

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162650/18
Vítima: LEILSON DA SILVA ANDRADE
CPF: 016.161.694-19

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 24/06/2017
Titular do CPF: LEILSON DA SILVA ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Outros

Outros



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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2018
Nome: LEILSON DA SILVA ANDRADE
CPF: 016.161.694-19

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

LEILSON DA SILVA ANDRADE

Alexandre Tavares Belfort

Cristina Alves

De: Kelly de Sousa
Enviado em: quinta-feira, 24 de maio de 2018 12:26
Para: Projeto Correio
Assunto: 15391732-3170/535427
Anexos: 3180207566.pdf

Boa Tarde. Prezados.

Favor recepcionar o comprovante do ato declaratório.

Kelly Sousa

Gerência Técnica

Kelly.Sousa@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4042



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa **News** e siga a Seguradora Lider nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180207566

Cidade: Aroeiras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LEILSON DA SILVA ANDRADE

Data do acidente: 24/06/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180207566**

Nome do(a) Examinado(a): **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSE GERMANO DE ARAUJO, S/N - CENTRO - Aroeiras - PB - CEP 58489000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3625166**

Data e local do acidente: [**24/06/2017**] **AROEIRAS**

Data e local do exame: [**18/06/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

REFERE DORES AOS MOVIMENTOS DO ANTEBRAÇO DIREITO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA. EDEMA RESIDUAL. MOVIMENTOS PRESERVADOS EM PUNHO DIREITO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

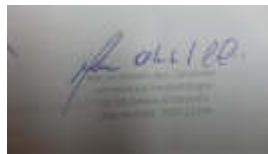
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

Nº Sinistro: **3180207566**

Vitima: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180207566**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12832497



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LEILSON DA SILVA ANDRADE
Nº Sinistro: 3180207566
Vitima: LEILSON DA SILVA ANDRADE
Data do Acidente: 24/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180207566**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12835607



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: LEILSON DA SILVA ANDRADE

Sinistro: 3180207566
Vítima: LEILSON DA SILVA ANDRADE
Data do Acidente: 24/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180207566** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

Sinistro: **3180207566**
Vítima: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**
Data do Acidente: **24/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180207566** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINIS



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU. WILSON AS SINCE PROBABLY

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.625.166

EXPEDIDO POR

53P-PF

EM 11,02,08

CPF 036161679 / CNPJ EXPEDIDO POR 358-PO

E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR DE R\$ 1.000,00, PROFISSÃO ASSISTENTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 910,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 2.000,00

SEGURO DPVAT DA VITIMA o Policial, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3331-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24.844-7

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

Ardeópolis 14 de Setembro de 2017 Abelton da Silva Mota da
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO:



ATENÇÃO

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



5888000 LINE PRINT 10 25-SE-2017 12:34 285917 1/1

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

Nº Sinistro: **3180207566**

Vítima: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180207566**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **24/06/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE

Avenida José Pedro de Melo, nº - Centro - Aroeiras - 58489-000 - 83-3396-1279

Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA Nº 000258/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000258/17 registrada em 14/09/2017, que passo a transcrever a íntegra: Aos quatoze dias do mês de setembro do ano de 2017, nesta cidade de Aroeiras, estado da Paraíba, no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AROEIRAS, quando encontrava-se presente o Bel. JOSE EVERALDO A. DE MIRANDA, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:49 horas, compareceu o Sr. LEILSON DA SILVA ANDRADE, com 27 anos de idade, filho de JOÃO FERNANDES SOUZA DE ANDRADE e MARIA JOSÉ DA SILVA ANDRADE, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AROEIRAS - PB, Casado, escolaridade Medio Completo, profissão PASSADOR, portador da Cédula de Identidade Nº 362566, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 01616169419, residindo à rua JOSÉ GERMANO DE ARAUJO, bairro CENTRO, na cidade de Aroeiras - PB, celular 981024942.

Declarou que:

no dia 24 de Junho de 2017, por volta das 22h30 minutos aproximadamente, quando retornava da cidade de Campina Grande em direção a esta cidade de Aroeiras, conduzindo sua MOTO HONDA CG 150 TITAN MIX EX, DE COR CINZA, ANO 2009, MODELO 2010, PLACA KLG 9069, CHASSI 9C2KC1640AR007473, licenciada em seu nome e, na localidade do sítio Torres, próximo a fazenda do senhor conhecido popularmente por BETO DE LEOPOLDO, um animal (garrote) atravessou a pista e, sem condições de frear, colidiu com o mencionado animal vindo a cair ao solo, ferindo-se gravemente: QUE foi socorrido para o Hospital da cidade de Aroeiras e em virtude da gravidade dos ferimentos, foi transferido para o Hospital de Trauma na cidade de Campina Grande onde foi atendido as 00:22min do dia 25/06/2017. Declante que não existe posto de UML nesta cidade de Aroeiras para a realização de Perícia. É o teor. Nada mais havendo a declarar sobre o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expõe a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Aroeiras, Quinta-feira, 14 de Setembro de 2017

Leilson da Silva Andrade

LEILSON DA SILVA ANDRADE

Declarante

Jorge Pires Pimentel Junior

JORGE PIRES PIMENTEL JUNIOR

Escrivão

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA
25-09-2017 12:34 285915 17

Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LEILSON DA SILVA ANDRADE
RG nº 3625166, data de expedição 11/02/08
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 016.161.694-19, com
domicílio na cidade de ARDETRAS, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JOSÉ GERVÁSIO DE ARAÚJO nº 514
complemento IMBA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima O PRÓPRIO, cujo o condutor era
O PRÓPRIO

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: MONOPOL 160 VTRX MIX EX
Ano: 2009
Placa: KCE 9069
Classi: 9E2X01640AR007473
Data do Acidente: 24/06/2017
Local e Data: ARDETRAS - PB, 14/09/2017

Leilson da Silva Andrade
Assinatura do Declarante

Leilson da Silva Andrade
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DO REGISTRO CIVIL	
VALDO INACIO O PRESTADOR NACIONAL 894392465	REGISTRO DA SILVA ANDRADE
	CONDIÇÃO / CATEGORIA: BRV
	CPF: 016.161.694-19 DATA DE EMISSÃO: 19/06/1980
	PROFISSÃO: JUIZ DE DIREITO DO JUIZADO DE PAZ DE ANDARAÍ
	DATA DE VALIDADE: 07/05/2009
04630577393	
Assinatura do titular	
Assinatura do titular	
894392465	10/04/2014
58742271485	
78028402714	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - PE Nº 013100149601

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÔD. RENAVAM RUA TAC. EXERCÍCIO
1 17490289 ***** 2017

LEILSON DA SILVA ANDRADE

JAB GUARARAPES-PE

016.161.694-19 PLACA KL69069

9528CK66DAR007473 CHASSI

PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

HONDA/CG150 TITAN MIX EX ANO FAB. ANO MOD. 2009 2010

2P/149CU CATEGORIA PARTIC. CORP. PRODUÇÃO CINZA

IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1 *****

PARCELAMENTO / COTAS 2 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO 3 *****

SEGURO PAGO PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

JAB GUARARAPES 10/05/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DIRETOR PRESIDENTE DETRAB/PE

DUT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE 147,75% TERRESTRE OU POR SUA CARGA E PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PE Nº 013100149601 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LEILSON DA SILVA ANDRADE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

JAB GUARARAPES-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 10/05/17

016.161.694-19 PLACA KL69069

174902897 RENAVAM MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX 2

2009 ANO FAB. COLINEZ M. GARGA 9528CK1640AR007473

PRÊMIO TARIFÁRIO DENATRAM (R\$)

SEGURO PAGO COTA ÚNICA

PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180207566 **Cidade:** Aroeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEILSON DA SILVA ANDRADE **Data do acidente:** 24/06/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: REFERE DORES AOS MOVIMENTOS DO ANTEBRAÇO DIREITO. AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA. EDEMA RESIDUAL. MOVIMENTOS PRESERVADOS EM PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 18/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162650/18
Vítima: LEILSON DA SILVA ANDRADE
CPF: 016.161.694-19

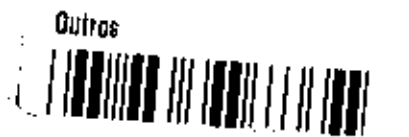
CPF de: Próprio

Data do Acidente: 24/06/2017
Titular do CPF: LEILSON DA SILVA ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros



LEILSON DA SILVA ANDRADE : 016.161.694-19
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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/05/2018
Nome: LEILSON DA SILVA ANDRADE
CPF: 016.161.694-19

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2018
Nome: MIRELLA DA SILVA DO NASCIMENTO
CPF: 163.286.597-17

LEILSON DA SILVA ANDRADE

MIRELLA DA SILVA DO NASCIMENTO

Cristina Alves

Attn.

De: Ricardo Gonçalves
Enviado em: sexta-feira, 4 de maio de 2018 15:05
Para: Projeto Correio
Assunto: RECADASTRAR - ASL-0383604/17 - 3170/535427 - 15391732
Anexos: Untitled_04052018_150324.pdf

Prioridade: Alta

Boa tarde.

Solicito o recadastramento do processo em assunto, corrigindo a data do acidente.

Data correta – 24/06/2017.

Atenciosamente,
Ricardo Gonçalves

Gerência Técnica.

ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4748



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais:
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
25-SET-2017 12:34 285925 1/1

Ficha de Acolhimento

Nome:	Jefferson da Silva Andrade		
End:	Manuel Siqueira Junior	592	Bairro: Povoado
Data de Nascimento:	19-06-90	Documento de Identificação:	1901408 PB
Queixa:	Dor abdominal Data do Atend.: 25/06/17 Hora: 00:20 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim	(/) Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- (/) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional
CORDEIRO, 110
ENFERMEIRA
CORDEIRO, 110

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIANOME **WILSON DA SILVA ANDRADE**IDADE **24**SEXO **M**COR **P**DATA **25/06/17**PRESSÃO ARTERIAL **150x80**PULSO **90**RESPIRAÇÃO **EUPNEICO**

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

TIPO SANGÜÍNEO

HEMÁCIAS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLICEMIA

URÉIA

OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO

EUPNEICO

ASMA

NÃO

BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO

HEMOD. ESTÁVEL

ELETROCARDIOGRAMA

YES

AP. DIGESTIVO

JEJUM > 8h

DENTES

PESSOÇO

AR. URINÁRIO

ESTADO MENTAL

CONSC.

ANALÓGICOS

CORTICÓIDES

ALERGIA

HIPOTENSÕES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FUR. LIG. PUNHO

ESTADO RISCO

P2

RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

APLICADA

AS

EFEITO

AGENTES
ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS

CÓDIGOS
VP - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO
AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃOSÍMBOLOS
E
ANOTAÇÕES

POSICÃO

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGÜÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPS

529.80008 LITEX PRINT 06 25-07-2017 12:34 283926 1/1

Assinature

INVESTIGATION - ALIAS NO. 400M

CHARTERED

10-1-1967

ESTABLISHED

10-1-1967

10-1-1967

22:00

22:00

22:00

22:00

22:00

22:00

22:00

22:00

22:00

22:00

22:00

22:00

22

22

ESTABLISHED 10-1-1967 10-1-1967 12-1-1967 20-1-1967

10-1-1967

10-1-1967

10-1-1967

10-1-1967

10-1-1967

10-1-1967

10-1-1967

10-1-1967

10-1-1967

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

08/07/17 101

PACIENTE:

Leison da Silva Nascimento - DN 19/06/1990

QI

LEITE

SALA 04

CONVÊNIO

SUS

IDADE

27

REGISTRO

1457032

CIRURGIA

REVISÃO DE PUNTO

CIRURGIÃO

DR. LUIZ JULIÃO

ANESTESIA

PROPRIOUS NO LADO

ANESTESIA

DR. FOLIX SORRES

INSTRUMENTADORA

DATA

25/06/2017

INICIO

08:45

FIM

08:55

24/06/17 102

19- SPERCONTROL 0909 589 1510

08/07/17 102

24/06/17 101

01- SPERCONTROL 0909 589 1510

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Adrenalina amp.

Atropina amp.

Diazepam amp.

Dimore amp.

Dolanina amp.

Efrane ml

Fenegan amp.

Fentanil ml

Ketalar ml

Mercaina % ml

Nubahn amp.

Pavulon amp.

Protigmine amp.

Protopdo l/m

Quelicin ml

Rapifen amp.

Thionembutal ml

Tracrium amp.

Qtd. MEDICAÇÕES

Agua Destilada amp.

Decadron amp.

Dipirona amp.

Flaxidol amp.

Flebocortid amp.

Geramicina amp.

Glicose amp.

Glucon de Cálcio amp.

Haemacel ml

Heparema ml

Kanakion amp.

Lasix amp.

Medrolinazol.

Plasil amp.

Prolamina

Revivan amp.

Stuplanon amp.

Cefatolina 1g

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Aguilha desc. 25 x 7

Aguilha desc. 28 x 28

Aguilha desc. 3 x 4,5

Aguilha p/ raque nº

Alcool de Enfermagem

Alcool Iodado ml

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp.

Benzina ml

Bolsa Colostoma

Catet. p/ Oxiq.

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Compressa Grande

Compressa Pequena

Colonoide

Dreno

Dreno Kerr nº

Dreno Penrose nº

Dreno Pezzer nº

Equipo de Macrogotas

Equipo de Macrogotas

Equipo de Sangue

Equipo de PVC

Espadrapo Largo cm

Furacim ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

H₂O, ml

Intracath Adulto

Intracath Infantil

Lamina de Bisturi nº 23

Lamina de Bisturi nº 11

Lamina de Bisturi nº 15

Luvas 7.0

Luvas 7.5

Luvas 8.0

Luvas 8.5

Oxigenio Vm

Polifix

PVPI Degemante ml

PVPI Tópico ml.

Sabão Antiséptico

Saco coletor

Seringa desc. 10 ml

Seringa desc. 20 ml

Seringa desc. 05 ml

Sonda

Sonda Foley

Sonda Nasogálica

Sonda Uretral nº

Sterydrem ml

Torneirinha

Vaselina ml

Gelcon 18

Lalese

Outros

Qtd. FIOS

Catgut cromado Sertix

Catgut cromado Sertix

Catgut cromado Sertix

Catgut Simples

Catgut Simples Sertix

Catgut Simples Sertix

Catgut Simples Sertix

Cera p/ osso

Ethibond

Ethibond

Ethibond

Fio de Algodão Sertix

Fio de Algodão Sertix

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fila cardiaca

Mononylon

Mononylon

Prolene Sertix

Prolene Sertix

Prolene Sertix

Prolene Sertix

Vicryl Sertix

Vicryl Sertix

Vicryl Sertix

Qtd. SOROS

SG Normotermico fr 500 ml

SG Gelado fr 500 ml

SG Hipertermico fr 500 ml

SG Ringr fr 500 ml

SG fr 500 ml

Qtd. ORTESE E PRÓTESE

Qtd. EQUIPAMENTOS

Oximeiro de Pulso

Serra

Desfibrilador

Foco Frontal

Fonte de Luz

Foco Auxiliar

Eletrocautério

Oxícapiógrafo

Cardiomonitor

Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 506

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slightly textured appearance and some minor blemishes or dust specks. The edges of the paper are slightly irregular.

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente Heilson de Silva		Nº Prontuário	
Data da Operação 28/06/77	Enf. 6	Leito 3	
Operador Dr. Gonsalves		1º Auxiliar Dr. Julio	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório Luxação lateral D			
Tipo de Operação Redução + Fixação			
Diagnóstico Pós-Operatório Omeles			
Relatório Imediato da Patologia Ø			
Exame Radiológico no Ato Sim			
Acidente Durante a Operação Nã			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Ponto em DDH sob anestesia;
- 2) Assépsia e antissepsia;
- 3) Apoiar de campos estéril;
- 4) Redução imediata luxação com 2 fios K sob auxílio de escopio;
- 5) Curativo

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9965

Abstract D118

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

SEANBORN LITER PART 06 75-571-2017 12:35 2859338 1/



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Leila da Silva Andrade</u>	Idade: <u>27</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>25/1</u>
Procedimento: <u>tratamento cirúrgico de varicela de punho</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Luiz S. S. S. S.</u>	Auxiliar: <u></u>
Anestesista: <u>Dr. Fila</u>	
Início: <u>08:35</u>	Término: <u>08:55</u>
Anestesia: <u>bloqueio de plexo</u>	

[illegible][illegible]

Observações:

Felipe Sauer
7608

Assinatura Anestesista

Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

NO. 103

SEBASTIAN LINEAR PART 16 25-21-2017 12:35 265931 1/1

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME

LEILSON DA SILVA A-MACI

IDADE

SEXO

COR

DATA

28/06/17

PRESSÃO ARTERIAL

130 x 80

PULSO

70

RESPIRAÇÃO

EUPNEU

TEMPERATURA

36,4°C

PESO

80kg

ALTURA

TIPO SANGÜÍNEO

HEMÁCIAS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLUCEMIA

URÉIA

OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Midazolam - 2,5mg + fentanyl - 75mcg

APLICADA

AR

EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS

Líquidos

CÓDIGOS
VP. ARTERIAL; O PULSO; O - RESPIRAÇÃO
AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSICÃO

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

INDUÇÃO

Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____

Laringo espasmo: _____ Lenia: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

MANUTENÇÃO

③ Cetoroleno - 2g

④ Dexmedetomidina - 10g

⑤ Propofol - 50g

⑥ Rocephin - 4g

⑦ Dipirona - 2g

⑧ Cetoprofeno - 10g

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO: _____

Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com câmbio: _____

Perda de leite Sim Não

CONDIÇÕES: _____

CANULAS

PERDA SANGÜÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Isaelson da Silva Andrade DN 19-06-1997

QI *LEITE* CONVÊNIO *Sus* IDADE *27* REGISTRO *1457033*

CIRURGIA *TT = Curg. q. rot. de* CIRURGIÃO *Dr. Isaelson Costa Jr*

ANESTESIA *Bl. pleco + morfina* ANESTESIA *Dr. Romari*

INSTRUMENTADORA DATA *28-06-17* INÍCIO *14:40* FIM *15:20*

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Lúcia Gonzaga Fernandes

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
Atropina amp.		Catet. pl. Org.		Catgut cromado Serfix	
Diazepam amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix	
Dimore amp.	02	Compressa Grande		Catgut cromado Serfix	
Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
<i>01</i> <i>Atropina 2ml</i>		Colonóide		Catgut Simples Serfix	
Fenogam amp.		Dreno		Catgut Simples Serfix	
Fentanil ml		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serfix	
Inova ml		Dreno Penrose nº		Cera pl. osso	
Ketalar ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
<i>01</i> <i>Atropina 2% ml 5/10</i>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<i>01</i> <i>Propofol 0,5%</i>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
Parvulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serfix	
Protigmine amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serfix	
Protóxido I/m		Espandrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutopak	
Quefclm ml	05	Furacim ml		Fio de Algodão Sutopak	
Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
Thionembul ml		H ₂ O ml	01	Mononylon	2°
Tracrium amp.		Intracath Adulto		Mononylon	

Qtd. MEDICAÇÕES

Agua Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Protene Serfix	
Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Protene Serfix	
Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Protene Serfix	
<i>01</i> <i>Propofol</i>	04	Luvax 7.0		Protene Serfix	
<i>01</i> <i>Propofol</i>	05	Luvax 7.5		Vicryl Serfix	
<i>01</i> <i>Propofol</i>	06	Luvax 8.0		Vicryl Serfix	
<i>01</i> <i>Propofol</i>	07	Luvax 8.5		Vicryl Serfix	
<i>01</i> <i>Propofol</i>	08	Luvax 9.0			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	09	Luvax 9.5			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	10	Luvax 10.0			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	11	Luvax 10.5			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	12	Luvax 11.0			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	13	Luvax 11.5			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	14	Luvax 12.0			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	15	Luvax 12.5			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	16	Luvax 13.0			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	17	Luvax 13.5			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	18	Luvax 14.0			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	19	Luvax 14.5			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	20	Luvax 15.0			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	21	Luvax 15.5			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	22	Luvax 16.0			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	23	Luvax 16.5			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	24	Luvax 17.0			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	25	Luvax 17.5			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	26	Luvax 18.0			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	27	Luvax 18.5			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	28	Luvax 19.0			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	29	Luvax 19.5			
<i>01</i> <i>Propofol</i>	30	Luvax 20.0			

Qtd. SOROS

Agua Destilada amp.		SG Normotérmico fr 500 ml	
Decadron amp.		SG Gelado fr 500 ml	
Dipirona amp.		SG Hipertérmico fr 500 ml	
<i>01</i> <i>Propofol</i>		SG Ring fr 500 ml	
<i>01</i> <i>Propofol</i>		SG fr 500 ml	

Qtd. ORTESE E PRÓTESE

<i>01</i> <i>Propofol</i>		<i>02</i> <i>Proda Kieche 2.0</i>	
---------------------------	--	-----------------------------------	--

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Aguilha desc. 25 x 7		Vetefina ml	
Aguilha desc. 28 x 28		Geloon 18	
Aguilha desc. 3 x 4,5		Látex	
Aguilha pl. raque nº	05	<i>eletrabz</i>	
Álcool de Enfermagem	7.06		
Álcool Iodado ml			
Ataduras de Crepon	13		
Ataduras de Gazeada			
<i>02</i> <i>Propofol</i>			
Betadina ml			

EQUIPAMENTOS

- (x) Oxímetro de Pulso
- () Sema
- () Desfibrilador
- () Foco Frontal
- () Fonte de Luz
- (x) Foco Auxiliar
- () Eletrocautério
- () Oxímetro
- (x) Cardiomonitor
- (x) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lúcia B. Monteiro
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PR 2000

Vanda

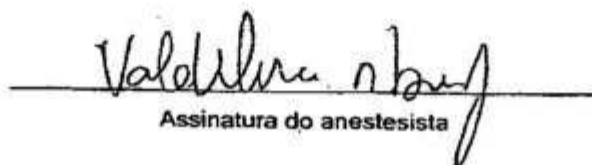
REC 008

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10


Assinatura do anestesista

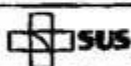


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Deilson da Silva Archade	Idade:	27 anos
Convênio:	Impet. 1457053	Data:	28.08.14
Procedimento:	Trat. cir. fratura		
Cirurgião:	Dr. Cymanov	Auxiliar:	Dr. Filho
		Anestesista:	Dr. Paoli
Início:	14:40	Término:	15:20
		Anestesia:	Bloqueio de plexo

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde		1 - CID-9
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CID-9
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO		4 - CID-9

Identificação do Paciente		5 - Nº DO PROMISSÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PROMISSÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE UNIDADE (CNU)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masculino ☐ 1 Feminino ☐ 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE	12 - ENDEREÇO (Cidade, Nº, Bairro)
13 - ENDEREÇO (Cidade, Nº, Bairro)	14 - CID-9 DO PROCEDIMENTO	15 - UF
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - CID-9 DO PROCEDIMENTO	18 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	20 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	22 - CID-9 DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO	24 - CID-9 DO PROCEDIMENTO
25 - CID-9 DO PROCEDIMENTO	26 - CID-9 DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	28 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
29 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI (SEU TIPO DE ACOMPAANHANTE)	30 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
☐ DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I
☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DE SOLICITAÇÃO
40 - DOCUMENTO	41 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
42 - ASSINATURA E CARGO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	44 - CID-9 DO PROCEDIMENTO
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
47 - ASSINATURA E CARGO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	48 - DATA DE SOLICITAÇÃO



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
--	------------------------	---------------------	---	-----------

Identificação do Estabelecimento de Saúde		3 - CID-9	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4 - CID-9	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO: ☐ M ☐ F	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO (P. EM TELEFONE)	
12 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA		13 - CID-9	
14 - CID-9		15 - CID-9	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ADI)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		19 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CID-9 DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO SOCIAL		23 - CID-10 PRINCIPAL	
		24 - CID-10 SECUNDÁRIO	
		25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		27 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMODANTE		29 - CID-9	
☐ DIÁRIA DE ACOMODANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III		30 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CID-9	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
		37 - CID-9	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
-----------------------------------	--

PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
43 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			

AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		45 - CID-9 DO PROCEDIMENTO	
46 - DOCUMENTO		47 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
48 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:	DN:	PRONT. Nº:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO:	ALTA:	

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

2. Resultado dos principais exames

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

SEI 88008 LUBZ 0001 08 25-07-2017 10:35 285944 1/1

7. Condições de alta

- ☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Responsável pelo resumo



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): LÉILSON DA SILVA
Dr(a): ELDIMAN SOARES DE ARAUJO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Protocolo: 0000344108
Data: 27-06-2017 12:24
Idade: 27 anos
RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Destino: ENF (K - L, O)

HEMOGRAMA

[DATA DA COLITA: 27/06/2017 12:45]

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
V.C.M.....
H.C.M.....
C.H.C.M.....

Resultados

4.5 milhões/mm³
14,2 g/dL
43 %
96 fL
32 pg
33 g/dL

Valores de Referência

4,2 a 5,0 milhões/mm³
13,5 a 16,0 g/dL
40,0 a 52,5 %
82,0 a 102,0 fL
27,0 a 31,0 pg
32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....

5.200 /mm³
(%)

5.000 a 10.000 /mm³

Neutrófilos

Promielócitos.....
Mielócitos.....
Metamielócitos.....
Bastonetes.....
Segmentados.....

0
0
0
2,0
64,0

0
0
0
104
3.328

40 a 70 % - 1.800 a 8.500 /mm³
0,5 a 6,0 % - até 500 /mm³
0 a 2,0 % - até 100 /mm³

Eosinófilos.....
Basófilos.....

1,0
0

52
0

20 a 45 % - 1.000 a 3.500 /mm³

Linfócitos.....
Típicos.....
Atípicos.....

30,0
0

1.560
0

2,0 a 10 % - até 1.000 /mm³
141.000 a 400.000 /mm³

Monócitos.....
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....

3,0
107.000 mm³

156

OBSERVAÇÕES.....

Contagens repetidas e confirmadas.
Plaquetopenia revisada e confirmada.

Luiz Marciano L. M. Martins
Liliane Marciano L. M. Martins
CRF-PB 1463

Emissão : 27/06/2017 12:50 - Página 1 de 2

25-07-2017 12:36 285945 1/1





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

SI(a): LEILSON DA SILVA
Dr(a): ELIDIMAN SOARES DE ARAUJO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Protocolo: 0000344108
Data: 27-06-2017 12:24
Idade: 27 anos
RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Destino: ENF 06 - L 03

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2 min e 30 seg

DATA DA COLETA: 27/06/2017 12:50

MATERIAL: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO..... 7 min e 30 seg min

DATA DA COLETA: 27/06/2017 12:50

MATERIAL: sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Lile Marciano L. M. Martins
CRF-PB 1483

Emissão: 27/06/2017 12:50 - Página 2 de 2

SERENOSO LILIE MARCIANO 08 25-01-2017 12:26 285946 1/1



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28/06	10h	—	—	—	120	—	medicação conforme prescrição médica.	
17								

Sônia Maria Costa
 TEB ENFERMAGEM
 CREA-PA 942.603

28/06/2017 10h 10m 10s

2370000 LINE ITEM: 08 25 MAY 2011 12:05:205948-1

27
06
378

10h 190X90

Paciente estável, medi-
cado, conforme prescrição
médica.
Segue sob cuidados
da equipe.

Leonora

63 20

DIAGNÓSTICO

16/30

16/30

Paciente

Admissão

Leito

Comendo

Evolução Médica

Data

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

16/30

1
hos. 10:00hs
data 26/06/17 — PA = 140x80 —
f = 36,5c

paciente segue dos cuidados de enfermagem
incluindo capno, pressão arterial.

Marlene Farias dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 620.755

26/06/17 16:00

Paciente com quadro clínico estável,
sem alterações feitas em relação a
medicação. S.

ADDIC
D 5164
12/10/12

DIAGNOSTICO

Hi Sam & Alex -

Absolument:

70

Order

Conversion

⑤ 257 pm

Paciente	Admission	Letto	Confinio	Evolution Medical
29	10/12	11/12	12/12	13/12
6	14/12	15/12	16/12	17/12
17	18/12	19/12	20/12	21/12
22	22/12	23/12	24/12	25/12
26	26/12	27/12	28/12	29/12
30	30/12	31/12	1/1	2/1
34	34/12	35/12	36/12	37/12
38	38/12	39/12	40/12	41/12
42	42/12	43/12	44/12	45/12
46	46/12	47/12	48/12	49/12
50	50/12	51/12	52/12	53/12
54	54/12	55/12	56/12	57/12
58	58/12	59/12	60/12	61/12
62	62/12	63/12	64/12	65/12
66	66/12	67/12	68/12	69/12
70	70/12	71/12	72/12	73/12
74	74/12	75/12	76/12	77/12
78	78/12	79/12	80/12	81/12
82	82/12	83/12	84/12	85/12
86	86/12	87/12	88/12	89/12
90	90/12	91/12	92/12	93/12
94	94/12	95/12	96/12	97/12
98	98/12	99/12	100/12	101/12
102	102/12	103/12	104/12	105/12
106	106/12	107/12	108/12	109/12
110	110/12	111/12	112/12	113/12
114	114/12	115/12	116/12	117/12
118	118/12	119/12	120/12	121/12
122	122/12	123/12	124/12	125/12
126	126/12	127/12	128/12	129/12
130	130/12	131/12	132/12	133/12
134	134/12	135/12	136/12	137/12
138	138/12	139/12	140/12	141/12
142	142/12	143/12	144/12	145/12
146	146/12	147/12	148/12	149/12
150	150/12	151/12	152/12	153/12
154	154/12	155/12	156/12	157/12
158	158/12	159/12	160/12	161/12
162	162/12	163/12	164/12	165/12
166	166/12	167/12	168/12	169/12
170	170/12	171/12	172/12	173/12
174	174/12	175/12	176/12	177/12
178	178/12	179/12	180/12	181/12
182	182/12	183/12	184/12	185/12
186	186/12	187/12	188/12	189/12
190	190/12	191/12	192/12	193/12
194	194/12	195/12	196/12	197/12
198	198/12	199/12	200/12	201/12
202	202/12	203/12	204/12	205/12
206	206/12	207/12	208/12	209/12
210	210/12	211/12	212/12	213/12
214	214/12	215/12	216/12	217/12
218	218/12	219/12	220/12	221/12
222	222/12	223/12	224/12	225/12
226	226/12	227/12	228/12	229/12
230	230/12	231/12	232/12	233/12
234	234/12	235/12	236/12	237/12
238	238/12	239/12	240/12	241/12
242	242/12	243/12	244/12	245/12
246	246/12	247/12	248/12	249/12
250	250/12	251/12	252/12	253/12
254	254/12	255/12	256/12	257/12
258	258/12	259/12	260/12	261/12
262	262/12	263/12	264/12	265/12
266	266/12	267/12	268/12	269/

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Curacao de fratura

Paciente	honorar ao Suo	Alojamento	6	Leito	3	Convênio
----------	----------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
------	-------------------	---------	-----------------

14/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
15/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
16/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
17/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
18/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
19/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
20/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
21/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
22/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
23/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
24/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
25/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
26/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
27/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
28/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
29/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
30/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito
31/03/2012	Fratura húmero direito	17h	Fratura húmero direito

Dr. Luiz Henrique Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8637 PB

Dr. Luiz Henrique Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8637 PB

Dr. Luiz Henrique Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8637 PB

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24.06	16h				190/80	+	Paciente vindo do cc. fornicate chie tudo expulso, afebril, m.c.p.m. Desabilitado da equipe -	
25.06	20:20						Paciente estável, sem intercorrências. Medica tudo conforme prescrito tudo medicado. Siga as ordens da enfermagem.	



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
25-SET-2017 12:36 2833955 1/1

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

DADOS CLÍNICOS:

Política

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM:

EXAMES SOLICITADOS:

*Articulação torácica
velocidade
mão D*

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	HORA DA SOLICITAÇÃO:		Dr. Danilo Carvalho MÉDICO CRM-PB 9969 CRM-SP 23634 Assinbo e Assinatura do Médico
DATA: 25/6/17				

MÓD. 002



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Roberto da Silva										PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:	LEITO:
	M	F	B	P	A							

DADOS CLÍNICOS:

Controlado

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM
25/10/2017

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de mão D AP e oblíquo

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Jaylla Duarte Melo
Oncologista
Médica
CRM PE - 21.890

Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO
DA PARÁ

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

NOME:	Leilson dos Santos										PRONTUÁRIO:	271		
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:	
	M	F	B	P	A							6	3	

DADOS CLÍNICOS:

Controlado

RAIO X
REALIZADO EM:

28/06/17.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RX m. O. A. e. D.

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 99857/912

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA: 28/06

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Uda - 29/06/77 — PA = 140x80

R. euriatus

29/06/77 20:15h.

PA = 140x80

Lucia de Fátima S. Oliveir
Técnica em Enfermagem
COREN-PR 1007331