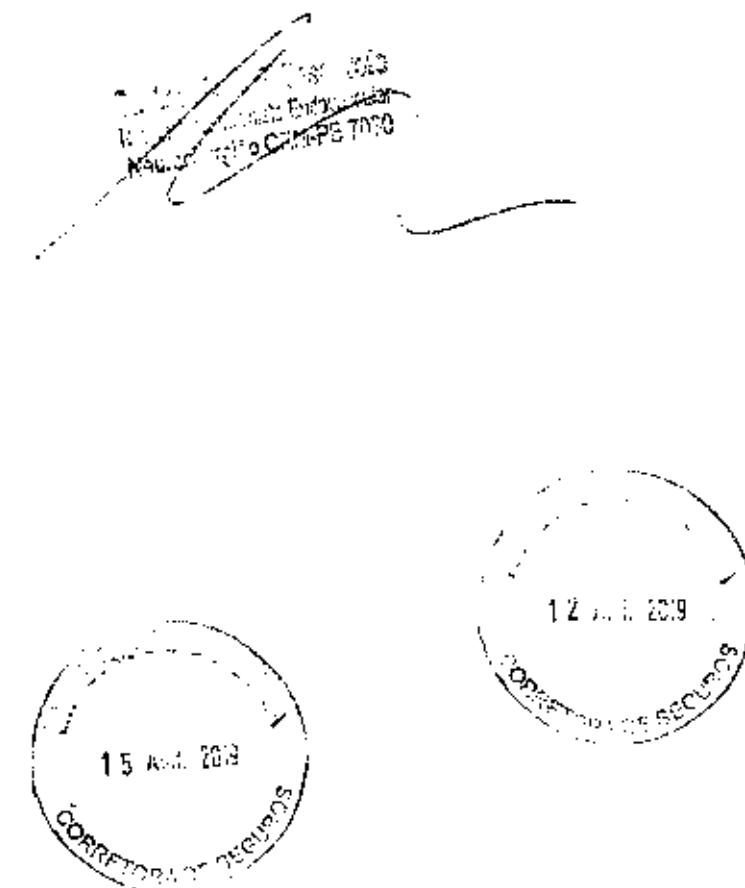
TCC CONTROLE.

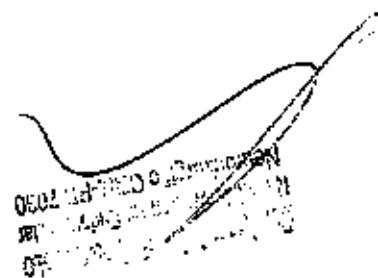
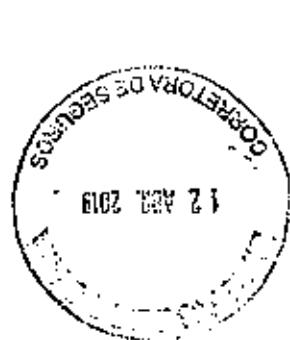
LABORATÓRIO.

PRESCRIÇÃO.

Seção: POSTO IA - ENF 6 Lelio: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO

Número Conselho: 7030





Número Contabil: 7030
Setor: POSTO 1A - ENF 6 - Leito: 0001 - NEUROCIURGIA
Profissional responsável pela informaçao: JOSE LAVOISIER FETOSA NETO

CD:
TOC CONTROLE
LABORATÓRIO
PRECRIGADO.

PACIENTE SEGUO ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COOPERATIVO, CONSCIENTE E ORIENTADO.
RESPIRAGAO ESPONTANEA, SOB AR AMBIENTE, SEM INTERCORRENCIAS NAS ULTIMAS 12HRS.

#NENHUM:

Evolução do paciente
Descrição da evolução:

Evolução do paciente (JOSE LAVOISIER FETOSA NETO - 16/11/2017 12:12:33)

Nome	WELLYSON JUNHO DA SILVA	Sexo	Masculino	CPF	20111713390	Endereço	Alendimuno	Data de Nascimento	20/06/1964	Idade	53	Estado Civil	Solteiro	Plano de Intervenção	103007	Comorbilidade	CNS	706500396746895	SUS	Plano de Diálogo	CD:
------	-------------------------	------	-----------	-----	-------------	----------	------------	--------------------	------------	-------	----	--------------	----------	----------------------	--------	---------------	-----	-----------------	-----	------------------	-----

Ay. DRESTER LISBOA, SN - PEDRO GONDIIM
CNES: 6121221 - Tel:

Hospital São José de Fátima/UFSCar - São Carlos
Sociedade Humanitária Lucas de Oliveira

GOVERNO
DA PARÁBA



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
31/01/12	11h	<p><u>URPA - Anestesiologista</u></p> <p>Paciente continua gráve, intubado em VM. Níveis PCV (Paco₂=17; Pcap=5; FR=16; FiO₂=50%) em uso de Norepinefrina 10ml/h, mantendo PA = (31x62) e FC = 61 bpm. Faz uso de sedação em infusão contínua com midazolam e fentanyl. Pupila irregular, não fotorrágica, no momento. Urina concentrada e sem urinímetros.</p> <p><u>C8 - Aguarda vaga em UTI:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajuste de diogo, complemento conjunto c/ NRR, - Manter DVA, Nefro e VM.


Dr. Felipe Oliveira F. de Lima
CRM 143.3660

31/01/12	11h	URPA
		UTI
		PCV, 50% O2/FIO ₂ , ECG, CO ₂ ETCO ₂ , PAP, TEE
		TO de Cetilic + Furosemida + Diurético
		+ uso de fentanyl e midazolam
		Pac. evolui desfavoravelmente
		S/ S
		Dr. Rodrigo Marmo da C. e Souza NEUROCIRURGIA CRM 5975
		12 h. 11.703
		15 ABR 2014
		CORTE BRAIN SURGICAL



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO	
NOME	3.840.514	21/03/2010
FILIAÇÃO	WELLYSON JUNHO DA SILVA	
	JOSE DUARTE DA SILVA	
	SEVERINA SANTINO DA SILVA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
JACARAU-PB	24/11/1990	
DOC ORIGEM	NASC.N.389 FLS.98 LIV.A1	
CPF	CARTORIO, JACARAU-PB	
João Pessoa - PB		
ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI N° 7.116 DE 29/08/83		

12 - 209

15 ABR 2010

15 ABR 2010

15 ABR 2010



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 107.362.344-03

Nome: WELLYSON JUNHO DA SILVA

Data de Nascimento: 24/11/1990

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 14/07/2010

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:36:40 do dia 12/04/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 99F7.70F6.FEE6.D001



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO	
NOME	3.840.514	21/03/2010
FILIAÇÃO	JOHÉ DUARTE DA SILVA	
	SEVERINA SANTINO DA SILVA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
JACARAU-PB	24/11/1990	
DOC ORIGEM	NASC.N.389 FLS.98 LIV.A1	
CPF	CARTORIO, JACARAU-PB	
João Pessoa - PB		
ASSINATURA DO DIRETOR		

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MOEDA DO BRASIL



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 107.362.344-03

Nome: WELLYSON JUNHO DA SILVA

Data de Nascimento: 24/11/1990

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 14/07/2010

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:36:40 do dia 12/04/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 99F7.70F6.FEE6.D001



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Denatran - RENAVAM

Roubô/Furto

Não

Placa

LPM2380

Município - UF

CONDE - PB

Marca/Modelo

YAMAHA/FACTOR YBR125 K

Cor

PRETA

Ano Fabricação/Ano Modelo

2009/2009

Chassi

9C6KE122090084927

Renavam

00171390903

Câmbio

N/I

Motor

E3D1E-084920

Combustível

GASOLINA

Capacidade de Passageiros

2

Tipo do Veículo

MOTOCICLETA

Situação do Veículo

CIRCULACAO

Espécie do Veículo

PASSAGEIRO

Categoria do Veículo

PARTICULAR

Alarme

Não

Quantidade de Eixos

N/I

Capacidade de Carga do Veículo

N/I

Capacidade de Tração do Veículo

N/I

Peso Bruto do Veículo

0.32

Carroceria do Veículo

NÃO APLICAVEL

Potência do Veículo

0

Cilindradas

124

Carroceria

N/I

Chassi - Nº Série

84927

Nº do Eixo Auxiliar Original

N/I

Nº do Eixo Traseiro Original

N/I

Documento do Veículo

Nome Proprietário

JOACIL ARAUJO DE SENA

CPF/CNPJ do Proprietário

09915329458

Data de Baixa

N/I

Data da Declaração de Importação

N/I

Data da Última Atualização

05/06/2013

Data da Última Atualização MRE

N/I

Data de Emissão do Último CRV

05/06/2013

Data Limite da Restrição Tributária

N/I

Nº Processo de Importação

N/I

Tipo Importação

N/I

Tipo Documento do Importador

INEXISTENTE

Comunicação de Venda

Sim

Leilão

Não

Multa RENAINF

Não

Pendência de Emissão do CRV

Não

Restrições

SEM RESTRIÇÃO
SEM RESTRIÇÃO
SEM RESTRIÇÃO
SEM RESTRIÇÃO

Restrição RFB

INEXISTENTE

Recall

Não

Não

Não

Recall de Montadora

Não

Restrição RENAUJD

Não

Natureza Faturado

JURIDICA

Nº do Documento do Faturamento

03767615000136

Natureza do Importador

N/I

Nº da Declaração de Importação

N/I

Nº do Documento do Importador

N/I

Órgão da Declaração de Importação

INEXISTENTE

Nome Arrendatário

N/I

Nº do Documento do Arrendatário

N/I

Nº de Identificação do Proprietário Indicado

N/I

Origem do Proprietário Indicado

N/I

País de Transferência

INEXISTENTE

Nome Possuidor

PAULA FRANSSINETTI R DA SILVA

Nº Documento Possuidor

03240168405



O sinal desse documento é protegido e controlado pela Lei nº 12.527/2011. A divulgação, a revelação, o fornecimento, a utilização ou a reprodução desautorizada de seu conteúdo, a qualquer tempo, meio e modo, inclusive mediante acesso ou facilitação de acessos indevidos, constituem condutas ilícitas que ensejam responsabilidades penais, civis e administrativas.

Nome	PAULA FRANSINETTI DA SILVA	Orgão Possuidor	COMPRADOR	Documento Possuidor	RUA JORGE DE BARROS BARBOSA, 185 N/I	Endereço, nº	Endereço, nº	Barra	Município - UF	JOAOPESSOA - PB	CEP	V FIGUEIREDO
Nº Documento	03240168405	UF do Proprietário	PE	UF do Fornecedor	PE	UF de Junta de	UF de Junta de	PE	UF de Junta de	PE	UF de Junta de	Nº Documento
Tipo de Documento do Proprietário	INEXISTENTE	Tipo de Documento do Fornecedor	NORMAL	Tipo de Remetente do Chassi	NORMAL	FISICA	FISICA	FISICA	FISICA	FISICA	FISICA	Tipo de Documento do Proprietário
Orgão Possuidor	NACIONAL	Précedência	NACIONAL	Registro Aduaneiro	N/I	3	3	3	3	3	3	Orgão Possuidor

Cod. Identificador: 23D70694-2E3F-42D6-AB80-B81A4E50E16A
em 03/04/2019 11:43:45

Gerado por Sinesp Informações



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Zelleyson Júnior de SouzaDATA DO ACIDENTE 23/10/2012 CPF DA VITIMA 407.362.344-03

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (✓) VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COMA VITIMA É ENDERECO DO PORTADOR Sítio TimboNº 510 COMPLEMENTO CIDADE Acaraí UF PR CEP 592.49.000E-MAIL TELEFONE (63) 991923023

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (FOTOCÓPIA) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA LAUDÔTIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA, MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

 MORTE = R\$ 13.500,00
INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A AVAVIDADE DAS LESÕES E DE ATRIBUTO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TÓTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTÍNUOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1264 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE → RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA IDENTIDADE 3.840.514 DATA 15 JUL 2019 NOME

DOS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

ASSINATURA Wellison da Silva ASSINATURA Wellison da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127774/19

Número do Sinistro: 3190276437

Vítima: WELLYSON JUNHO DA SILVA

CPF: 107.362.344-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/10/2017

WELLYSON JUNHO DA SILVA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: WELLYSON JUNHO DA SILVA
CPF: 107.362.344-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

WELLYSON JUNHO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127774/19

Vítima: WELLYSON JUNHO DA SILVA

CPF: 107.362.344-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/10/2017

Titular do CPF: WELLYSON JUNHO DA SILVA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

WELLYSON JUNHO DA SILVA : 107.362.344-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019
Nome: WELLYSON JUNHO DA SILVA
CPF: 107.362.344-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

WELLYSON JUNHO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127774/19

Número do Sinistro: 3190276437

Vítima: WELLYSON JUNHO DA SILVA

CPF: 107.362.344-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/10/2017

WELLYSON JUNHO DA SILVA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/04/2019
Nome: WELLYSON JUNHO DA SILVA
CPF: 107.362.344-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

WELLYSON JUNHO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA