
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



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

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



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:

Wellyson Junho da Silva

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

Nome completo:

Wellyson Junho da Silva

CPF:

107.362.344-03

Número:

311

Complemento:

CEP:

59218000

Tel (DDD):

(83) 991928028

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio Timbou

Bairro:

Área Rural

Cidade:

faccinau

E-mail:

almaric@igmail.com

Estado:

PB

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

RENDAS 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

☐ SEM 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Somente para bancos)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Jacu, Paraíba, 15/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Wellyson Junho da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

15 ABR 2019

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 ROGO, 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 nº 000.000/1944-50, (II) Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada Pouplex, por intermédio do Banco do Brasil S.A..

Proponente/Contratante 1: WELLYSON JUNHO DA SILVA, inscrito(a) no CPF sob o nº 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 nº 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 nº 1.855-4, Poupança Ouro nº 510.001.855-7, Poupança Pouplex nº 960.001.855-9, conta individual, aberta em 03.04.2019.

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 nº 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 abertura de conta-corrente.

b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexa proposta/contrato de abertura de conta-corrente.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

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). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(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 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 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? NÃO;
- 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, escrevã(o) que digitei.

Wellyson Junho da Silva

WELLYSON JUNHO DA SILVA

Comunicante

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





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 24/11/1990	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	Nº Cns 706500396745895		
Local de procedência JACARAU	Tipo MUNICIPIO			UF PB
Email	Naturalidade JACARAU	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	Velo de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []				
Ultrassonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO				Tempo 23seg

Imprimir

SEVERINA RODRIGUES DOS SANTOS
SITIMBO, S/N - ÁREA RURAL
JACARAÚ / PB CEP 58279000 (AG 14)

Emissão 11/12/2018 Referência Dez / 2018
Classe/Subcl. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/230, Km 25 - Cristo Redentor
Roteiro 8 - 28 - 581 - 4880 Nº medidor 00000707669

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Nota Fiscal / Conta de Energia
Cod. para Deb. Automático

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF / CNPJ / RANI

Dez / 2018

11/12/2018

11/01/2019

769.806.744-49

1550 Est.

UC (Unidade Consumidora):

51649735-8

Canal de contato

- Exatidão de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de
dezembro de 2018
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar



Declaração

Wellyson Júnio da Silva, Brasileiro, Solteiro, Agricultor, natural de Jauaraú, nascido em 24/11/1990, Portador do CPF: 107.362.344-03, declara que o proprietário do veículo envolvido no acidente que sofreu no dia 23 de outubro de 2017, recusa a assinar a "Declaração de Proprietário do Veículo" que a Seguradora Loides exige.

Solicito que substituam a declaração do proprietário do veículo por essa declaração, visando o recebimento do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 30 de Abril de 2019.

Wellyson Júnio da Silva
CPF: 107.362.344-03



Declaração

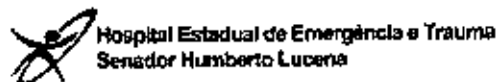
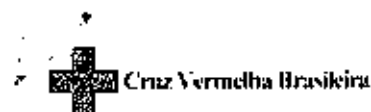


Wellison Juniors da Silva brasileiro brasileiro genais portador de CPF 107.362.344-03 declara que o proprietário do veículo envolvido no acidente que ocorreu no dia 23/10/2017 recusa a assinar a Declaração do proprietário do veículo que seguradora inden exige. Sou brasileiro Solteiro e agricultor.

Solicito que substituam a declaração do proprietário do veículo por essa declaração, usando o valor mínimo do seguro DPVAT.

Wellison Juniors da Silva

CPF 107.362.344-03



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 24/11/1990	Idade 28 anos 4 meses 17 dias	Estado civil	Religião NÃO INFORMADA	Prentuário 105007		
Mãe SEVERINA SANTINO DA SILVA	Pai JOSE DUARTE DA SILVA		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
Escolaridade	DDD Móvel 83		Fone Móvel 991139987	Fone Fixo 32951880		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3840514	Nº Cns 706500396746895				
Local de procedência JACARAU	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade JACARAU	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	Velo de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA x mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO						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 hemorrágicas 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 descompressiva (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



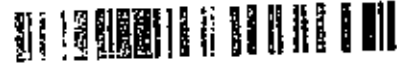
1. The first group of students is the "Advanced" group, which is composed of students who have completed the first two years of the program and are currently in the third year. This group is responsible for the majority of the research and development work in the program.



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. CRISTÓBAL LAGOALBA - PEDRO GONDI. CNE5: 12312-78 | 8332165700

Boletim de Atendimento: 1036440



Introduction to the Machine

[illegible]

FACE

14 45

ANDRE

07/11/17

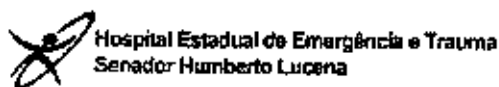
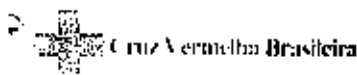
1. 07.02.2022:08

Journal of Management Inquiry 22(1) 100-111

Conto de entrada de Simão Pereira de
 Sousa de 1799. Conto de entrada
 de 1799. Conto de 1799. Conto de 1799.

Mavioel Filho
Engenheiro
CPM - PB-436.443

235



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

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

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
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105007	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (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 refrado fixador . Paciente queixando-se de dores intensas em MIE

cd:aguardo melhora condição de pele para tto definitivo

Otimizo analgesia

DEMAIS MANTIDAS

Seção: POSTO IB - ENF 12 Lote: 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

Paciente: 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	Sexo Masculino	CNS 706500396746895	Prontuário 105007
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA - 12/12/2017 10:28:48)

EVOLUÇÃO

RESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

REALIZADO APENAS A RESTIRADA DO FIXADOR EXTERNO DO FÊMUR DEVIDO A INTENSA DRENAGEM DE
EXCREÇÃO PURULENTE DE TRAJETO DOS PINOS

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

Número Conselho: 9220

GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA
CRM - PB 8220
Médico



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: VICTOR
LINHARES LUGUINHO
Em: 07/12/2017 02:15:46

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 706500396746695
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	Prontuário 105007

EVOLUÇÃO MEDICA (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 platô tibial + avulsão lcp

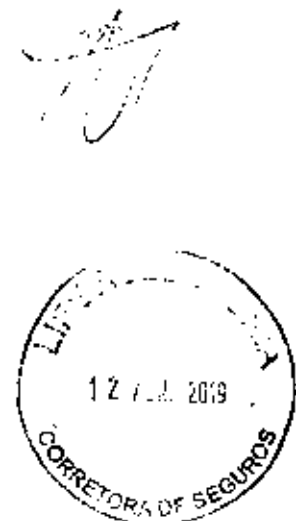
Classificação: Fratura exposta de Fêmur e patela e Gustillo e anderson 3A
-fratura de Fêmur AO 32B3 e patela 34C3

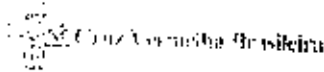
Evolui: com secreção em trajeto dos pinos. Desperto orientado, sem queixas

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
CNS: 2592983 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LEONARDO
PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 30/10/2017 13:42:09

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 26	Sexo Masculino	CNS 706500396746895	Prontuário 105007
Tempo de Internação 6d 3h 15min	Convênio SUS		Plantão DIURNO	

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, SOB VM.

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

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TCE

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

PO CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

VENTILAÇÃO SOB TOT

SISTEMA NEUROLÓGICO

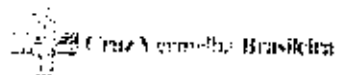
EVOLUÇÃO.

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 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
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

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

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#34º dh

#fratura exposta de fêmur e patela esquerdo

alta da NCR em 22/11/17

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

leucócitos 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
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso 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 Saida
Data de nascimento 24/11/1990	Idade	Sexo Masculino	CNS 708500396746895
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 105007

EVOLUÇÃO MEDICA (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





6.17183 - 1990-1991: Transition



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 06.908.221/0001-11 - Tel.:

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

Paciente WELLYSON JUNHO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1036440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	DE SOUSA FILHO Em: 27/10/2017 12:37:38	
Data de nascimento 24/11/1990	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 706500396746895	Data/Hora Saída	
Tempo de Internação 3d 2h 10min		Convênio SUS		Prontuário 105007	
				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 + FOCOS#

#TCE GRAVE + CONTUSÃO F-T ESQ

- PO CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA + DRENAGEM CONTUSÕES

PACIENTE EVOLUI GRAVE, COM EPISODIOS DE BRADICARDIA.
SEDADO, IOT + VM:

SEDADO, IOT + VM;

RAMSAY DE 6;

PUPILAS ANISOCÓRICAS: ESQ MEIO-DIREITA E DIREITA FOTORREAGENTE
TCC 25/10: CONTUSÃO E-T COM ALIMENTO C/ AGENTE

TCC 25/10: CONTUSÃO F-T, COM AUMENTO DA ÁREA DE EDEMA E DO DESVIO DA LM.
Cd: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

Cd: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
VAGA DE TERAPIA INTENSIVA - ACQUATI

VAGA DE TERAPIA INTENSIVA + ACOMPANHAMENTO CONJUNTO DA CLÍNICA MÉDICA
MANter SEDaÇÃO - NEUROPROTEÇÃO

MANTER SEDAÇÃO - NEUROPROTEÇÃO
RETIRAR DRENO QUANDO

RETIRAR DRENO SUCÇÃO CRÂNIANO

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

Dr. José Lopes de Sousa Filho
CRM nº 16.678
Neurologia - Neuropsiquiatria
CNPJ nº 09.000.047/333-974
CPF nº 053.044.456-83

Registro Conselho: 6675



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

5 - NOME NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - NOME DA LÍNGUA OU RESPONSÁVEL

DDP

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CID - IBOE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID - 10 PRINCIPAL

22 - CID - 10 SECUNDÁRIO

23 - CID - 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

26 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

27 - DIÁRIA DE UTI TIPO I

28 - DIÁRIA DE UTI TIPO II

29 - DIÁRIA DE UTI TIPO III

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DATA DA SOLICITAÇÃO

48 - DATA DA SOLICITAÇÃO

49 - DATA DA SOLICITAÇÃO

50 - DATA DA SOLICITAÇÃO

51 - DATA DA SOLICITAÇÃO

52 - DATA DA SOLICITAÇÃO

53 - DATA DA SOLICITAÇÃO

54 - DATA DA SOLICITAÇÃO

55 - DATA DA SOLICITAÇÃO

56 - DATA DA SOLICITAÇÃO

57 - DATA DA SOLICITAÇÃO

58 - DATA DA SOLICITAÇÃO

59 - DATA DA SOLICITAÇÃO

60 - DATA DA SOLICITAÇÃO

61 - DATA DA SOLICITAÇÃO

62 - DATA DA SOLICITAÇÃO

63 - DATA DA SOLICITAÇÃO

64 - DATA DA SOLICITAÇÃO

65 - DATA DA SOLICITAÇÃO

66 - DATA DA SOLICITAÇÃO

67 - DATA DA SOLICITAÇÃO

68 - DATA DA SOLICITAÇÃO

69 - DATA DA SOLICITAÇÃO

70 - DATA DA SOLICITAÇÃO

71 - DATA DA SOLICITAÇÃO

72 - DATA DA SOLICITAÇÃO

73 - DATA DA SOLICITAÇÃO

74 - DATA DA SOLICITAÇÃO

75 - DATA DA SOLICITAÇÃO

76 - DATA DA SOLICITAÇÃO

77 - DATA DA SOLICITAÇÃO

78 - DATA DA SOLICITAÇÃO

79 - DATA DA SOLICITAÇÃO

80 - DATA DA SOLICITAÇÃO

81 - DATA DA SOLICITAÇÃO

82 - DATA DA SOLICITAÇÃO

83 - DATA DA SOLICITAÇÃO

84 - DATA DA SOLICITAÇÃO

85 - DATA DA SOLICITAÇÃO

86 - DATA DA SOLICITAÇÃO

87 - DATA DA SOLICITAÇÃO

88 - DATA DA SOLICITAÇÃO

89 - DATA DA SOLICITAÇÃO

90 - DATA DA SOLICITAÇÃO

91 - DATA DA SOLICITAÇÃO

92 - DATA DA SOLICITAÇÃO

93 - DATA DA SOLICITAÇÃO

94 - DATA DA SOLICITAÇÃO

95 - DATA DA SOLICITAÇÃO

96 - DATA DA SOLICITAÇÃO

97 - DATA DA SOLICITAÇÃO

98 - DATA DA SOLICITAÇÃO

99 - DATA DA SOLICITAÇÃO

100 - DATA DA SOLICITAÇÃO

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Wellyson Simão
Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ 10/10/17
Clínica/Setor: Não URPA EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Cranioctomia Descompressiva
Cirurgião: Dra Thaise 1º Assistente: Dr. Tarcis
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dra Rafaela
Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 9 : 30 Término 12 : 00

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Cranioctomia Descompressiva</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelamento: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

URPA

15 ABR 2019



João Pessoa. 26/10/17

Médico/CRM: _____

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: <u>JOÃO CARLOS DA SILVA</u>							
CIDADE: <u>BELO HORIZONTE</u>		PRONTO-SOLÁRIO: <u>1000</u>		ENFERMARIA: <u>1000</u>		LEITO: <u>1000</u>	
CIRURGIÃO: <u>DR. CARLOS DA SILVA</u>							
CIRURGIÃO: <u>DR. CARLOS DA SILVA</u>							
ANESTESIA: <u>ANESTESIA GERAL</u>							
ANESTESIA: <u>ANESTESIA GERAL</u>							
INSTRUMENTADOR: <u>DR. CARLOS DA SILVA</u>							
DATA: <u>10/10/2010</u> TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIA: <u>10:00</u> CIRURGIA INICIA: <u>10:00</u> FIM: <u>12:00</u>							
NOME DO RISCO DE CÍRURGIA - ASSOCIADO (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA I (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDIÇÕES ANESTÉSICAS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.							
ALFENTANIL			JELCO Nº18		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº		
CLORALDRINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº		
CHLORALDRINA			KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº		
ETomidato			LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº		
ETIOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº		
ETIOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº		
ETIOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº		
ETIOBARBITAL			LÂMINA DE DERMATÔMIO		FIO POLIPROPILENO Nº		
ETIOBARBITAL			LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº		
ETIOBARBITAL			LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº		
ETIOBARBITAL			LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIPROPILENO Nº		
ETIOBARBITAL			LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLACTINA Nº		
ETIOBARBITAL			LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO SEDA Nº		
ETIOBARBITAL			LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO SEDA Nº		
ETIOBARBITAL			MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL		QTD.
ETIOBARBITAL			MULTIVIAS		CATETER DE PIC		
ETIOBARBITAL			PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO		
ETIOBARBITAL			SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO ENXADURA		
ETIOBARBITAL			SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº		
ETIOBARBITAL			SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº		
ETIOBARBITAL			SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº		
ETIOBARBITAL			SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº		
ETIOBARBITAL			SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
ETIOBARBITAL			BOLSA P/ COLUSTUMIA		HEMOST. ARTERIAL		
ETIOBARBITAL			CÂMULA P/ TIRAGEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR		
ETIOBARBITAL			CATETER DE OXIGÊNIO		PROTESE VASCULAR		
ETIOBARBITAL			CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM		
ETIOBARBITAL			CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO		
ETIOBARBITAL			CATETER EPIDURAL Nº17				
ETIOBARBITAL			CATETER EPIDURAL Nº18		EMPRESA		
ETIOBARBITAL			CATETER EPIDURAL Nº18				
ETIOBARBITAL			CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS		
ETIOBARBITAL			COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS		
ETIOBARBITAL			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS		
ETIOBARBITAL			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS		
ETIOBARBITAL			DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR		
ETIOBARBITAL			DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR		
ETIOBARBITAL			ELETRODOS		PLACA		
ETIOBARBITAL			EQUIPO MACROGOTAS		PLACA		
ETIOBARBITAL			EQUIPO TRANSF. SANGUE				
ETIOBARBITAL			EQUIPO MICROGOTAS				
ETIOBARBITAL			ESPONJA DE PVPI		EQUIPAMENTOS		
ETIOBARBITAL			ESPARADRAPO				
ETIOBARBITAL			GAZES		(1) ASPIRADOR		
ETIOBARBITAL			GAZES ALGODADAIS		(1) BISTURI ELÉTRICO		
ETIOBARBITAL			GEL ELETROLÍTICO		(1) CAPNOGRÁFO		
ETIOBARBITAL			JELCO Nº14		(1) CARDIOMONITOR		
ETIOBARBITAL			JELCO Nº16		(1) DESHIDRATADOR		
ETIOBARBITAL					(1) FOCO AXILAR		
ETIOBARBITAL					(1) FOCO CENTRAL		
ETIOBARBITAL					(1) MICROSCÓPIO		
ETIOBARBITAL					(1) OXÍMETRO DE PULSO		
ETIOBARBITAL					(1) P/ A INVASIVA NÃO INVASIVA		
ETIOBARBITAL					(1) RADIADOR ELÉTRICO		

PRONTUÁRIO:

SEXO: L COR:

IDADE: 28

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO				
EXAMES COMPLEMENTARES					
P. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO			
P. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO	
P. ANESTÉSICO				ESTADO FÍSICO (ANAI)	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					

CIRURGIA REALIZADA	Circunscisão do prepúcio	
CHIRURGO	AUXILIARES	Thomaz
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS
ANESTESISTA	CPE	CRM-PB

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
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
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
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
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
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13</																																																																																							

☒ ANESTESIA GERAL ☐ TRACHEOTOMIA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:

DATE		MEDICATIONS & NATURAL PRODUCTS	
1	1. <u>Amoxicillin</u> 3.5g HCL + H ₂ O	11	11. <u>Trip</u>
2	2. <u>Amoxicillin</u> 2.5g	12	12. <u>Trip</u>
3	3. <u>Amoxicillin</u> 2.5g	13	13. <u>Menthol</u>
4	4. <u>Amoxicillin</u> 2.5g	14	
5	5. <u>Amoxicillin</u> 2.5g	15	
6	6. <u>Amoxicillin</u> 2.5g	16	
7	7. <u>Amoxicillin</u> 2.5g	17	
8	8. <u>Amoxicillin</u> 2.5g	18	
9	9. <u>Amoxicillin</u> 2.5g	19	
10	10. <u>Amoxicillin</u> 2.5g	20	

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDH, calças removidas e Diga 1a
- 2) Tórax, abdômen e anti-espina de
- 3) Colocação de campos estéreis

Incisão:

- 1) Incisão tipo "Marshall" (F-T-P) esquerda.
- 2) Abertura anteriormente flap muscular anterior.
- 3) Craniotomia F-T-P esquerda
- 4) Envolvimento

Achados:

- 1) Craniotomia frontal e imagem do parênquima
- 2) Continuação
- 3) Hemorragia
- 4) Descoltada com gilete

Conduta:

- 1) Hemostasia de sangramento
- 2) Fechamento de músculo, TCSC e pele por
- 3) Pontos
- 4) Curativo estéril

Fechamento:

Observação:

João Pessoa. 26/11/2012

Médico/CRM:

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: EMERSON
MAGNO FERNANDES DE
ANDRADE
Em: 21/11/2017 15:11:00

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	CNS	Prontuário
24/11/1990		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

Ap=4 Rv= 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 neurológica

Solicito retirada de pontos

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

Profissional responsável pela Informação: EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE

Número Conselho: 6215



AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 20/11/2017 10:16:16

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
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 105007
			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 Rv= 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 após haldol

cd.

Observação neurológica

Solicito retirada de pontos

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Número Conselho: 7650





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

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

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
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105087	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 após haldol

cd.

Observação neurológica

Solicito retirada de pontos

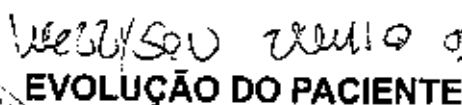
Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela Informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423

Daniel E. Ronconi
Neurocirurgia
CRM 7423



FINGERPRINTS



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
07.02.20	13.35	# UCRP / NOSSO SODOL # * 4º dia craniectomia de emergência (+ 0,004) 503 vezes 0,004 51 microneuros → EGG, mmHg 6, 10+ (PCU), 12h Espinal, 51 DVA, Diurese (+ microneuros (E > D) → SSU: PL = 100 x 60 ; TC = 72 Sp2 = 88% (PO2 = 30%) Diurese 700ml/12h (concentrada) → Km USG => (exatidão + grau de USG) + silfoniticos ; 500mg → 1º exame: EGG, mmHg 6 ; (deixar a toque, amarelo, amarelo, clareado (+/4+) , descolorido (+/4+) ACU : 12h AB : 12h ARD : 12h (-) ; melhora a pulsa neomiasa. Uterinos : 12h (+/4+) pulso chui, regular, amarelo e corado 12h (12 - * faz cura de temperatura (taxi) * Cálculo de soro de 12h + 12h * Aguardando avaliação RCP. * 12h último TC com US * 12h x de tom 12h Taxí = 38,2°C / RR = 113 7



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

William Junior da Silva

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
28/11/2013	14:55h	<p>IRPA - ANESTESIOLOGIA</p> <p>Paciente permanece em estado grave, intubado com VM modo PCV com PC = 16 cmH₂O, FiO₂ = 30%, F_{RR} = 12/min, IR = 12/min, SpO₂ = 99%. Em uso de DVA (T₁ = 10 cmH₂O, F_{RR} = 12/min, SpO₂ = 99%). Em uso de DVA (T₁ = 10 cmH₂O, F_{RR} = 12/min, SpO₂ = 99%).</p> <p>Fluxo de 12 ml/h, mantendo PA = 103 x 52 mmHg e FiO₂ = 30% (Apert. 10 cmH₂O). Sedação em infusão contínua = Midazolam 10 ml/h e fentanil 30 ml/h. Pressão arterial sistólica (PA > PD) e não há necessidade de vasoativos.</p> <p>Na artéria em 10:40h pH = 7,34, pO₂ = 40, pCO₂ = 15, K = 3,1, Ca²⁺ = 1,41. Demais resultados em anexo.</p> <p>Cópias de exames de NCR e exames de laboratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exames de laboratório em UTI - prescreve fluoreto de Ca²⁺ (Clamp 20ml) - 10% 5F 0,9% - 100ml; - Admitir novos exames laboratoriais - Em tempo, NCR solicita manutenção de X-ray, pois não houve abertura de protocolo U-HE por enquanto.
		<p>Dr. Felipe Oliveira F. de Lima CRM - 114.566</p>
		<p>IRPA # (Anestesiologia)</p> <p>Revisão fisiológica, com VM modo PCV com PC = 16 cmH₂O, FiO₂ = 30%, F_{RR} = 12/min, IR = 12/min, SpO₂ = 99%. Em uso de DVA (T₁ = 10 cmH₂O, F_{RR} = 12/min, SpO₂ = 99%).</p> <p>Fluxo de 12 ml/h, mantendo PA = 103 x 52 mmHg e FiO₂ = 30% (Apert. 10 cmH₂O). Sedação em infusão contínua = Midazolam 10 ml/h e fentanil 30 ml/h. Pressão arterial sistólica (PA > PD) e não há necessidade de vasoativos.</p> <p>Na artéria em 10:40h pH = 7,34, pO₂ = 40, pCO₂ = 15, K = 3,1, Ca²⁺ = 1,41. Demais resultados em anexo.</p> <p>Cópias de exames de NCR e exames de laboratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exames de laboratório em UTI - prescreve fluoreto de Ca²⁺ (Clamp 20ml) - 10% 5F 0,9% - 100ml; - Admitir novos exames laboratoriais - Em tempo, NCR solicita manutenção de X-ray, pois não houve abertura de protocolo U-HE por enquanto.



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 JUNIOR DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1036440

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD 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 - CDD 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 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL



IMPOL

INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA

Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

38 - JUSTIFICATIVA DA

01 FIXADOR EXTERNO

REF MXA232X20X70M
LOT 3331138

Smiths Medical Deutschland GmbH

FIXADORES EXTERNOS

FAMÍLIA DE FIXADORES EXTERNOS- OSSOS MÉDIOS E LONGOS-IMPOL

FIXADOR IMPOL FIX 23

TAM: ROFA II

MATERIAL NBR ISO 208 / NBR 5601

REGISTRO ANVISA 10108770110

Resp. Tec. Douglas C. Nunes - CREA 508348211-2

LOTE 0060/1016

COD. 0930-001-000

PRODUTO DE USO ÚNICO. PROIBIDO REPROCESSAR. DESTRUIR APÓS O USO.

QTD 1

VAL 10/2021

CLASSE III

DEMAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO PRODUTO
CUIDADO E MANUSEIO: ADVERTÊNCIAS VER
INSTRUÇÃO DE USO

12 ABR 2019
CORRETOR

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. João Gomes Perera
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM - 6356

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

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

45 - CDD ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Wellerson Gomes BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 24 / 10 / 17
Clínica/Setor: Urologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Controle de danos de poliquistose
Cirurgião: Dr. Goulart 1º Assistente: Dr. Goulart (R2)
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Goulart
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Infecção aguda do trato urinário</u> (E)	
<u>Infecção aguda do trato urinário</u> (E)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>LHC com SF0.91</u>	
<u>Ressecção de tumor</u>	
<u>Tratamento interno</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

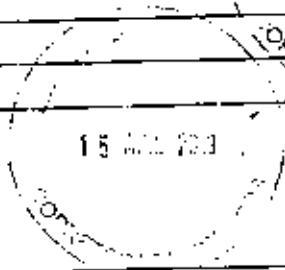
15 / 10 / 17

João Pessoa, 24 / 10 / 17

Médico/CRM: _____

...and the ...

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p>Posição e Preparo: Paciente em posição supina, com membros superiores e inferiores estendidos. Desinfecção da pele com SF 99. Cobertura com antisséptico.</p>
<p>Incisão: Incisão de campo cirúrgico amplo. Dissecção cuidadosa dos tecidos. Desinfecção da pele com SF 99. Cobertura com antisséptico.</p>
<p>Achados: Lesão dos tecidos. Lesão da pele. Lesão da pele.</p>
<p>Conduta:</p>
<p>Fechamento:</p>
<p>Observação:</p>



João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

INTERNO, SIN -
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 708500396746895
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105007	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

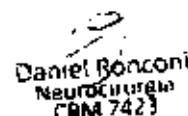
Ao=4 Rv= 3 Rm = 5

Iso/fotoreativas

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

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

Número Conselho: 7423


Daniel Ronconi
Neurocirurgia
CRM 7423



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: **WELLYSON JUNHO DA SILVA** 1036440
IDADE: **27** SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: **8/12/2017**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPÉDIA** EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PATELA ESQUERDA**
CIRURGIÃO: **DR ROBERTO CORREIA** 1ª ASS: **DR ALISSON**
2ª ASS: **MR 1 PEDRO ROMAO** 3ª ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: **DRA. FABRIZIA**
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PATELA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PATELA ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM☒ NAO

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA 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

100-1000

100-1000

100-1000 - 100-1000 100-1000 100-1000

100-1000 100-1000 100-1000 100-1000

100-1000 100-1000 100-1000 100-1000

100-1000 100-1000 100-1000 100-1000

100-1000 100-1000 100-1000 100-1000

100-1000 100-1000 100-1000 100-1000

100-1000 100-1000 100-1000 100-1000

100-1000 100-1000 100-1000 100-1000

100-1000 100-1000 100-1000 100-1000

100-1000 100-1000 100-1000 100-1000

100-1000 100-1000 100-1000 100-1000

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº1		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BARBITAL		JELCO Nº2		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
CLORALHIDRATO		JELCO Nº3		FIO DE AÇO Nº	
ETIOPIRIDOL		JELCO Nº4		FIO DE AÇO Nº	
ETIOPIRIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETIOPIRIDOL		LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	
ETIOPIRIDOL		LÂMINA BISTURI Nº2		FIO DE NYLON Nº	
ETIOPIRIDOL		LÂMINA BISTURI Nº3		FIO POLIGLACTINA Nº	
ETIOPIRIDOL		LÂMINA BISTURI Nº4		FIO POLIGLACTINA Nº	
ETIOPIRIDOL		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
ETIOPIRIDOL		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
ETIOPIRIDOL		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
ETIOPIRIDOL		LUVAS ESTÉRIL Nº1		FIO POLIPROPILENO Nº	
ETIOPIRIDOL		LUVAS ESTÉRIL Nº2		FIO POLIGLACTONA Nº	
ETIOPIRIDOL		LUVAS ESTÉRIL Nº3		FIO SEDA Nº	
ETIOPIRIDOL		LUVAS ESTÉRIL Nº4		FITA CARDÍACA	
ETIOPIRIDOL		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ETIOPIRIDOL		MÚLTIPLOS		CATETER DE PIC	
ETIOPIRIDOL		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
ETIOPIRIDOL		SCALP Nº1		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ETIOPIRIDOL		SCALP Nº2		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ETIOPIRIDOL		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ETIOPIRIDOL		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
ETIOPIRIDOL		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
ETIOPIRIDOL		SERINGA 20ML		GRANDEADOR CIRÚRGICO	
ETIOPIRIDOL		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº1		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ETIOPIRIDOL		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº2		KIT. DERTVA. VENTRICULAR	
ETIOPIRIDOL		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº3		PRÓTESE VASCULAR	
ETIOPIRIDOL		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº4		KIT. PAM	
ETIOPIRIDOL		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº5		FIXADOR EXTERNO	
ETIOPIRIDOL		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
ETIOPIRIDOL		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICIS	
ETIOPIRIDOL		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICIS	
ETIOPIRIDOL		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
ETIOPIRIDOL		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
ETIOPIRIDOL		TORCERINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
ETIOPIRIDOL		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
ETIOPIRIDOL		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
ETIOPIRIDOL		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ETIOPIRIDOL		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
ETIOPIRIDOL		ESPONJA DE PVEI		QUADRO DE EQUIPAMENTOS	
ETIOPIRIDOL		ESPARADRAPO		ASPIRADOR ORA D	
ETIOPIRIDOL		GAZES		BISTURI ELÉTRICO	
ETIOPIRIDOL		GAZES ALGODADAS		CARTELO	
ETIOPIRIDOL		GEL ELÉTRICO		CARDIOMONITOR	
ETIOPIRIDOL		JELCO Nº14		DESFIBRILADOR	
ETIOPIRIDOL		JELCO Nº16		FOCO AUXILIAR	
ETIOPIRIDOL				FOCO CENTRAL	
ETIOPIRIDOL				MICROSCOPIO	
ETIOPIRIDOL				PIQUETE DE PULSO	
ETIOPIRIDOL				PRÓTESE	

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 28.02.17

PRONTUÁRIO: 203640

PACIENTE: Wenderson Gomes da Silva SEXO: M COR: B IDADE: 23 anos

TA: 1,60m PULSO: 82 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 65kg GRUPO SANGÜÍNEO: B+

ESTADO GERAL (TBM) REGULAR (MAU) REGULAR (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO (BOM) REGULAR (MAU) REGULAR (PÉSSIMO)

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina

AP. RESPIRATÓRIO em boas condições AP. CIRCULATÓRIO OK

AP. DIGESTIVO OK ESTADO MENTAL OK DROGAS EM USO -

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

ANÁLISES COMPLEMENTARES de pré-anestesia - UAT - Neg. Bilirrubina ESTADO FISIOLÓGICO OK

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nº 1234

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
AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
Achados:
FRATURA DE PATELA ESQUERDA
Condução:
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,





RELATÓRIO DE CI

Nome: Heliana Sando de Sá

rio: 3036440

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

a: 1 / 1 /

Clínica/Setor: _____

LR: _____

Chirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Wilson Simões 1º Assistente: Dr. Douglas

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Celso

Tipo de Anestesia: Extracorpórea Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão de fígado (Diagnóstico) (urg)</u>	
<u>Lesão de fígado (urg)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção de linfonodo externo</u>	
<u>de fígado (urg)</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, 12/12/17

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/12/17

PRONTUÁRIO: 1033640

PACIENTE: <u>Luciano Lima de Silva</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>	IDADE: <u>45</u>
TAQUICARDIA <u>N</u>	PULSO <u>100</u>	RESPIRAÇÃO <u>18</u>	TEMPERATURA <u>36,5</u>
PESO <u>75</u>	GRUPO SANGÜÍNEO <u>B</u>	ESTADO GERAL <u>BOM</u>	RISCO CIRÚRGICO <u>BOM</u>
REGULAR <u>N</u>	MAU <u>N</u>	PÉSSIMO <u>N</u>	
SINAIS COMPLEMENTARES		AP. CIRCULATÓRIO	
ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO	

ANESTESIA PRE-OPERATÓRIA		
COM DURA REANIMADA <u>Não</u>		
ANESTESIA <u>Periférica</u>	AUXILIARES	DURAÇÃO DA ANESTESIA
TERMINO DA ANESTESIA	QUANT. DE CH.	VALORES RS.
ANESTESISTA <u>Giuliano Lima</u>	CPF	CRM-PB <u>6635</u>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

<input type="checkbox"/> TRAQUEIA	<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> G. O. PLECO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> G. UNOS
-----------------------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
1	11
2	12
3	13
4	14
5	15
6	16
7	17
8	18
9	19
10	20

15-ABR-2019	12-ABR-2019
CORRETORA DE SUSC.	CORRETORA DE SUSC.
Assinatura: <u>Giuliano Lima de Silva</u>	Assinatura: <u>Luciano Lima de Silva</u>

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1 - Paciente em Decúbito Dorsal sob anestesia

Incisão:

2 - Incisão + Anterogressão

Achados:

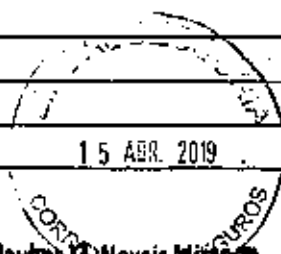
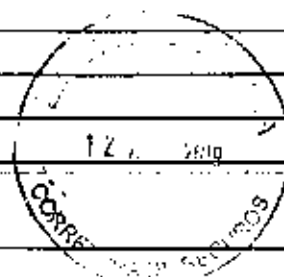
Conduta:

3 - Tensão de ligam. externo da fêmur esp. sob redução

Fechamento:

4 - Curatela estéril.

Observação:



Glauber M. Novaes Miranda
Médico
CRM - PO 9226

João Pessoa, 12/11/19

Médico/CRM:

Brasília



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 WELLISON JUNHO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1036440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Data/Hora Saída
Idade	Sexo Masculino	CNS 708500396746895	Prontuário 105007
Forma de internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

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

ANAMNESE:

Idade 27 anos. Adm: 23/10/17

Acidente por colisão moto-moto, deu entrada em estado geral grave, trazido pelo SAMU entubado, com sinais de contusão, hemiparesia, otorragia. Exame sensitivo e motor prejudicado pelo rebaixamento do nível de consciência. Ferimento 15cm em coxa esquerda, associado a deformidade, instável a mobilização. Ferimento 5 cm em antebraço esquerdo.

Diagnóstico: fratura exposta de diáfise de fêmur esquerdo
-fratura exposta de patela esquerda.

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

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

Exatidão agendamento de LMC de coxa E
Exatidão TC de joelho E (investigar Fx de espinha tibial)
Exatidão RX de perfil da coluna cervical
Exatidão RX de coxa esquerda

Atividade: 0002 - ORTOPEDIA

Informação: VICTOR LINHARES LUGUINHO

Número Conselho: 10894



AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impressão por: ITALLA
VANESSA NERI FERNANDES
DE OLIVEIRA
Em: 28/11/2017 08:39:23

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	Prontuário 105007
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (ITALLA VANESSA NERI FERNANDES DE OLIVEIRA - 28/11/2017 08:39:17)**EVOLUÇÃO**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#35º dh

#fratura exposta de fêmur e patela esquerdo

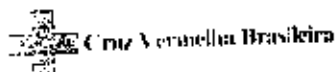
alta da NCR em 22/11/17

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 Luzena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, SIN -
CNES: 454546 - Tel.:

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

Paciente	Boletim de Atendimento		Data/Hora Entrada	Data/Hora Saida
WELLYSON JUNHO DA SILVA	1038440		23/10/2017 23:58:47	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
24/11/1990		Masculino	706500398746895	105807
Tempo de Internação	Convênio		Plantão	
	SUS		DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOELMA PEDRO DA SILVA - 26/11/2017 12:20:08)

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#33º diu

#fratura exposta de fêmur e patela esquerdo

alta da NCR em 22/11/17

meropenem di= 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 laboratório e culturas

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: 0801 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: JOELMA PEDRO DA SILVA

Número Conselho: 10222

Joelma Pedro da Silva
20/11/2017 10:27





EVOLUÇÃO
DESCRÇÃO DA EXATUO.
32 DIA
FRATURA EXPOSTA DE FEMUR E PATELA
AGUARDO EXAMES DE IMAGEM PARA DEFINIR CONDUTA
Segur POSTUA-EMP 6 Lohat 0001 - NEUROCIURIA
Profissional responsável: JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Jacques Paiva Cavalcanti
Otoped/ Traumatologia
CRM-PB 7825
20/03/1947

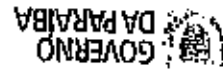
Número Conselho: 7825

EVOLUÇÃO MEDICA (JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 28/11/2017 07:45:05)

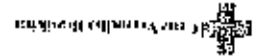
Paciente	WELLISON JUNHO DA SILVA
Data do nascimento	24/11/1990
Tempo de internao	
Idade	
Sexo	Masculino
Corao	505
Boleto de Atendimento	1038440
Doena	Doena da Esada
CHS	23/11/2017 23:58:47
CHS	708600396746885
Pontado	
Ponto	
Diurno	

Impresso por: JACQUES PAIVA CAVALCANTI
Em: 28/11/2017 07:45:42

AV ORESTES L590A, SM.
CRES 454954 - Tel: 8332165700



Prontuário do Paciente em Tratamento - 2017/11/28





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332185700

Impresso por: JACQUES
PAIVA CAVALCANTI
Em: 19/11/2017 11:51:27

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 706500396748695
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105007	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 19/11/2017 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 AVALIACAO E CD

Leção: POSTO IA - ENF 6 Leão: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Número Conselho: 7625

19/11/2017 11:51:22





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

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

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 706500395746895
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 105007

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TOMAS CATAO 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 Rv= 3 Rm = 5

Isóforreáticas

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 após haldol

cd.

AOS CUIDADOS DA CLÍNICA MÉDICA

NA ALTA, CHAMAR-NOS PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

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

Número Conselho: 7742

Handwritten signature and stamp
NEUROCIRURGIA
CATAO MONTE RASO





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Em: 16/11/2017 12:12:50

Paciente WELLYSON JUNHO DA SILVA		Bolém de Atendimento 1036440	Data/Hora Entrada 23/10/2017 23:58:47	Em: 16/11/2017 12:12:50 Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1990	Idade	Sexo Masculino	CNS 706500396746895	Prontuário 105007
Tipo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO.

#NEURO.

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

CD:

TCC CONTROL.

LABORATÓRIO

PRESCRIÇÃO.

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

Número Conselho: 7030

RECEIVED
JAN 10 1964
U.S. AIR FORCE
HEADQUARTERS
AIR FORCE
WASHINGTON, D.C.



AV. ORESTES LISSOA, S/N - PEDRO GONDIM

CNES: 6121221 - TEL:

Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Em: 16/11/2017 12:12:50

Paciente		WELLYSON JUNHO DA SILVA		Boleim de Atendimento		Data/Hora Entrada		Data/Hora Saída	
Data de nascimento		24/11/1990		Sexo		CNS		Prontuário	
Idade		Masculino		SUS		706500396745895		105007	
Tempo de Internação		Convênio		Plantão		DIURNO			

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##NEURO:

PACIENTE SEQUE 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 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA

Profissional responsável pela informação: JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO

Número Conselho: 7030

Assinatura do Profissional
Nº de Registro: 7030





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

DATA HORA DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

15 ABR 2019

12 ABR 2019

CORRETORA DE SERVIÇOS

CORRETORA DE SERVIÇOS

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
31/01/2019	21h	<p><u>URPA - Anestesiologia</u></p> <p>Paciente continua grávida, intubado em VM, modo PCV ($P_{\text{mte}}=17$; $P_{\text{ap}}=5$; $FR=16$; $F_{iO_2}=50\%$), em uso de Noradrenalina 10ml/h, mantendo $PA \approx (131 \times 62)$ e $FC \approx 60$ bpm. Faz uso de xelast em infusão contínua com midazolam e fentanyl. Pupilas isocóricas, não reativas a luz, no momento. Urina concentrada e sem grumos.</p> <p>CD: Aguarda vaga em UTI;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aguarda, diga, acompanhamento conjunto com NCR; - Monitorar DVA, Nódulos e VM. <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Felipe Oliveira F. de Lima CRM 140.8660</p>
02/02/2019	14h30	<p>CD: OP. 02/02/2019 14h30</p> <p>TE de Cerebral e For. Cerebral. Cerebral e For. Cerebral. Cerebral e For. Cerebral.</p> <p>CD: Evolva distal e proximal.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Rodrigo Marmo da C. e Souza NEUROCIRURGIA CRM 5925</p> <p>15 ABR. 2019</p> <p>12 ABR. 2019</p>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

P. 900

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Wellyson Junho da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

12 2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.840.514 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/03/2010

NOME WELLYSON JUNHO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ DUARTE DA SILVA
SEVERINA SANTINO DA SILVA

NATURALIDADE JACARAU-PB DATA DE NASCIMENTO 24/11/1990

DOC ORIGEM NASC.N.389 FLS.98 LIV.A1

CPF CARTORIO, JACARAU-PB

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 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

Digito 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.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

P. 900

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Wellyson Junho da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

12 2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.840.514 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/03/2010

NOME WELLYSON JUNHO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ DUARTE DA SILVA
SEVERINA SANTINO DA SILVA

NATURALIDADE JACARAU-PB DATA DE NASCIMENTO 24/11/1990

DOC ORIGEM NASC.N.389 FLS.98 LIV.A1

CPF CARTORIO, JACARAU-PB

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 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

Digito 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**

Roubo/Furto

Não

Placa

LPM2380

Cor

PRETA

Renavam

00171390903

Combustível

GASOLINA

Situação do Veículo

CIRCULACAO

Alarme

Não

Capacidade de Tração do Veículo

N/I

Potência do Veículo

0

Chassi - N° Sôrio

84927

Município - UF

CONDE - PB

Ano Fabricação/Ano Modelo

2009/2009

Câmbio

N/I

Capacidade de Passageiros

2

Espécie do Veículo

PASSAGEIRO

Quantidade de Eixos

N/I

Peso Bruto do Veículo

0.32

Cilindradas

124

N° do Eixo Auxiliar Original

N/I

Marca/Modelo

YAMAHA/FACTOR YBR125 K

Chassi

9C6KE122090084927

Motor

E3D1E-084920

Tipo do Veículo

MOTOCICLETA

Categoria do Veículo

PARTICULAR

Capacidade de Carga do Veículo

N/I

Carroceria do Veículo

NÃO APLICAVEL

Carroceria

N/I

N° do Eixo Traseiro Original

N/I

Documento do Veículo

Nome Proprietário

JOACIL ARAUJO DE SENA

CPF/CNPJ do Proprietário

09915329458

Data da 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

N° 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 RESTRICAO

SEM RESTRICAO

SEM RESTRICAO

SEM RESTRICAO

Restrição RFB

INEXISTENTE

Recall

Não

Não

Não

Recall de Montadora

Não

Restrição RENAUD

Não

Natureza Faturado

JURIDICA

N° do Documento do Faturamento

03767615000136

Natureza do Importador

N/I

N° da Declaração de Importação

N/I

N° do Documento do Importador

N/I

Órgão da Declaração de Importação

INEXISTENTE

Nome Arrendatário

N/I

N° do Documento do Arrendatário

N/I

N° de Identificação do Proprietário Indicado

N/I

Origem do Proprietário Indicado

N/I

País de Transferência

INEXISTENTE

Nome Possuidor

PAULA FRANSSINETTI R DA SILVA

N° Documento Possuidor

03240168405



3	Origem Possuidor	NACIONAL	Procedência	N/I	Registro Aduaneiro
FISICA	Tipo de Documento do Proprietário	INEXISTENTE	Tipo de Documento do Proprietário Indicado	NORMAL	Tipo de Remarcação do Chassi
PB	UF de Jurisdigão	RJ	UF do Faturado		

Endereço do Possuidor

Nome	PAULA FRANSINETTI R DA SILVA	Origem Possuidor	COMPRADOR	Documento Possuidor	FISICA	Complemento	N/I	RUA JORGE DE BARROS BARBOSA, 185	Endereço, n°	Município - UF	JOAO PESSOA - PB	CEP	58063570
N° Documento	03240168405												
Bairro	V FIGUEIREDO												

O sigilo deste 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.





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Walelyson Junior de Silva
DATA DO ACIDENTE 23/04/2017 CPF DA VITIMA 407.362.344-03
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Gito timbo
Nº 511 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Arce Rural
CIDADE Jacareá UF PA CEP 58249000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 991963023

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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ RELATÓRIO 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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ 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)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 CONFIREM 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 0 A 15 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 GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REMEDIÇÃO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA João Renato - 15/04/2019

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IDENTIDADE 3840.514

DATA 15 ABR 2019

NOME

ASSINATURA Walelyson Junior de Silva ASSINATURA



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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 23/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WELLYSON JUNHO DA SILVA

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

WELLYSON JUNHO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 23/10/2017

Titular do CPF: WELLYSON JUNHO DA SILVA

CPF de: Próprio

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

WELLYSON JUNHO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 23/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WELLYSON JUNHO DA SILVA

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

WELLYSON JUNHO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA