
Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180559631

Vítima: DANIEL ALVES CARDOSO SILVA

Data do Acidente: 14/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL ALVES CARDOSO 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, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180559631

Vítima: DANIEL ALVES CARDOSO SILVA

Data do Acidente: 14/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL ALVES CARDOSO SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

DUT 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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180559631

Vítima: DANIEL ALVES CARDOSO SILVA

Data do Acidente: 14/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DANIEL ALVES CARDOSO SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Daniel Alves Cardoso Silva</u>		CPF titular da conta <u>099.936.924-50</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>Sítio Sape de Julião</u>		Número —	Complemento —
Bairro <u>Zona Rural</u>	Cidade <u>Itaguaçu Grande</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58.388-000</u>
E-mail		Telefone (DDD) <u>83-99860-3288</u>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

AGÊNCIA NRO DV
 CONTA NRO DV

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

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

BANCO NOME NRO
 AGÊNCIA NRO DV
 CONTA NRO DV

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

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

Itaguaçu Grande 30 de Outubro de 2018

Local e Data

x Daniel Alves Cardoso Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO Nº 2018/001/2018

CONFORME

- () BO em cópia simples
- () Comprovante de despesas médicas em cópia simples
- () Certidão de Óbito em cópia simples
- () Laudo de IML em cópia simples
- () Solicitar documento assinado conforme Guia de solicitação

Seguradora Líder - DPVAT

Matrícula nº 182.464-3

Escritura(o) / Agente

Comunicante

DANIEL ALVES CARDOSO SILVA

RECEBIDO

22 NOV 2018

Seguradora Líder DPVAT

não consta.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

punho direito, e ficou internado por dois dias, vindo a receber alta no dia 17/04/2018.

Que o NOTICIANTE procurou esta delegacia para comunicar que no dia e hora acima citada estava conduzindo sua motocicleta HONDA CG 150, de cor VERMELHA, placa MNP 1995/P, CHASSI: 9C2K2C08507R070024, ANO/MODELO 2007, registrada em seu nome, pela estrada rural que liga os sítios Sapê de Julião ao sítio Calana dos crioulos, momento em que um cachorro atravessou a via repentinamente fazendo com que o NOTICIANTE efetuasse uma manobra brusca para desviar do animal, vindo a perder o controle da motocicleta e caindo ao solo; Que com o impacto ao solo o NOTICIANTE fraturou o seu punho direito; Que o NOTICIANTE deixou a motocicleta no local do fato e procurou seu tio que mora próximo, e lá chegando seu tio acionou o SAMU, o qual socorreu o NOTICIANTE direto para o hospital de trauma de Campina Grande; Que ao chegar no hospital o NOTICIANTE passou por procedimento cirúrgico em seu punho direito, e ficou internado por dois dias, vindo a receber alta no dia 17/04/2018.

5) Breve resumo do fato:

rural de Alagoa Grande/PB.

4) Local do fato: Estrada rural que liga o Sítio Sapê de Julião ao sítio Calana dos crioulos, zona

3) Horário do fato: 14h:30min;

2) data do fato: 14 de 04 de 2018; ↗

1) Natureza do fato: AVIDENTE DE TRANSITO;

para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

Boletim de ocorrência



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

DANIEL ALVES CARDOSO SILVA, conhecido(a) por , identidade nº 3.871.833, 2 VIA-SSP/PB, CPF nº 099.936.924-50, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão agricultor, filho(a) de Jacinto Francisco Da Silva E De Maria Do Socorro Alves Cardoso Silva natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 07/11/1995 (22 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Sapê de Julião, tendo como ponto de referência: , na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, telefone(s) para contato: (83) 99860-3288.

volta 11h:37min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

Aos VINTE E NOVE dias de JUNHO de DOIS MIL E DEZOTO, nesta cidade de ALAGO/GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARI/ SOLIDADE DE SOUSA, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, ai, por

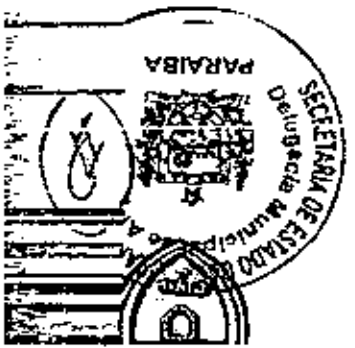
Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 301/2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

GOVERNINHO DA PARAIBA



Delegacia da Comarca de ALAGOA GRANDE
2ª Superintendência Regional de Polícia
8ª Delegacia Seccional de Polícia Civil



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 3 - Assinatura do Beneficiário

Daniel Alvim Gaudes Silva

Local e Data

Ribeirão Preto, 30 de Outubro de 2018

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

6.194/74.

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

do respectivo pedido.

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

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Daniel Alvim Gaudes Silva	099.936.924-50	14/04/18

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

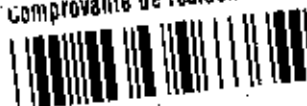
Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.saguradorolider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR 505EP 445/12

LÍDER
Seguradora



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel Alves Cardoso SilvaRG nº 3.871.833, data de expedição 14/12/15, Órgão SSP-PB,

CPF nº 099.936.924-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Sapi de Julião</u>
Número	<u>—</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Alagoinha Grande</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.388-000</u>
Telefone de Contato	<u>99860-3288</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alagoinha Grande - PB, 30 de Outubro de 2018.Assinatura do Declarante: Daniel Alves Cardoso Silva

[illegible]

Supplemental Digital Content is available for this article. Direct URL citations appear in the text and any of the data files can be found at: <http://www.lww.com>. DOI: 10.1097/PSA.0b013e3181919191

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800-083 0196 www.energis.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista de entrega e assinatura	CPF/ CNPJ/ RAZÃO
-------------------	--------------	---------------------------------------	------------------

Mar / 2018	29/03/2018	30/04/2018	4145486
------------	------------	------------	---------

US (United) Consumers 5/843306-2

Canal de controle

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Valor	Data	Valor			
20/02/18	5000	20/02/19	5000	1	70	36

Definición

[illegible]

47	Cooper's Crabapple	1014	25.0	30.75	1.57	53.75	234	1.4
----	--------------------	------	------	-------	------	-------	-----	-----

ಹೊಸಕಿರಿ ಹಿರಿಯರ ಸಾಧನಾ ಶಕ್ತಿಗಳು

VENCIMIENTO
06/04/2013

TOTAL & PAYABLE
R\$ 33.10

Histórico de Consumo (Nóvel)

67	:	68	:	69	:	67	:	71	:	82	:	85	:	71	:	89	:	75	:	78
Amr17		GmS7		Cad17		Ams17		SdM17		GmS17		SdM17		S-17		GmS17		L-G17		Zn-17

d845.754a.08d3.cdf3.1baf.f059.5776.9b37

indicadores de qualidade

[illegible][illegible]

1. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

Amir Khatami

[illegible]

निर्वाहक सचिव, कोटा

Feb/12	33.77
--------	-------

PARADA
 Domingo 13-41-554-550
 Leticia 21352-2519-17-0

W3CHOMEN0
08/04/2018

TOTAL A PAGAR
RS 33,10

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E T. JMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Tiemele Alves Encalade Silva		
Endereço atual:	Sobral - PE		Bairro: Alameda Tiemele
Data de Nascimento:	07.11.75	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid. Nál.	Data do Atend:	14.04.18 Hora: 14:15 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fâceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:					Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:					Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:					Mucosas:	() Normocorada	() Pálida
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca				

Estratificação

21/04/2018
Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial
Matiavina Carvalho

COREN-PA 509719-EM

Assinatura e carimbo do profissional



Documentação Médica - Hospital

Nome do Paciente		Daniel Romo Cardoso Silva	
Data da Operação		14/04/18	
Enf.		Leito	
1º Auxiliar Dr. Elias (Hx1)		3º Auxiliar	
Instrumentador		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Fx de fratura de membros superiores			
Tipo de Operação Ombreira			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tórax e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

- 1) Paciente em DDA sob anestesia
- 2) Anestesia + drenagem + aspiração de conteúdo abdominal
- 3) Redução laparoscópica. Abdo. lavado com solução fisiológica. Aspiração de conteúdo abdominal. Lavagem com solução fisiológica. Sutura de ferida.
- 4) Lavagem de ferida abdominal com solução fisiológica.
- 5) Ferida FO + curativo

Dr. Rafael Eduardo de Lima
Cirurgião Geral

Obs. Utilizados para a laparoscopia no abdômen

[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM	
NOME: <u>Donatilson</u> IDADE: <u>22</u> SEXO: <u>M</u> DATA DE NASCIMENTO: <u>11/01/85</u> SETOR: <u>UTI</u> LEITO: <u>9</u>	DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Infecção do trato urinário</u>
ALERGIAS: <u>NÃO</u> QUAIS: <u>NÃO</u> MEDICAÇÃO CONTÍNUA: <u>NÃO</u> QUAIS: <u>NÃO</u> DOENÇA CRÔNICA: <u>NÃO</u> QUAIS: <u>NÃO</u> PRESENÇA DE ESCARA: <u>NÃO</u> LOCAL: <u>NÃO</u>	
PRESSÃO ARTERIAL: <u>120/80</u> HIPOTENSO: <u>NÃO</u> NORMOPOTENSO: <u>NÃO</u> SISTEMA NEUROLÓGICO: <u>CONSCIENTE</u> INCONSCIENTE: <u>NÃO</u> SISTEMA RESPIRATÓRIO: <u>DISPNEIA</u> TAQUIPNEICO: <u>NÃO</u> SIST. GENITOURINÁRIO: <u>NORMAL</u> POLÚRIA: <u>NÃO</u> CISTOSTOMIA: <u>NÃO</u> MOBILIDADE: <u>DEAMBULACÃO</u> DEAMBULACÃO/APOIO: <u>NÃO</u> HEMIPLEGIA: <u>NÃO</u> SIST. GAS RESPIRATÓRIO: <u>VOZ</u> SNG: <u>NÃO</u> ESTADO NUTRICIONAL: <u>NUTRIDO</u> DESNUTRIDO: <u>NÃO</u> OBESO: <u>NÃO</u>	
DADOS VITAIS: PA: <u>120/80</u> T: <u>37,5</u> FR: <u>18</u> FC: <u>90</u> PESO: <u>65</u>	
RISCO DE Queda: <u>NÃO</u> RISCO DE ASPIRAÇÃO: <u>NÃO</u> RISCO DE INFECÇÃO: <u>NÃO</u> RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal: <u>NÃO</u> RISCO DE Glicemia instável: <u>NÃO</u> RISCO DE retenção urinária: <u>NÃO</u> RISCO DE sangramento: <u>NÃO</u> Náusea: <u>NÃO</u> Dor aguda: <u>NÃO</u> Dor crônica: <u>NÃO</u> Padrão respiratório ineficaz: <u>NÃO</u> Mobilidade no leito prejudicada: <u>NÃO</u> Deficit no auto cuidado: <u>NÃO</u> Integridade da pele prejudicada: <u>NÃO</u> Risco para int. pele prejudicada: <u>NÃO</u> Risco de síndrome do desuso: <u>NÃO</u>	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: <u>[Assinatura]</u> PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: <u>Monitorar sinais vitais</u> APROXIMADO: <u>HTN</u> ASSINATURA: <u>[Assinatura]</u>	

SUS
Sistema
Unico de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
2 - CNES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
4 - CNES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		DANIEL ALVES CARDOSO SILVA	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO		1635080	
7 - CARTELO DO SUS		704708740796834	
8 - DATA DE NASCIMENTO		07/11/1995	
9 - SEXO		M	
10 - TIPO DE LAJE OU RESPONSÁVEL		Fam	
11 - FILIÇÃO DE CONTATO		Filho	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		MARIA DO SOCORRO CARDOSO SILVA	
ASSENTAMENTO SAPE DE JULIAO, 0, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		Alagoa Grande	
14 - CÔDIGO MUNICIPAL		250030	
15 - UF		PB	
16 - CEP		58388000	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
1. Dor abdominal em quadrante superior direito 2. Náuseas e vômitos 3. Febre 4. Ictericidade 5. Hiperbilirrubinemia 6. Elevação de transaminases 7. Elevação de fosfatase alcalina 8. Elevação de glicose 9. Elevação de creatinina 10. Elevação de ureia 11. Elevação de ácido úrico 12. Elevação de cálcio 13. Elevação de fósforo 14. Elevação de magnésio 15. Elevação de zinco 16. Elevação de cobre 17. Elevação de manganês 18. Elevação de selênio 19. Elevação de vanádio 20. Elevação de cobalto 21. Elevação de níquel 22. Elevação de molibdênio 23. Elevação de boro 24. Elevação de flúor 25. Elevação de iodo 26. Elevação de bromo 27. Elevação de lítio 28. Elevação de sódio 29. Elevação de potássio 30. Elevação de cálcio 31. Elevação de fósforo 32. Elevação de magnésio 33. Elevação de zinco 34. Elevação de cobre 35. Elevação de manganês 36. Elevação de selênio 37. Elevação de vanádio 38. Elevação de cobalto 39. Elevação de níquel 40. Elevação de molibdênio 41. Elevação de boro 42. Elevação de flúor 43. Elevação de iodo 44. Elevação de bromo 45. Elevação de lítio 46. Elevação de sódio 47. Elevação de potássio 48. Elevação de cálcio 49. Elevação de fósforo 50. Elevação de magnésio 51. Elevação de zinco 52. Elevação de cobre 53. Elevação de manganês 54. Elevação de selênio 55. Elevação de vanádio 56. Elevação de cobalto 57. Elevação de níquel 58. Elevação de molibdênio 59. Elevação de boro 60. Elevação de flúor 61. Elevação de iodo 62. Elevação de bromo 63. Elevação de lítio 64. Elevação de sódio 65. Elevação de potássio 66. Elevação de cálcio 67. Elevação de fósforo 68. Elevação de magnésio 69. Elevação de zinco 70. Elevação de cobre 71. Elevação de manganês 72. Elevação de selênio 73. Elevação de vanádio 74. Elevação de cobalto 75. Elevação de níquel 76. Elevação de molibdênio 77. Elevação de boro 78. Elevação de flúor 79. Elevação de iodo 80. Elevação de bromo 81. Elevação de lítio 82. Elevação de sódio 83. Elevação de potássio 84. Elevação de cálcio 85. Elevação de fósforo 86. Elevação de magnésio 87. Elevação de zinco 88. Elevação de cobre 89. Elevação de manganês 90. Elevação de selênio 91. Elevação de vanádio 92. Elevação de cobalto 93. Elevação de níquel 94. Elevação de molibdênio 95. Elevação de boro 96. Elevação de flúor 97. Elevação de iodo 98. Elevação de bromo 99. Elevação de lítio 100. Elevação de sódio 101. Elevação de potássio 102. Elevação de cálcio 103. Elevação de fósforo 104. Elevação de magnésio 105. Elevação de zinco 106. Elevação de cobre 107. Elevação de manganês 108. Elevação de selênio 109. Elevação de vanádio 110. Elevação de cobalto 111. Elevação de níquel 112. Elevação de molibdênio 113. Elevação de boro 114. Elevação de flúor 115. Elevação de iodo 116. Elevação de bromo 117. Elevação de lítio 118. Elevação de sódio 119. Elevação de potássio 120. Elevação de cálcio 121. Elevação de fósforo 122. Elevação de magnésio 123. Elevação de zinco 124. Elevação de cobre 125. Elevação de manganês 126. Elevação de selênio 127. Elevação de vanádio 128. Elevação de cobalto 129. Elevação de níquel 130. Elevação de molibdênio 131. Elevação de boro 132. Elevação de flúor 133. Elevação de iodo 134. Elevação de bromo 135. Elevação de lítio 136. Elevação de sódio 137. Elevação de potássio 138. Elevação de cálcio 139. Elevação de fósforo 140. Elevação de magnésio 141. Elevação de zinco 142. Elevação de cobre 143. Elevação de manganês 144. Elevação de selênio 145. Elevação de vanádio 146. Elevação de cobalto 147. Elevação de níquel 148. Elevação de molibdênio 149. Elevação de boro 150. Elevação de flúor 151. Elevação de iodo 152. Elevação de bromo 153. Elevação de lítio 154. Elevação de sódio 155. Elevação de potássio 156. Elevação de cálcio 157. Elevação de fósforo 158. Elevação de magnésio 159. Elevação de zinco 160. Elevação de cobre 161. Elevação de manganês 162. Elevação de selênio 163. Elevação de vanádio 164. Elevação de cobalto 165. Elevação de níquel 166. Elevação de molibdênio 167. Elevação de boro 168. Elevação de flúor 169. Elevação de iodo 170. Elevação de bromo 171. Elevação de lítio 172. Elevação de sódio 173. Elevação de potássio 174. Elevação de cálcio 175. Elevação de fósforo 176. Elevação de magnésio 177. Elevação de zinco 178. Elevação de cobre 179. Elevação de manganês 180. Elevação de selênio 181. Elevação de vanádio 182. Elevação de cobalto 183. Elevação de níquel 184. Elevação de molibdênio 185. Elevação de boro 186. Elevação de flúor 187. Elevação de iodo 188. Elevação de bromo 189. Elevação de lítio 190. Elevação de sódio 191. Elevação de potássio 192. Elevação de cálcio 193. Elevação de fósforo 194. Elevação de magnésio 195. Elevação de zinco 196. Elevação de cobre 197. Elevação de manganês 198. Elevação de selênio 199. Elevação de vanádio 200. Elevação de cobalto 201. Elevação de níquel 202. Elevação de molibdênio 203. Elevação de boro 204. Elevação de flúor 205. Elevação de iodo 206. Elevação de bromo 207. Elevação de lítio 208. Elevação de sódio 209. Elevação de potássio 210. Elevação de cálcio 211. Elevação de fósforo 212. Elevação de magnésio 213. Elevação de zinco 214. Elevação de cobre 215. Elevação de manganês 216. Elevação de selênio 217. Elevação de vanádio 218. Elevação de cobalto 219. Elevação de níquel 220. Elevação de molibdênio 221. Elevação de boro 222. Elevação de flúor 223. Elevação de iodo 224. Elevação de bromo 225. Elevação de lítio 226. Elevação de sódio 227. Elevação de potássio 228. Elevação de cálcio 229. Elevação de fósforo 230. Elevação de magnésio 231. Elevação de zinco 232. Elevação de cobre 233. Elevação de manganês 234. Elevação de selênio 235. Elevação de vanádio 236. Elevação de cobalto 237. Elevação de níquel 238. Elevação de molibdênio 239. Elevação de boro 240. Elevação de flúor 241. Elevação de iodo 242. Elevação de bromo 243. Elevação de lítio 244. Elevação de sódio 245. Elevação de potássio 246. Elevação de cálcio 247. Elevação de fósforo 248. Elevação de magnésio 249. Elevação de zinco 250. Elevação de cobre 251. Elevação de manganês 252. Elevação de selênio 253. Elevação de vanádio 254. Elevação de cobalto 255. Elevação de níquel 256. Elevação de molibdênio 257. Elevação de boro 258. Elevação de flúor 259. Elevação de iodo 260. Elevação de bromo 261. Elevação de lítio 262. Elevação de sódio 263. Elevação de potássio 2						

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		Tribunal Pleno de Primeira Instância	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	008000000		
26 - CLÍNICA	27 - CAPACIDADE DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
01	02	EXCNS 1 1099	98001629417442
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
TAMMER GOMES DE MORAIS		14/04/2018	

23 - () ACIDENTE DE TRANSITO 24 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 25 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO										26 - CÍVIL DA SEGURADORA 27 - Nº DO BILHETE 28 - SEQUE									
29 - CÍVIL EMPRESA 30 - CÍVIL DA EMPRESA 31 - CÍVIL										32 - CÍVIL DA SEGURADORA 33 - SEQUE									
34 - CÍVIL DA SEGURADORA 35 - SEQUE										36 - CÍVIL DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SEQUE									
39 - CÍVIL DA SEGURADORA 40 - SEQUE										41 - CÍVIL DA SEGURADORA 42 - SEQUE									
43 - CÍVIL DA SEGURADORA 44 - SEQUE										45 - CÍVIL DA SEGURADORA 46 - SEQUE									
47 - CÍVIL DA SEGURADORA 48 - SEQUE										49 - CÍVIL DA SEGURADORA 50 - SEQUE									
51 - CÍVIL DA SEGURADORA 52 - SEQUE										53 - CÍVIL DA SEGURADORA 54 - SEQUE									
55 - CÍVIL DA SEGURADORA 56 - SEQUE										57 - CÍVIL DA SEGURADORA 58 - SEQUE									
59 - CÍVIL DA SEGURADORA 60 - SEQUE										61 - CÍVIL DA SEGURADORA 62 - SEQUE									
63 - CÍVIL DA SEGURADORA 64 - SEQUE										65 - CÍVIL DA SEGURADORA 66 - SEQUE									
67 - CÍVIL DA SEGURADORA 68 - SEQUE										69 - CÍVIL DA SEGURADORA 70 - SEQUE									
71 - CÍVIL DA SEGURADORA 72 - SEQUE										73 - CÍVIL DA SEGURADORA 74 - SEQUE									
75 - CÍVIL DA SEGURADORA 76 - SEQUE										77 - CÍVIL DA SEGURADORA 78 - SEQUE									
79 - CÍVIL DA SEGURADORA 80 - SEQUE										81 - CÍVIL DA SEGURADORA 82 - SEQUE									
83 - CÍVIL DA SEGURADORA 84 - SEQUE										85 - CÍVIL DA SEGURADORA 86 - SEQUE									
87 - CÍVIL DA SEGURADORA 88 - SEQUE										89 - CÍVIL DA SEGURADORA 90 - SEQUE									
91 - CÍVIL DA SEGURADORA 92 - SEQUE										93 - CÍVIL DA SEGURADORA 94 - SEQUE									
95 - CÍVIL DA SEGURADORA 96 - SEQUE										97 - CÍVIL DA SEGURADORA 98 - SEQUE									
99 - CÍVIL DA SEGURADORA 100 - SEQUE										101 - CÍVIL DA SEGURADORA 102 - SEQUE									

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CDD, DADO EMISSOR
45 - DOCUMENTO	
46 - Nº DO CÉDULA/CNPJ DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
2 - CNES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
4 - CNES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		DANIEL ALVES CARDOSO SILVA	
7 - CARÃO DO SUS		704708740796834	
10 - NOME DA UAT OU RESPONSÁVEL		MÁRIA DO SOCORRO CARDOSO SILVA	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
ASSENTAMENTO SAPE DE JULIAO, O, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
14 - COORDENADA MUNICIPAL		15 - UF	
250030		PB	
58388000		16 - CID	
Alagoinha Grande			

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
1) Cor e Cons. de pulm. ① Rx. F. pulm. - f. pulm. de pulm.	Atenuação de f. pulm. e pulm.	Exame f. pulm. e pulm.	Ex - f. pulm. de pulm. ①	037M		

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Tribunais (Plano de Trabalho de Trabalho)		00000000	
26 - CLASSE		27 - CARACTER DA INFORMAÇÃO	
072		02	
28 - DOCUMENTO		29 - Nº DOCUMENTO/CNPJ DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
INFORME E LCP		980016294174142	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
TAMMER GOMES DE MORAIS			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
14/04/2018		[Assinatura e Carimbo]	

33 - () ACIDENTE DE TRÁFICO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNIE DA EMPRESA		41 - CODR	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - SEGURADOR		44 - AUTÔNOMO	
		45 - DESEMPREGADO		46 - APOSENTADO		47 - NÃO SEGUARDO	

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO 44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DOCUMENTO(CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO 46 - ASSINATURA E CARIMBO DE RECEBIMENTO DO CONSELHO	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO HOSPITALAR	



GOVERNO
DA PARAIBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Daniel Ribeiro												PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:							
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐												

DADOS CLÍNICOS:

13

MATERIAL A EXAMINAR:

13

EXAMES SOLICITADOS:

Raio-X de mão (D) AE / chique
Punko (D) AE / R

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

19/04/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Marcelo L. Barbosa
Cirurgião Geral
CRM 8443

GOVERNO
DA PARAIBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	D	I	D	A	B	O	E	L	A	A	L	V	E	S	(	A	I	R	O	D	O	S	C	)	S	I	L	V	A	PRONTUÁRIO:					
																														323					
IDADE:	SEXO					COR:					PESO:					ALTURA:					CLÍNICA:					ENF:					LEITO:				
	M					F				B				P																					

DADOS CLÍNICOS: PO: Fx / Lx anos mto D

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx tórax D, AP e Perfil

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA:

14.04.18

HORA DA SOLICITAÇÃO:



Carimbo e Assinatura do Médico

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Donatelli Alves Pereira

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 17.04.18 NO CID, DURANTE

O PERÍODO DE 17.04.18 A 17.04.18 NECESSITANDO DE

DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES. Dr. Sigauary Costa

Ass. do Médico - Nº. do CRM
CRM 3543
Clínica de Cirurgia

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável



Documentos de identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Carteira de Identidade

David Alves Cardoso Silva



910-1
P-016
A-02
E-0-A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Carteira de Identidade

3.871.833 -2 VIA LENTÃO 14/12/2015

NOME DANIEL ALVES CARDOSO SILVA

DATA DO NASCIMENTO 14/12/2015

LOCAL DO NASCIMENTO ALAGOA GRANDE-PE

DATA DO NASCIMENTO 07/11/1995

NASCIMENTO FRANCISCO DA SILVA

MARIA DO SOCORRO ALVES CARDOSO SILVA

NASCIMENTO 26/08/1995

LOCAL DO NASCIMENTO ALAGOA GRANDE-PE

NASCIMENTO 26/08/1995

LOCAL DO NASCIMENTO ALAGOA GRANDE-PE

099.936.924-80