
Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: BENICIO AMARO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180250516

Vitima: BENICIO AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 09/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180250516**.

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



Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **BENICIO AMARO DA SILVA**

Sinistro: **3180250516**

Vítima: **BENICIO AMARO DA SILVA**

Data do Acidente: **09/03/2018**

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 **3180250516** 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, 26 de Junho de 2018

Carta n°: 13011884

A/C: BENICIO AMARO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180250516
Vitima: BENICIO AMARO DA SILVA
Data do Acidente: 09/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: BENICIO AMARO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 00000146537-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

417.252.374-87

Nome completo da vítima

Benício Amaro da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Benício Amaro da Silva	417.252.374-87	Recebedor
Endereço	Número	Complemento
Rua Rodrigues Alves	765	
Bairro	Cidade	Estado
Mandaqui	Itaú Paulista	SP
Email	CEP	
	53023-528	
	Telefone (DDD)	
	11 94700-3807	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> 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
Nº.

D/V

CONTA
Nº.

D/V

0037

146537

0

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO	Nº	NRG
08		
AGÊNCIA	D/V	CONTAS/A
00000000		00000000
	(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Lobo, 04 de outubro de 2018
Local e Data

Benício Amaro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

467.252.374-87

Nome completo da vítima

BENICIO ANAIS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Breno AMARAL DA SILVA		CPF titular da conta	467352-374-87	Profissão	Treco	
Endereço	Rua Rodrigues Alves		Número	765	Complemento		
Bairro	Mandaqui	Cidade	Jacareí	Estado	P3	CEP	13321-528
Email						Telefone (DDD)	(11) 9476-7807

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0037		146537	0
(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agencia e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Otton, 04 de maio de 2018

Local e Data

Bonnie Franco desiré

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 7 - Assinatura do Representante Legal

**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: 3180250516
Nome do(a) Examinado(a): Benicio Amaro da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Rodrigues Alves, 968
At do Ceu Joao Pessoa PB CEP: 58027-528
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 1186986
Data local do acidente: [09/03/2018]
Data local do exame: [18/06/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E FIOS DE KIRSCHNER, FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

Data da Alta: 05/06/2018

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO VOLAR DO PUNHO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO PUNHO.

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

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO DIREITO.

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 o 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

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 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 à valoração do dano corporal.


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

**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: 3180250516
Nome do(a) Examinado(a): Benicio Amaro da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Rodrigues Alves, 968
At do Ceu Joao Pessoa PB CEP: 58027-528
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 1186986
Data local do acidente: [09/03/2018]
Data local do exame: [18/06/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E FIOS DE KIRSCHNER, FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

Data da Alta: 05/06/2018

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO VOLAR DO PUNHO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO PUNHO.

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

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO DIREITO.

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 o 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

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 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 à valoração do dano corporal.


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00069.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00069.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 16:42 horas do dia 07 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8^ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Benício Amaro da Silva**, CNH nº 02553820800, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Ivonete Damiana da Silva e José Amaro da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/02/1966 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Rodrigues Alves, Nº 968, complemento casa., bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Alto do Céu., na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Principal do Conjunto Altiplano Cabo Branco, nº 968. Casa., Boite Pink Elefante, João Pessoa/PB, bairro Altiplano Cabo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/03/18 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo Fazer 250, marca Yamha , tipo de veículo motocicleta, cor vermelha, ano 2011, placa NPT-2053, chassi 9C6KG0460C0030447, renavam 00305017241

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, se conduzia na moto de sua propriedade já discriminada pena avenida principal que dá acesso ao conjunto Altiplano Cabo branco, nesta capital, precisamente em frente a Boite Pinck Elefante, foi surpreendido com um "gelo Baiano" que despregou-se do asfalto e engalhou nos raios da roda da motocicleta, provocando o não rodar desta e assim, provocou uma queda, jogando o Condutor, ora notificante ao solo, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar em Mangabeira, onde ficou evidenciado Fratura do Rádio distal direito, conforme prontuário Médico apresentado.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de maio de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


BENÍCIO AMARO DA SILVA

Noticiante


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Procedimento Policial: 00069.01.2018.1.02.008

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00069.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00069.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 16:42 horas do dia 07 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8^ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Benício Amaro da Silva**, CNH nº 02553820800, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Ivonete Damiana da Silva e José Amaro da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/02/1966 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Rodrigues Alves, Nº 968, complemento casa., bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Alto do Céu., na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Principal do Conjunto Altiplano Cabo Branco, nº 968. Casa., Boite Pink Elefante, João Pessoa/PB, bairro Altiplano Cabo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/03/18 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo Fazer 250, marca Yamha , tipo de veículo motocicleta, cor vermelha, ano 2011, placa NPT-2053, chassi 9C6KG0460C0030447, renavam 00305017241

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, se conduzia na moto de sua propriedade já discriminada pena avenida principal que dá acesso ao conjunto Altiplano Cabo branco, nesta capital, precisamente em frente a Boite Pinck Elefante, foi surpreendido com um "gelo Baiano" que despregou-se do asfalto e engalhou nos raios da roda da motocicleta, provocando o não rodar desta e assim, provocou uma queda, jogando o Condutor, ora notificante ao solo, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar em Mangabeira, onde ficou evidenciado Fratura do Rádio distal direito, conforme prontuário Médico apresentado.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de maio de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


BENÍCIO AMARO DA SILVA

Noticiante


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Procedimento Policial: 00069.01.2018.1.02.008

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Bonílio AMARO DA SILVA

CPF da Vítima

467.252.374-87

Data do Acidente

07/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalei uma das opções abaixo:

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

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

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

08 MAIO 2018

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

Jureu Pessoal, 04 de maio de 2018
Local e Data

Bonílio Amaral da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZZATO

1.1 Residencia

[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Catálogo do MÉSINGA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREY PREVIDÊNCIA S/A
atura e Caixa do Meio
00000000000000000000000000000000

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtda	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

... Silviano Gomes da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico/A.S/A
18 MAIO 2018



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BENICIO AMARO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000146537-0

Nr. da Autenticação 922AC6C6A0B730C4

LEONARDO MARQUES CANDIDO
RUA RODRIGUES ALVES, 968 - MANDACARU
JOAO PESSOA / PB CEP 58027340 (AG. 1)

Emissao: 08/03/2018 Referencia: Mar / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br230 Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 3 - 1 - 310 - 3100 N° medidor: 00005044723



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°003.141.923
Cód. para Débito Automático: 00002204840

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a
Mar / 2018

Apresentação
08/03/2018

Data prevista da
próxima leitura
09/04/2018

CPF/ CNPJ/ RANI
5937576454
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/220484-0

Canal de contato



LEONARDO MARQUES CANDIDO
RUA RODRIGUES ALVES, 968 - MANDACARU
JOAO PESSOA / PB CEP 58027340 (AG. 1)

Emissao: 08/03/2018 Referencia: Mar / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br230 Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 3 - 1 - 310 - 3100 N° medidor: 00005044723



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°003.141.923
Cód. para Débito Automático: 00002204840

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a
Mar / 2018

Apresentação
08/03/2018

Data prevista da
próxima leitura
09/04/2018

CPF/ CNPJ/ RANI
5937576454
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/220484-0

Canal de contato





Complexo Hospitalar MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2018031299

NOME DO PACIENTE:

Benicio Amorim da Silva

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 MAIO 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ENFERMARIA: HN 15 **LEITO:** 151



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 09/03/14

Nome: Renato Amaro da Silva
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

QPD: TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO - FX DISTAL RADIAL (D)

HDA: PACIENTE VITIMA DE TRAJATO MOTO, NESTE PERÍODO E ONBHO (P), DE INÍCIO HOSPE.

Medicações em uso: Não USA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade
[]Amnésia []Libido []Humor

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
09/03/2018



JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

DATA: 23/03/18

HORA: 16:15

PACIENTE: *Wimerson Almeida da Silva*

FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE? SIM () NÃO ()

ENFERMARIA: *K* LEITO: *153*

RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO (assinar e carimbar)

*anamnese de corno cunhado
IAP em Fazenda Até 16 hora*

Dr. Souza M. P. Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CNPJ 083536

RELATÓRIO DO (A) ENFERMEIRO (A) (assinar e carimbar)



1ª VIA PRONTUÁRIO

2ª VIA DIREÇÃO TÉCNICA

3ª VIA CODIGO-SUporte à VIDA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Bruno Amaro de Souza</i>				Registro:	
Idade: <i>33</i>	Sexo: <i>H</i>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>20/07/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. André A.</i>		1º Assistente: <i>Taylor</i>		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Doutor</i>		Tipo Anestesia: <i>Geral</i>		Horário: <i>1:</i>	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fistula de fistula urinária

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Urinaria

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

lact. cirurgia de fistula urinária

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

Descrição:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
68 MAIO 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Colocado de Dr. na sala de cirurgia.
Anestesiado e intubado. I gaveta aberta.
Pacote de algodão seco.

Incisão:

Incisão longitudinal no topo das unhas
mão direita deixando parcialmente intacta.

Achados:

Fratura de unha distal D.

Conduta:

Fratura aberta e fratura interna da base da
unha distal D feita a laser. Ora seca e seca
com ferro em microscópio.

Retirada de fratura interna da base da unha.
Preenchimento da brecha de ferro com óxido de
cromo. Sutura.

Endossa o dedo anelar.

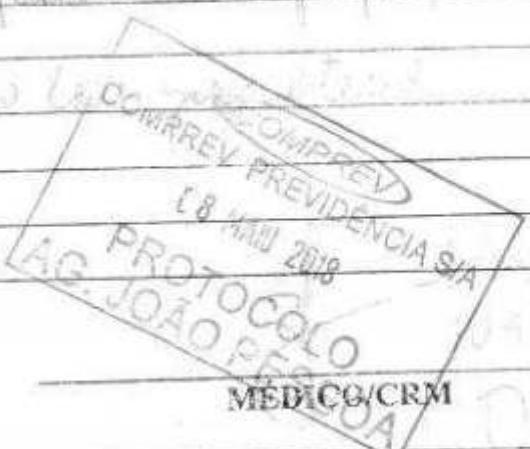
Fechamento:

Sutura da pele operária com parafuso
e suture.

OBS:

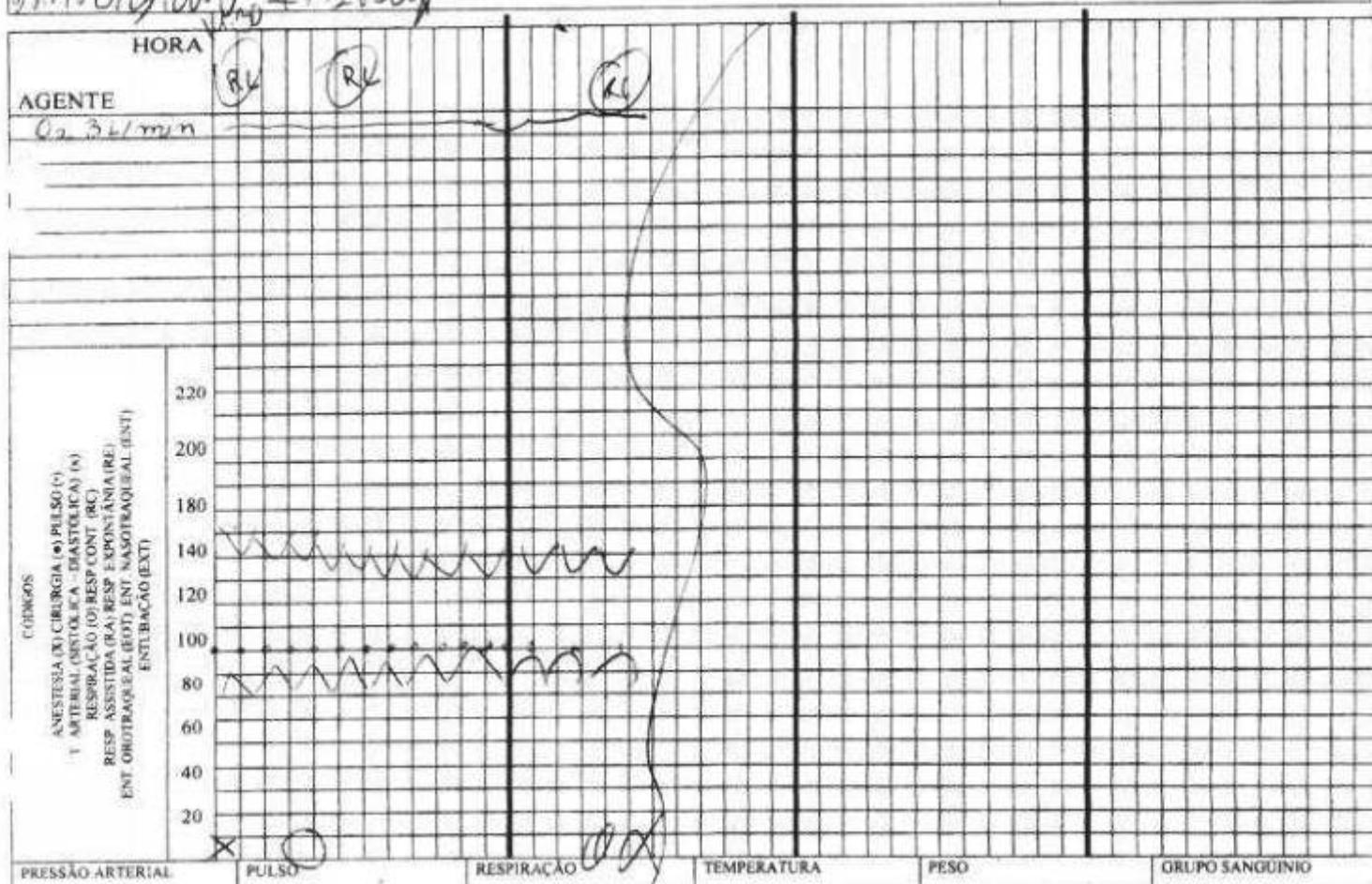
Até mais.

Data: 01/01/18





NOME <i>Bruna Almara da Silveira</i>						DATA <i>07/07/16</i>	
ESTADO CIVIL Solteiro		SEXO Masc.		COR BR		PROFISSÃO IDADE	
ENDERECO Av. (Rua)						52	
HOSPITAL						CATEGORIA	
AIH <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> COD <input type="checkbox"/> INSC <input type="checkbox"/> GIH <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>							
DIAGNÓSTICOS <i>Fractura nas dentes</i>							
OPERAÇÃO REALIZADA <i>Prótese C.R.</i>							
CIRURGIÃO <i>Andrea</i>		AUXILIAR <i>Thiago</i>					
INÍCIO ANESTESIA <i>14:30</i>	TÉRMINO DA ANESTESIA <i>16:05</i>			DURAÇÃO DA ANESTESIA <i>1h35</i>			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>Dr. noturno + R2 Ely</i>	QUANT. DE US (PONTOS)			VALOR R\$			
						CRM-PB	



EXAMES COMPLEMENTARES

PRE ANESTÉSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS

TÉCNICA *Bloqueio de pleno e regional via intubação, oxíto com 4+5.*

MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

- 1 Fentanyl 160 mcg
- 2 Midazolam 5 mg
- 3 Glicetina 3g
- 4 Novocaina 0,1% 100mg
- 5 Isosorbide 0,6% 400 mg

OBSERVAÇÕES

6 Dipirona 2g
7 Dexmedetomidina 10 mcg
8 PREV PREVIDENCIA SA
9
10 08 MAI 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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			2 - CNES				
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY			2 3 9 9 6 2 8				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES				
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY			2 3 9 9 6 2 8				
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO				
Benzil amaro da silva							
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO	
			09/01/1966			Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE			11 - TELEFONE DE CONTATO			Nº DO TELEFONE	
						DDD	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
-18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			-19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR				
-20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			-21 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				
-28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/DU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			-29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			-30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL -31-QTDE.	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
-32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			-33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL -34-QTDE.				
-35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			-36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL -37-QTDE.				
-38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
Cx 3,5 01 paral em t 3x3 03 paral Cortical n° 16-04- 24-01							
02-01-09 COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 12-068 MAIO 2018 PROTOCOLO AG. JONATHAN							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
-39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			-40 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
-41 - DOCUMENTO		-42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			-43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF					Dr. Felipe Bezerra MÉDICO CRM-PB 11126		
AUTORIZAÇÃO							
-44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			-45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			-46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
-47 - DOCUMENTO		-48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			-49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF							



The Impurities in Materials: Chemicals LHS
Rita Puri, M.S., Suresh Agarwal
Dimensions: 100% 450 x 350 mm
Print: 160 gsm offset
Cover: Matt lamination
Page count: 96
Published date: 2008

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: _____ Cód. do Procedimento: _____

Paciente: José Amor de Souza

Data da Cirurgia: 24 / 03 / 18 Prontuário Nº: 1013031299 Convênio: _____

Cirurgião: Quintino Coódigo: _____ () Reposição () Caixa Pronto

DESCRICAO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor To
	Cx 315			
01	Piso cerâmico 38x38			
01	piso cerâmico nº 16.			
02	piso cerâmico nº 18			
01	ii ii ii 20			
01	ii ii ii 24			
03	Bloco de cimento 10			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

	Nº					Valor Unit.	Valor Total
PARAFUSO CORTICAL 3.5mm	Qtd.						
	Cód.						
PARAFUSO CORTICAL 4.5mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
PARAFUSO ESPONJOSO 4.0mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5mm	Nº						
	Qtd.						
ESP R/16 CURTA	Cód.						
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5mm	Nº						
	Qtd.						
ESP R/32 LONGA	Cód.						
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Faturar N.F. para:

Cod. de consultor: _____ Total: _____

Nº do pedido:

NOME:	Bruno Pires de Oliveira
10/03/2018	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	

1. DIETA LIVRE líquida 6 Maaf say + Jurec de Feijão
al 8/8 S/N
2. DIPIRONA 1 COMP VO 6/6H 12/18/2006
3. DICLOFENACO 50MG 1COMP VO 8/8 S/N
4. OMEPRAZOL 40MG 1 COMP VO AO DIA 06

5. TRAMAL 50mg - 01 COMP, VO, 8/8H SE DOR FORTE

EVOLUÇÃO MÉDICA

Hd. Foi da Rd. dm P

PACIENTE EVOLUINDO ESTAVEL SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL

CONDUTA: SOLICITO VAGA NA ENFERMARIA.





PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

Paciente: Renato Amaro da Silva Data: 09/03/18

Clinica: _____ Enfer: _____ Leito: _____ Prontuário: _____

Dr. Yury Gordejko

SEPARADO POR:

MÉDICO: CRM/PE-11647

FARMACÊUTICO:

MATERIAIS DESCARTAVEIS / MEDICAMENTOS

DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.
Cateter para Oxigênio		Torneirinha 3 Vias		Extensor 2 Vias	
Seringa 1cc		Coletor Fechado		Lâmina n°	
Seringa 3cc		Coletor Aberto		Lidocaina com Vaso	
Seringa 5cc		Jelco n°		Lidocaina sem Vaso	
Seringa 10cc		Equipo Parenteral		OUTROS	
Seringa 20cc		Equipo Microgotas			
Sonda Uretral n°		Intracath n°			
Sonda Vesical n°		Equipo Macrogotas			
Sonda Naso Gástrica n°		Scalp n°			
Sonda Nexo Enteral n°		Fralda Tam.:			
Sonda Endotraqueal n°		Luva Proced. Tam.:			
Máscara descartável		Luva estéril n°			
Aladuar de Crepon n°		Eletrodo. Adulto / Infantil			
Fio Monofylon n°		Coletor p/ Incont. Urinária			
Fio de Algodão n°		Algodão Ortopédico			

PREENCHIDO POR:

RECEBIDO POR:



15/151

Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarácio Buriti
Secretaria Municipal de Saúde



PACIENTE	Bruno Amaro de Souza	DATA	18/03/2018
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
ITENS	MEDICAMENTOS - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIOS	
1	DIETA LIVRE		
2	JELCO HEPARINIZADO		
3	TRAMADOL 100 MG 01 AMP + 100ML SF 0,9% EV 8/8 HORAS (S/N)		
4	DIPIRONA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS		
5	TILATIL 20 MG EV DE 12/12 HORAS (S/N)		
6	OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00H		
7	NAUSEDRON 8 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 8/8 HORAS SE VÔMITO		
8	CAPOTEN 25 MG VO SE PA > 160 X 100 MMHG		
9	HGT 6/6 HORAS SE PACIENTE DIABÉTICO		
10	INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA DE HGT SE PACIENTE DIABÉTICO $0 - 180 = 0; 181 - 250 = 2UI; 251 - 300 = 4UI; 301 - 350 = 6UI; 351 - 400 = 8UI; 401 - 450 = 10 UI$		
11	OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H		
12	SSVV + CCGG		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

DIAGNÓSTICO	Em observação
EVOLUÇÃO ORTOPEDICA	Paciente evolui bem, de maneira satisfatória sem queixas algícas ou intecorrências nas ultimas 24 horas CD : VPM

Dr. Tiago Bruno F. Pinto
Médico
ASSINATURA CRM COM CRM





Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity
Secretaria Municipal de Saúde



PACIENTE

Benicio F. B. SIlva

DATA 17/03/2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITENS	MEDICAMENTOS - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIOS
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO HEPARINIZADO	
3	TRAMADOL 100 MG 01 AMP + 100ML SF 0,9% EV 8/8 HORAS (S/N)	<i>06 08 10 12 14 16 18 20</i>
4	DIPIRONA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS	<i>06 12 18 24</i>
5	TILATIL 20 MG EV DE 12/12 HORAS (S/N)	
6	OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00H	<i>06</i>
7	NAUSEDRON 8 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 8/8 HORAS SE VÔMITO	
8	CAPOTEN 25 MG VO SE PA > 160 X 100 MMHG	
9	HGT 6/6 HORAS SE PACIENTE DIABÉTICO	
10	INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA DE HGT SE PACIENTE DIABÉTICO $0 - 180 = 0; 181 - 250 = 2UI; 251 - 300 = 4UI; 301 - 350 = 6UI; 351 - 400 = 8UI; 401 - 450 = 10 UI$	
11	OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H	
12	SSVV + CCGG	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

DIAGNÓSTICO

EVOLUÇÃO ORTOPEDICA	Paciente evolui bem, de maneira satisfatória sem queixas álgicas ou intecorrências nas ultimas 24 horas CD : VPM
---------------------	---

Dr. Wellington Corrêa Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PB 7692

17 MAR. 2018

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM



PREScrição e EVolução MÉDICA DIÁRIA

NOME DO PACIENTE: BENICIO AMARO DA SILVA		SETOR: HUMERTO NÓBREGA		ENFERMARIA: 15	APRAZAMENTO	DATA: 16/03/2018
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA		MEDICAMENTO		LEITO: 141	OBSERVAÇÃO	
1	DIETA GERAL					
2	JELCO HEPARINIZADO					
3	TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 12/12 HORAS (S/N)					
4	DIPIRONA 1 AMPOLA + AD EV DE 6/6 HORAS SE FEBRE OU DOR					
5	TILATIL 20 MG EV DE 12/12 HORAS (S/N)					
6	PARACETAMOL 500 MG VO 6/6 HORAS					
7	OMEPRAZOL 40 MG EV AS 06:00H					
8	NAUSEDRON 8 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 8/8 HORAS SE VÔMITO					
9	CAPOTEN 25 MG VO SE PA > 160 X 100 MMHG					
10	HGT 6/6 HORAS SE PACIENTE DIABÉTICO					
11	INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA DE HGT EM DIABÉTICOS 0 - 180 = 6; 181 - 250 = 20; 251 - 300 = 40; 301 - 350 = 60; 351 - 400 = 80; 401 - 450 = 10 UI					
12	OBSE RVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H					
13	SVCG					
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20	HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA(S)	FRATURA DISTAL DO RÁDIO			LABORATÓRIO	RISCO CIRÚRGICO
		PACIENTE EM BEG, SEM QUEIXAS ALGÍCAS, SEM INTERCORRÊNCIAS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS, EM CONDIÇÕES DE PELE				
	Evolução MÉDICA DIÁRIA	CD: VPM, AG PARA TTO CIRÚRGICO, LIBERADO PARA CIRURGIA				
	Assinatura do Médico com Carimbo e CRM	Servidor da Farmácia				

Rua Agente Fiscal Costa da Duarte, S/N, Mangabeira I, João Pessoa/PB, CEP: 58056384 Tel: (83)3214-1980, (83)3218-9725



PREScrição e EVolução MÉDICA DIÁRIA

NOME DO PACIENTE: BENICIO AMARO DA SILVA

Especialidade: ORTOPEDIA

SETOR: HUMERTO NÓBREGA

ENFERMARIA: 15

DATA: 15/03/2018

LEITO: 141

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSErvAÇÃO

1 DIETAGERAL

2 JELCO HEPARINIZADO

3 TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 12/12 HORAS (S/N)

4 DIPIRONA 1 AMPOLA + AD EV DE 6/6 HORAS SE FEBRE OU DOR

5 TILATIL 20 MG EV DE 12/12 HORAS (S/N)

6 PARACETAMOL 500 MG VO 6/6 HORAS

7 OMEPRAZOL 40 MG EV AS 06:00H

8 NAUSEDRON 8 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 8/8 HORAS SE VÔMITO

9 CAPOTEN 25 MG VO SE PA > 160 X 100 MMHG

10 HGT 6/6 HORAS SE PACIENTE DIABÉTICO

11 INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA DE HGT EM DIABÉTICOS

0 - 180 = 0; 181 - 250 = 2U; 251 - 300 = 4U; 301 - 350 = 6U; 351 - 400 = 8U; 401 - 450 = 10 U

12 OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H

13 SVCG

14

15

16

17

18

19

20

HIPÓTESE(S) DIAGNOSTICA(S) FRATURA DISTAL DO RÁDIO

EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA PACIENTE EM BEG, SEM QUEIXAS ALGÍCAS, SEM INTERCORRÊNCIAS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS. EM CONDIÇÕES DE PELE CD-VPM, AG PARA TTO CIRÚRGICO, AGUARDANDO COLETA DE EXAMES, LIBERADO PARA CIRURGIA DR. LEOPOLDO

LABORATÓRIO

RISCO CIRÚRGICO

Assinatura do Médico com Carimbo e CRM

Servidor da Farmácia

Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF

Benicio Amaro da Silva
Assinatura 1507

Nome: BENICIO AMARO DA SILVA
N° ficha:
Hora de teste: 15-03-2018 08:41
Tempo am.:

Sexo: Masculino
Dept.: HN 15-151
ID: 0020170005245
Hora entrega:

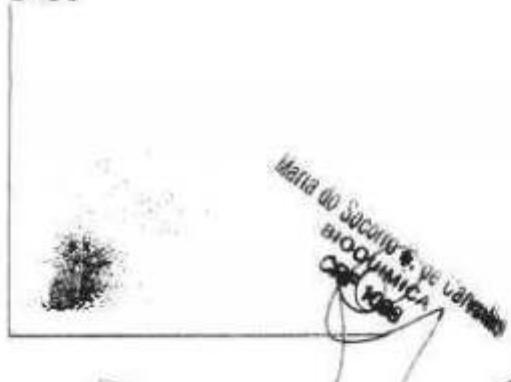
Idade:
N cama:
Modo: WB

Item de teste	Result.	Unidade	Interv. refer.	
WBC	5.75	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00	Avisos WBC
Neu#	4.16	$10^3/\mu\text{L}$	2.00 - 7.00	Célula imatura?
Linf#	0.97	$10^3/\mu\text{L}$	0.80 - 4.00	
Mon#	0.48	$10^3/\mu\text{L}$	0.12 - 1.20	
Eos#	0.12	$10^3/\mu\text{L}$	0.02 - 0.50	
Bas#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.10	
Neu%	H 72.4	%	50.0 - 70.0	
Lym%	L 16.8	%	20.0 - 40.0	
Mun%	8.3	%	3.0 - 12.0	
Tns%	2.1	%	0.5 - 5.0	
des%	0.4	%	0.0 - 1.0	
RBC	5.17	$10^6/\mu\text{L}$	3.50 - 5.50	Avisos RBC
HGB	14.5	g/dL	11.0 - 16.0	
HCT	47.5	%	37.0 - 54.0	
MCV	91.9	fL	80.0 - 100.0	
MCH	28.0	pg	27.0 - 34.0	
MCHC	L 30.5	g/dL	32.0 - 36.0	
RDW-CV	12.5	%	11.0 - 16.0	
RDW-SD	43.6	fL	35.0 - 56.0	
PLT	226	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450	Avisos PLT
MPV	8.8	fL	6.5 - 12.0	
PDW	15.8		9.0 - 17.0	
PCT	0.199	%	0.108 - 0.282	
PLCC	64	$10^3/\mu\text{L}$	30 - 90	
PLCR	28.5	%	11.0 - 45.0	

DIFF



BASO



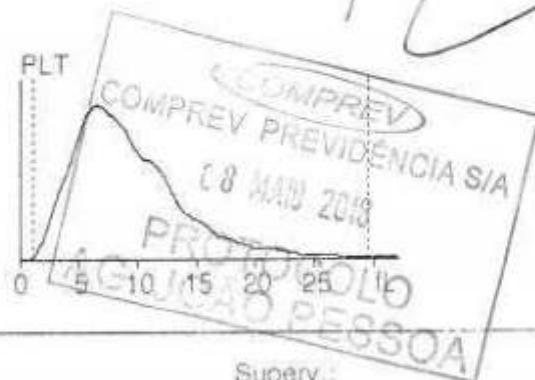
15 Mar 2018 10:16

Single program: PT

Patient ID: 5245

Measured values: 14.1 sec

Result > 100 % INR: 5.00



Transm.:

Operad.: 123

Superv.:

Imprimir: 15-03-2018 08:41

Coment.:

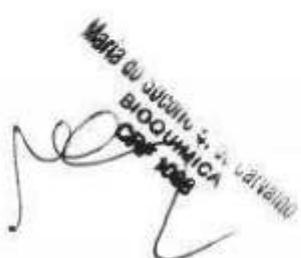
Relatório de paciente

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Quadro: 6246 (Homem) Data do Teste: 16/03/2018
 Síntese: V.N Nome: BENICIO AMARO SILVA

Notas:

Analise	Método	Resultado	Resultado 2	Intervalo	Método 2
U. UDO BIREATIVA	UV.	26 mg/dl		10.00 - 50.00	
CREATININA U.O.	JAFFE	0.80 mg/dl		0.720 - 1.160	
* GLOSE	TRINDER	(f) 115 mg/dl		70.00 - 110.0	



Manoel Júnior
BIOQUÍMICA
CBO 1006





SOLICITAÇÃO DE PARECER

Dr. Yury Cordeiro

CRM-PB 11507

Médico Requerente

Especialidade Solicitada CARDIOLOGISTA - RISCO CIRÚRGICO

Data e Hora: 09/03/18

Avaliação: Rotineira () Urgência ()

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome SEUZILIO ANAIS DA SILVA Idade _____

Setor Urgência () Isolamento () Leito 200 157
Enfermaria () UTI ()

RESUMO – JUSTIFICATIVA

PAC - OPERAÇÃO.

Dr. Yury Cordeiro

CRM-PB 11507

Assinatura

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16/03/2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DO ESPECIALISTA

DATA SOLICITAÇÃO: 09/03/18 - Hora: 09:03, Paciente: 200 157
e-mail: - CRM-PB 11507 - Qualificações: M.D. / Especialista (M)
e-mail: dr.yurycordeiro@comprev.com.br
DATA PARECER: 17/03/18 - Hora: 10:03, CRM-PB: 11507 - E-mail: dr.yurycordeiro@comprev.com.br
RESUMO: Operação de Abdome, com eletrocautério, na parte direita do abdome.
ANEXOS: Exames complementares: -

Gabriel S. Medeiros

Médico

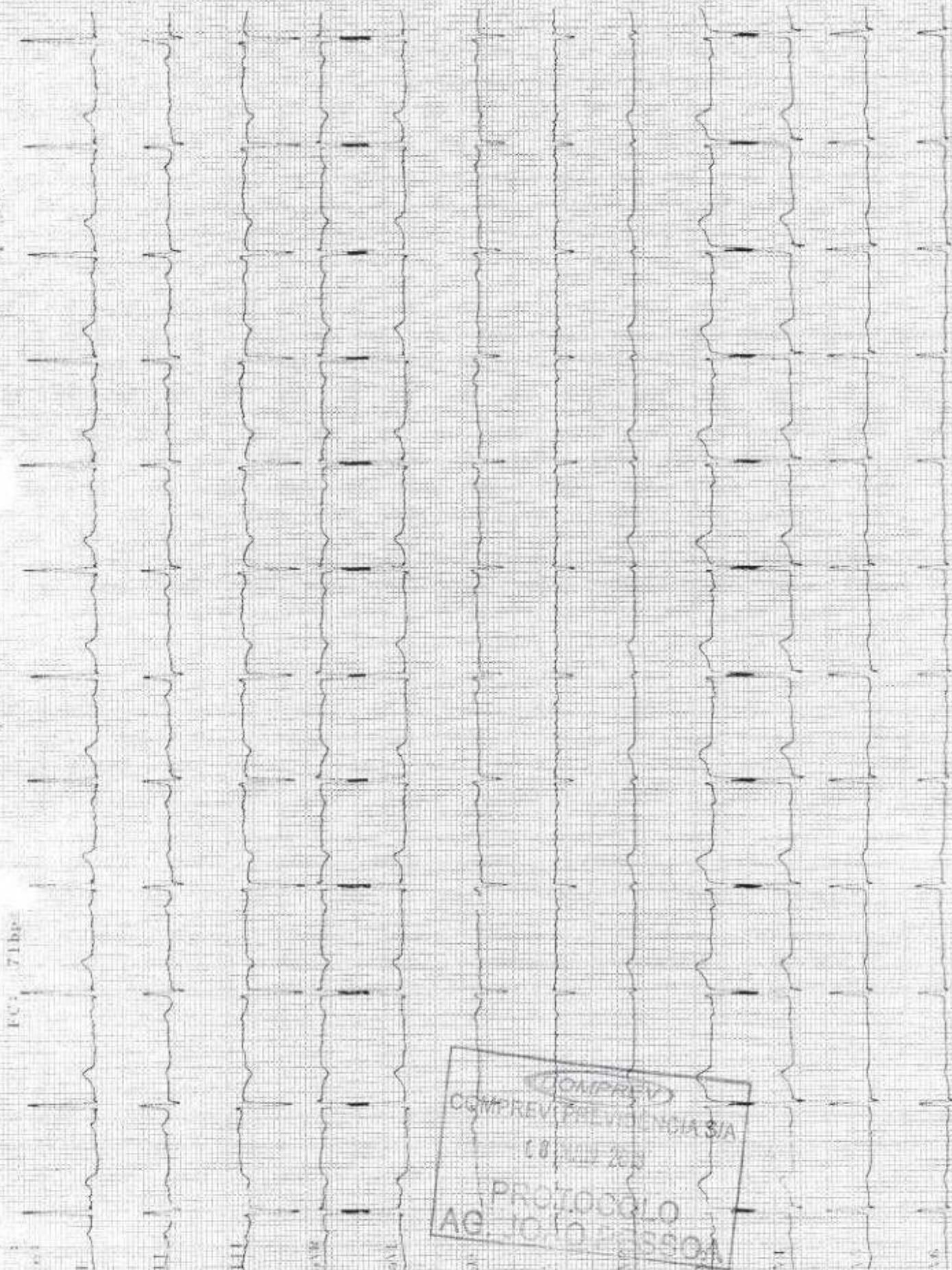
CRM-PB 6004

Assinatura

Hospital Universitario
Confirado sur:

Electrocardiograma

0



Dra. M. S. Gómez
M. S. Gómez



SAUDE



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCISIO BURITI



29/03/18

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: BENICIO AMARO DA SILVA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 52	SEXO: M	COR:	CLÍNICA	ENF: 15	LEITO: 151
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
09/03/18		28/03/18		CID: S52.5	
DIAGNÓSTICO INICIAL		Fratura do Rádio Distal			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		O mesmo			
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
EXAMES		Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal			
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
OBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos e Fio K. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao Sulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: antibiótico e aine.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (DR. andrea)

28/03/2018

DATA

Dra. Ana Cordeiro
DIRETORA CLÍNICA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: BENICIO AMARO DA SILVA				PRONTUÁRIO N°
IDADE: 52	SEXO: M	COR:	CLÍNICA: Ortopedia	ENF: 35 LEITO: 151
DATA DE ADMISSÃO: 09/03/18		DATA DE ALTA: 28/03/18		TEMPO DE PERMANÊNCIA: 552,5
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura do Radio Distal				CD
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo				
OUTROS DIAGNÓSTICOS:				
PRINCIPAIS EXAMES:		Rx de punho demonstrando seção de continuidade óssea de radio distal.		
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:				
ANATOMIA PATOLÓGICA:				
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA:				
CONDICÕES DE ALTA: (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO
ÓBITO:				

RESUMO CLÍNICO (CONTINUA, SEQUENCIAL, SEPARADA CLÍNICAS ALIAS)

Paciente portadora de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta e fixação interna com placa e parafusos e Tio K. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antimicrobiana e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para a continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, ronco crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-a com água e sabão duas vezes ao dia. Não aplicar pomadas tópicas no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: antibiótico e atine.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (DR. Andreia)

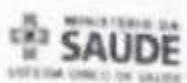
Dr. Yam W. Copelero
CRM 11967

28/03/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO.
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr (a) **BENICIO**

AMARO **DA** **SILVA** portador(a) da identidade

RG
SUS-2/2) meson(s) to obtain the

mim no dia de hoje, às 0800horas, portador(a) da patologia CID-10 S 52.5 devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um periodo de 60 (SESSENTA) dias, a partir desta data.

João Pessoa

98/3/11

Assinatura e Censo de Profissionais Médicos

AUTORIZAÇÃO

60

Dr. (°)



a registrar o diagnóstico

Hospital: UFRJ
Confirado (ver)

UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

ECG 12-lead

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319



EVOLUÇÃO MÉDICA

Unidade de Internamento

Nome do Paciente:

Renato Amorim

Nº do Prontuário:

Idade:

Leito:

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA

INTERCORRÊNCIAS

11/03/113

Almoço

ap: trocou de vaso d'água

fazendo exames gerais em intercorrência - ameaça

amendoim

10.03: exames, exames

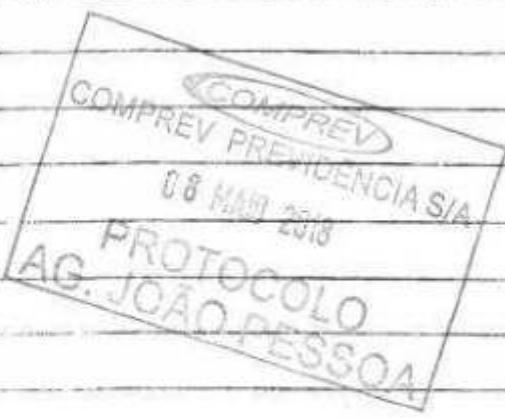
exa. com ITI 3000, 500

pe mijo em mit. 500

10.03: exames, exames

pe mijo em mit. 500

Kelto - Andrade





SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE / PRÓTESE

Nome do Paciente: Bruna - Anos de 51/2 Idade: 52

(Paciente Interno Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: _____ / _____ / _____

(Paciente Externo RG: _____ CPF: _____ Fone: _____

Diagnóstico:

Fratura de rádio distal tipo 2

Material Especial:

Cinto 3,5 mm
Auxiliar em "T" 3,5 mm
anatomico

Justificativa Médica da Solicitação do Material:

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847 SBOT 8331

Assinatura e Carimbo

Parecer do Coordenador do Serviço: _____



Assinatura e Carimbo

Parecer da Direção Técnica: _____

Assinatura e Carimbo

1ª Via: Prentário

2ª Via: Farmácia

3ª Via: Direção Administrativa



MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Complexo Hospitalar MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 241703-1299

NOME DO PACIENTE:

ENFERMARIA: HN 15 **LEITO:** _____



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 07/03/14

Nome: RENÉIA AMARAL DA SILVA
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 7/7/

QPD: Trauma avascular - Frx distal radio (d)
HDA: SACIGA VITIMA DE MOTO ACIDENTE
POCO PONTO E OMBRO (P), DE INÍCIO
HUTE.

Medicações em uso: Não USA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-repouso []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade []Amnésia []Libido []Humor



JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

DATA: 13/05/2018

HORA: 16:27:52

PACIENTE:

FOL JUSTIFICADO AO PACIENTE? SIM () NÃO ()

ENFERMARIA:

LEITO: ()

RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO (assinar e carimbar)

Dr. Douglas M. P. Teixeira
Ortopedista / Traumatologista
Cirurgião

RELATÓRIO DO (A) ENFERMEIRO (A) (assinar e carimbar)



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Ancesiesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	E: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	Descrição:		
		2 () Não			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim	Protocolo:		
		2 () Não	JOÃO PESSOA		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

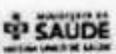
Conduta:

Fechamento:

OBS:

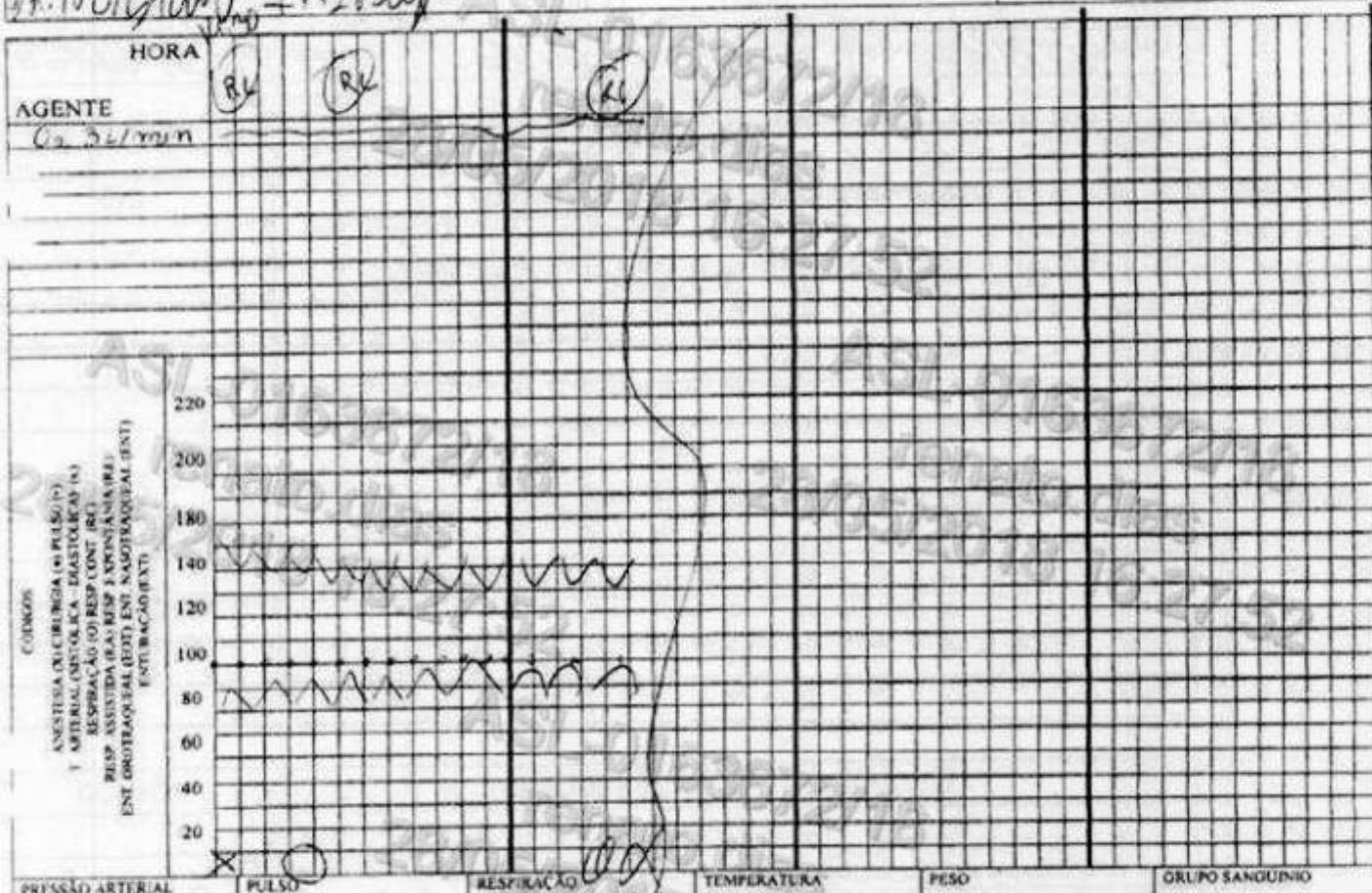
Data:

MÉDICO/CRM



FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOME	Braga, L. A. Amaro da Silva		DATA	27/12/18					
ESTADO-CIVIL	Solt. <input type="checkbox"/> Cas. <input type="checkbox"/> Vuv. <input type="checkbox"/> Desq. <input type="checkbox"/>	SEXO	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	COR	BR <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	PROFISSÃO	IDADE	32	
ENDEREÇO	Av. (Rua)		CATEGORIA						
HOSPITAL									
AIH <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> COD <input type="checkbox"/> INSC <input type="checkbox"/> GIH <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>			→						
DIAGNÓSTICOS	cistite, ralo, dentes P.								
OPERAÇÃO REALIZADA	PDCR.								
CIRURGIAO	Andrea		AUXILIAR						
INÍCIO ANESTESIA	14:30	TERMINO DA ANESTESIA	16:02	DURAÇÃO DA ANESTESIA	1h 32m				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	Dr. Nogueira + R2 Edip		QUANT. DE US (PONTOS)	VALOR R\$					
						CRM-PB:			



EXAMES COMPLEMENTARES

PRE ANESTÉSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES

ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS

TÉCNICA Braguez de pleno & requisição via intubação, oxígeno com 4+5.

MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

- 1 Fentanil 100 mcg
- 2 Midazolam 5 mg
- 3 Cetaprolax 3g
- 4 Norcuraracode 0,161 100mg
- 5 Dexametasona 0,01 400mg

- 6 Dipirona 3g
- 7 Dicumarol 10 mg
- 8 PREV. PREVIDÊNCIA SA
- 9 68 MAR 2010

OBSERVAÇÕES

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA.

ANEXO II

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 COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY				2 - CNES 2 3 9 9 6 2 8
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY				4 - CNES 2 3 9 9 6 2 8
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE Luiz Henrique Alves				6 - N° DO PRONTUÁRIO 10116
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO 01/01/66
				9 - SEXO Masc. 1 Fem. 3
10 - NOME DA MÃE				11 - FONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDO
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-QTDE-
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-QTDE-
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE-
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<p>03/05/2018 01 proced. em 7 dias 03 marat. Codicad n. 16.1627-5 34-01</p> <p>28/05/2018 5-05-001 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 7-08 MAIO 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO) Dr. Felipe Belarmino MÉDICO CRM-PB 111126
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - N° ÓRGÃO EMISOR
46 - DOCUMENTO				47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: _____ Código: _____
Procedimento: _____ Cód. do Procedimento: _____
Paciente: _____
Data da Cirurgia: _____ Prontuário N°: _____ Convênio: _____
Cirurgião: _____ Coódigo: _____ Reposição Caixa Pronto

DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Total
01	Clips emplastado			
01	Bandas catarro			
02	Alças catarro			
01	Clips			
01	Clips de 3.5mm			
02	Alças de 3.5mm			
01	Clips de 4.5mm			
01	Alças de 4.5mm			
01	Clips de 6.5mm			
01	Alças de 6.5mm			
01	Clips de 4.0mm			
01	Alças de 4.0mm			
01	Clips de 5.0mm			
01	Alças de 5.0mm			
01	Clips de 5.5mm			
01	Alças de 5.5mm			
01	Clips de 6.0mm			
01	Alças de 6.0mm			
01	Clips de 6.5mm			
01	Alças de 6.5mm			
01	Clips de 7.0mm			
01	Alças de 7.0mm			
01	Clips de 7.5mm			
01	Alças de 7.5mm			
01	Clips de 8.0mm			
01	Alças de 8.0mm			
01	Clips de 8.5mm			
01	Alças de 8.5mm			
01	Clips de 9.0mm			
01	Alças de 9.0mm			
01	Clips de 9.5mm			
01	Alças de 9.5mm			
01	Clips de 10.0mm			
01	Alças de 10.0mm			
01	Clips de 10.5mm			
01	Alças de 10.5mm			
01	Clips de 11.0mm			
01	Alças de 11.0mm			
01	Clips de 11.5mm			
01	Alças de 11.5mm			
01	Clips de 12.0mm			
01	Alças de 12.0mm			
01	Clips de 12.5mm			
01	Alças de 12.5mm			
01	Clips de 13.0mm			
01	Alças de 13.0mm			
01	Clips de 13.5mm			
01	Alças de 13.5mm			
01	Clips de 14.0mm			
01	Alças de 14.0mm			
01	Clips de 14.5mm			
01	Alças de 14.5mm			
01	Clips de 15.0mm			
01	Alças de 15.0mm			
01	Clips de 15.5mm			
01	Alças de 15.5mm			
01	Clips de 16.0mm			
01	Alças de 16.0mm			
01	Clips de 16.5mm			
01	Alças de 16.5mm			
01	Clips de 17.0mm			
01	Alças de 17.0mm			
01	Clips de 17.5mm			
01	Alças de 17.5mm			
01	Clips de 18.0mm			
01	Alças de 18.0mm			
01	Clips de 18.5mm			
01	Alças de 18.5mm			
01	Clips de 19.0mm			
01	Alças de 19.0mm			
01	Clips de 19.5mm			
01	Alças de 19.5mm			
01	Clips de 20.0mm			
01	Alças de 20.0mm			
01	Clips de 20.5mm			
01	Alças de 20.5mm			
01	Clips de 21.0mm			
01	Alças de 21.0mm			
01	Clips de 21.5mm			
01	Alças de 21.5mm			
01	Clips de 22.0mm			
01	Alças de 22.0mm			
01	Clips de 22.5mm			
01	Alças de 22.5mm			
01	Clips de 23.0mm			
01	Alças de 23.0mm			
01	Clips de 23.5mm			
01	Alças de 23.5mm			
01	Clips de 24.0mm			
01	Alças de 24.0mm			
01	Clips de 24.5mm			
01	Alças de 24.5mm			
01	Clips de 25.0mm			
01	Alças de 25.0mm			
01	Clips de 25.5mm			
01	Alças de 25.5mm			
01	Clips de 26.0mm			
01	Alças de 26.0mm			
01	Clips de 26.5mm			
01	Alças de 26.5mm			
01	Clips de 27.0mm			
01	Alças de 27.0mm			
01	Clips de 27.5mm			
01	Alças de 27.5mm			
01	Clips de 28.0mm			
01	Alças de 28.0mm			
01	Clips de 28.5mm			
01	Alças de 28.5mm			
01	Clips de 29.0mm			
01	Alças de 29.0mm			
01	Clips de 29.5mm			
01	Alças de 29.5mm			
01	Clips de 30.0mm			
01	Alças de 30.0mm			
01	Clips de 30.5mm			
01	Alças de 30.5mm			
01	Clips de 31.0mm			
01	Alças de 31.0mm			
01	Clips de 31.5mm			
01	Alças de 31.5mm			
01	Clips de 32.0mm			
01	Alças de 32.0mm			
01	Clips de 32.5mm			
01	Alças de 32.5mm			
01	Clips de 33.0mm			
01	Alças de 33.0mm			
01	Clips de 33.5mm			
01	Alças de 33.5mm			
01	Clips de 34.0mm			
01	Alças de 34.0mm			
01	Clips de 34.5mm			
01	Alças de 34.5mm			
01	Clips de 35.0mm			
01	Alças de 35.0mm			
01	Clips de 35.5mm			
01	Alças de 35.5mm			
01	Clips de 36.0mm			
01	Alças de 36.0mm			
01	Clips de 36.5mm			
01	Alças de 36.5mm			
01	Clips de 37.0mm			
01	Alças de 37.0mm			
01	Clips de 37.5mm			
01	Alças de 37.5mm			
01	Clips de 38.0mm			
01	Alças de 38.0mm			
01	Clips de 38.5mm			
01	Alças de 38.5mm			
01	Clips de 39.0mm			
01	Alças de 39.0mm			
01	Clips de 39.5mm			
01	Alças de 39.5mm			
01	Clips de 40.0mm			
01	Alças de 40.0mm			
01	Clips de 40.5mm			
01	Alças de 40.5mm			
01	Clips de 41.0mm			
01	Alças de 41.0mm			
01	Clips de 41.5mm			
01	Alças de 41.5mm			
01	Clips de 42.0mm			
01	Alças de 42.0mm			
01	Clips de 42.5mm			
01	Alças de 42.5mm			
01	Clips de 43.0mm			
01	Alças de 43.0mm			
01	Clips de 43.5mm			
01	Alças de 43.5mm			
01	Clips de 44.0mm			
01	Alças de 44.0mm			
01	Clips de 44.5mm			
01	Alças de 44.5mm			
01	Clips de 45.0mm			
01	Alças de 45.0mm			
01	Clips de 45.5mm			
01	Alças de 45.5mm			
01	Clips de 46.0mm			
01	Alças de 46.0mm			
01	Clips de 46.5mm			
01	Alças de 46.5mm			
01	Clips de 47.0mm			
01	Alças de 47.0mm			
01	Clips de 47.5mm			
01	Alças de 47.5mm			
01	Clips de 48.0mm			
01	Alças de 48.0mm			
01	Clips de 48.5mm			
01	Alças de 48.5mm			
01	Clips de 49.0mm			
01	Alças de 49.0mm			
01	Clips de 49.5mm			
01	Alças de 49.5mm			
01	Clips de 50.0mm			
01	Alças de 50.0mm			
01	Clips de 50.5mm			
01	Alças de 50.5mm			
01	Clips de 51.0mm			
01	Alças de 51.0mm			
01	Clips de 51.5mm			
01	Alças de 51.5mm			
01	Clips de 52.0mm			
01	Alças de 52.0mm			
01	Clips de 52.5mm			
01	Alças de 52.5mm			
01	Clips de 53.0mm			
01	Alças de 53.0mm			
01	Clips de 53.5mm			
01	Alças de 53.5mm			
01	Clips de 54.0mm			
01	Alças de 54.0mm			
01	Clips de 54.5mm			
01	Alças de 54.5mm			
01	Clips de 55.0mm			
01	Alças de 55.0mm			
01	Clips de 55.5mm			
01	Alças de 55.5mm			
01	Clips de 56.0mm			
01	Alças de 56.0mm			
01	Clips de 56.5mm			
01	Alças de 56.5mm			
01	Clips de 57.0mm			
01	Alças de 57.0mm			
01	Clips de 57.5mm			
01	Alças de 57.5mm			
01	Clips de 58.0mm			
01	Alças de 58.0mm			
01	Clips de 58.5mm			
01	Alças de 58.5mm			
01	Clips de 59.0mm			
01	Alças de 59.0mm			
01	Clips de 59.5mm			
01	Alças de 59.5mm			
01	Clips de 60.0mm			
01	Alças de 60.0mm			
01	Clips de 60.5mm			
01	Alças de 60.5mm			
01	Clips de 61.0mm			
01	Alças de 61.0mm			
01	Clips de 61.5mm			
01	Alças de 61.5mm			
01	Clips de 62.0mm			
01	Alças de 62.0mm			
01	Clips de 62.5mm			
01	Alças de 62.5mm			
01	Clips de 63.0mm			
01	Alças de 63.0mm			
01	Clips de 63.5mm			
01	Alças de 63.5mm			
01	Clips de 64.0mm			
01	Alças de 64.0mm			
01	Clips de 64.5mm			
01	Alças de 64.5mm			
01	Clips de 65.0mm			
01	Alças de 65.0mm			
01	Clips de 65.5mm			
01	Alças de 65.5mm			
01	Clips de 66.0mm			
01	Alças de 66.0mm			
01	Clips de 66.5mm			
01	Alças de 66.5mm			
01	Clips de 67.0mm			
01	Alças de 67.0mm			
01	Clips de 67.5mm			
01	Alças de 67.5mm			
01	Clips de 68.0mm			
01	Alças de 68.0mm			
01	Clips de 68.5mm			
01	Alças de 68.5mm			
01	Clips de 69.0mm			
01	Alças de 69.0mm			
01	Clips de 69.5mm			
01	Alças de 69.5mm			
01	Clips de 70.0mm			
01	Alças de 70.0mm			
01	Clips de 70.5mm			
01	Alças de 70.5mm			
01	Clips de 71.0mm			
01	Alças de 71.0mm			
01	Clips de 71.5mm			
01	Alças de 71.5mm			
01	Clips de 72.0mm			
01	Alças de 72.0mm			
01	Clips de 72.5mm			
01	Alças de 72.5mm			
01	Clips de 73.0mm			
01	Alças de 73.0mm			
01	Clips de			

NOME:

-10/03/2018

PREScriÇÃO MÉDICA

1. DIETA I VRE
2. DIPIRONA 1 COMP VO 6/6 H
3. DICLOFENACO 50MG 1COMP VO 8/8 S/N
4. OMEPRAZOL 40MG 1 COMP VO AO DIA
5. TRAMAL 50mg - 01 COMP, VO, 8/8H SE DOR FORTE

Hd: Foi dada Red. dm 28/05/2018 16:27:52
PACIENTE EVOLUINDO ESTAVEL SEM QUEIXAS NO MOMENTO.
EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL
CONDUTA: SOLICITO VAGA NA ENFERMARIA.



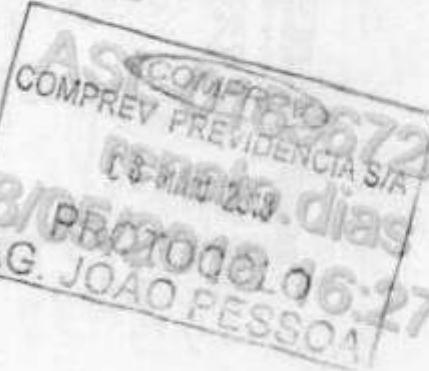
NOME:

10/03/2018

PREScriÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE
2. DIPIRONA 1 COMP VO 6/6 H
3. DICLOFENACO 50MG 1COMP VO 8/8 S/N
4. OMEPRAZOL 40MG 1 COMP VO AO DIA
5. TRAMAL 50mg - 01 COMP, VO, 8/8H SE DOR FORTE

Hd: Faz de Ad. d/ 27:52
PACIENTE EVOLUINDO ESTAVEL SEM QUEIXAS NO MOMENTO.
EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL
CONDUTA: SOLICITO VAGA NA ENFERMARIA.





PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

Paciente: REVICIO ANTONIO DA SILVA Data: 09/11/12

Clinica: _____ Enfer: _____ Leito: _____ Prontuario: _____

ORD.	AGENTE TERAPÉUTICO / DOSAGEM / VIA	HORÁRIO	Q.S	Q.F
01	DICLA 500MG 300			
02	DIPRIVAN 500 MG 1 AD C/ 06/06 H			
03	INJET. 200mg CV 12/12H			
04	TRAMAL 200mg + SLOAN 500mg DE 12/12 H S/A			
05	VASC DRO 01 AMP DE 08/08H			
06	SS VLU C6.			

Dr. Yury Gordejko

SEPARADO POR:

MÉDICO: CRWPS 47607

FARMACÉUTICO:

MATERIAIS DESCARTAVEIS / MEDICAMENTOS					
DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.
Careta para Oxigênio		Torreirinha 3 Vias		Extensor 2 Vias	
Seringa 1cc		Coletor Fechado		Lâmina n°	
Seringa 3cc		Coletor Aberto		Lidocaina com Vaso	
Seringa 5cc		Jetco n°		Lidocaina sem Vaso	
Seringa 10cc		Equipo Parenteral		OUTROS	
Seringa 20cc		Equipo Micropontas			
Sonda Uretral n°		Intracath n°			
Sonda Vesical n°		Equipo Macropontas			
Sonda Naso Gástrica n°		Scalp n°			
Sonda Naso Enteral n°		Fralda Tam.			
Sonda Endotraqueal n°		Luva Proced. Tam.			
Máscara descartável		Luva estéril n°			
Aladuar de Crepon n°		Eletrodo Adulto / Infantil			
Fio Monofilôn n°		Coletor pr. Incont. Urinária			
Fio de Algodão n°		Algodão Ortopédico			

PREENCHIDO POR:

RECEBIDO POR:



Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity
Secretaria Municipal de Saúde



PACIENTE

DATA 18/03/2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITENS	MEDICAMENTOS - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIOS
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO HEPARINIZADO	
3	TRAMADOL 100 MG 01 AMP + 100ML SF 0,9% EV 8/8 HORAS (S/N)	
4	DIPIRONA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS	
5	TILATIL 20 MG EV DE 12/12 HORAS (S/N)	
6	OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00H	
7	NAUSEDRON 8 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 8/8 HORAS SE VÔMITO	
8	CAPOTEN 25 MG VO SE PA > 160 X 100 MMHG	
9	HGT 6/6 HORAS SE PACIENTE DIABÉTICO	
10	INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA DE HGT SE PACIENTE DIABÉTICO 0 - 180 = 0; 181 - 250 = 20U; 251 - 300 = 40U; 301 - 350 = 60U; 351 - 400 = 80U; 401 - 450 = 10 UI	
11	OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H	
12	SSVV + CCGG	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

DIAGNÓSTICO

EVOLUÇÃO
ORTOPEDICA

Paciente evolui bem, de maneira satisfatória sem queixas álgicas ou intecorrências nas ultimas 24 horas

CD : VPM

ASSINATURA CRÉDITO COMBOMBO COM CRM



Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity
Secretaria Municipal de Saúde



PACIENTE

DATA 17/03/2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITENS	MEDICAMENTOS - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIOS
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO HEPARINIZADO	
3	TRAMADOL 100 MG 01 AMP + 100ML SF 0,9% EV 8/8 HORAS (S/N)	
4	DIPIRONA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS (S/N)	
5	TILATIL 20 MG EV DE 12/12 HORAS (S/N)	
6	OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00H	
7	NAUSEDRON 8 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 8/8 HORAS SE VÔMITO	
8	CAPOTEN 25 MG VO SE PA > 160 X 100 MMHG	
9	HGT 6/6 HORAS SE PACIENTE DIABÉTICO	
10	INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA DE HGT SE PACIENTE DIABÉTICO $0 - 180 = 0; 181 - 250 = 2UI; 251 - 300 = 4UI; 301 - 350 = 6UI; 351 - 400 = 8UI; 401 - 450 = 10 UI$	
11	OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H	
12	SSVV + CCGG	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
DIAGNÓSTICO		
EVOLUÇÃO ORTOPEDICA	Paciente evolui bem, de maneira satisfatória sem queixas álgicas ou intecorrências nas últimas 24 horas CD : VPM	

Dr. Wellington Corrêa
M.D. em Ortopedia
CRM-PB: 7652

17 MAR. 2018

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA

NOME DO PACIENTE: BENICIO AMARO DA SILVA

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

SETOR: HUMBERTO NÓBREGA

MEDICAMENTO

		ENFERMARIA: 15	LEITO: 141	DATA: 16/03/2018
		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
1	DIETA GERAL			
2	JELCO HEPARINIZADO			
3	TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 12/12 HORAS (S/N)			
4	DIPIRONA 1 AMPOLA + AD EV DE 6/6 HORAS SE FEBRE OU DOR			
5	TILATIL 20 MG EV DE 12/12 HORAS (S/N)			
6	PARACETAMOL 500 MG VO 6/6 HORAS			
7	OMEPRAZOL 40 MG EV AS 06:00H			
8	NAUSEDRON B MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 8/8 HORAS SE VÔMITO			
9	CAPOTEN 25 MG VO SE PA > 160 X 100 MMHG			
10	HGT 6/6 HORAS SE PACIENTE DIABÉTICO			
11	INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA DE HGT EM DIABÉTICOS 0 - 180 = 0; 181 - 250 = 20U; 251 - 300 = 30U; 301 - 350 = 35U; 351 - 400 = 40U; 401 - 450 = 40U			
12	OBSEVERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H			
13	SVCG			
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20	HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA(S) EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA	FRATURA DISTAL DO RÁDIO PACIENTE EM BEG, SEM QUEIXAS ALGÍCAS, SEM INTERCORRENCIAS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS. EM CONDIÇÕES DE PELE CD: VPM, AG PARA TTO CIRURGICO, LIBERADO PARA CIRURGIA	LABORATÓRIO	
	Assinatura do Médico com Carimbo e CRM	Servidor da Farmácia	Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF	



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA

NOME DO PACIENTE: BENÍCIO AMARO DA SILVA
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

SETOR: HUMERTO NÓBREGA

ENFERMARIA: 15

DATA: 15/03/2018

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1 DIETAGERA

2 JELCO HEPARINIZADO

3 TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 12/12 HORAS (S/N)

4 DIPIRONA 1 AMPOLA + AD EV DE 6/6 HORAS SE FEBRE OU DOR

5 TILATIL 20 MG EV DE 12/12 HORAS (S/N)

6 PARACETAMOL 500 MG VO 6/6 HORAS

7 OMEPRAZOL 40 MG EV AS 06:00H

8 NAUSEDRON 8 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 8/8 HORAS SE VÔMITO

9 CAPOTEN 25 MG VO SE PA > 160 X 100 MMHG

10 HGT 6/6 HORAS SE PACIENTE DIABÉTICO

11 INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA DE HGT EM DIABÉTICOS
 $0 - 180 = 0; 181 - 250 = 200 = 40U; 251 - 300 = 60U; 301 - 400 = 80U; 401 - 450 = 10U$

12 OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H

13 SVCG

14

15

16

17

18

19

20

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)

FRATURA DISTAL DO RÁDIO

EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA

PACIENTE EM BEG, SEM QUETIXAS ALGÍCAS, SEM INTERCORRENCIAS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS, EM CONDIÇÕES DE PELE

(CD: VPM, AG PARA TTO CIRURGICO. AGAURANDO COLETA DE EXAMES, LIBERADO PARA CIRURGIA DR. LEOPOLDO

Assinatura do Médico com Carimbo e CRM

Servidor da Farmácia

Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF

Renato Costa da Duarte
CRM-PB 11507

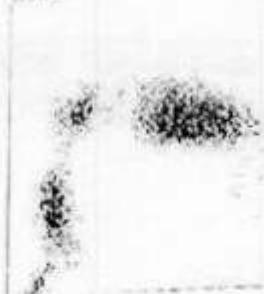
Nome: BENICIO AMARO DA SILVA
Nº ficha:
Hora de teste: 15/03/2018 08:41
Tempo am.:

Sexo: Masculino
Dept.: HN 15-151
ID: 0020170005245
Hora entrega:

Idade:
N cama:
Medo: WB

Item de teste	Result.	Unidade	Interv. refer.	
WBC	5.75	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00	Avisos WBC
Neu#	4.16	$10^3/\mu\text{L}$	2.00 - 7.00	
Linf#	0.87	$10^3/\mu\text{L}$	0.80 - 4.00	
Mon#	0.48	$10^3/\mu\text{L}$	0.12 - 1.20	
Eos#	0.12	$10^3/\mu\text{L}$	0.02 - 0.50	
Bas#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.10	
Neu%	H 72.4	%	50.0 - 70.0	
Lym%	L 16.8	%	20.0 - 40.0	
Mon%	8.3	%	3.0 - 12.0	
Eos%	2.1	%	0.5 - 5.0	
Bas%	0.4	%	0.0 - 1.0	
RBC	5.17	$10^6/\mu\text{L}$	3.50 - 5.50	Avisos RBC
HGB	14.5	g/dL	11.0 - 16.0	
HCT	47.5	%	37.0 - 54.0	
MCV	91.9	fL	80.0 - 100.0	
MCH	28.0	pg	27.0 - 34.0	
MCHC	L 30.5	g/dL	32.0 - 36.0	
RDW-CV	12.5	%	11.0 - 16.0	
RDW-SD	43.6	fL	35.0 - 56.0	
PLT	226	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450	Avisos PLT
MPV	8.8	fL	6.5 - 12.0	
PDW	15.8		9.0 - 17.0	
PCT	0.199	%	0.108 - 0.282	
P-LCC	64	$10^3/\mu\text{L}$	30 - 90	
P-LCR	28.5	%	11.0 - 45.0	

DIFF



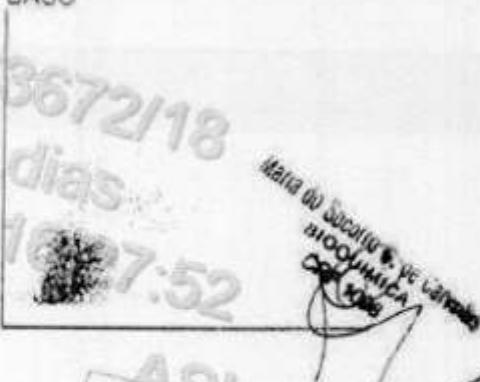
15/03/2018 10:16

Sample Processor: PDP

Patient ID: 5245

• Result: > 100 % INR: 3.00

BASO



Transm.

Operad.: 123

Superv.

Imprimir: 15-03-2018 08:41

Coment.:

Relatório de paciente

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Nº do paciente: ASL-0163672/18
 Nascimento: 28/05/2018
 Idade: 0245 (Homem)

Data do Teste: 10/03/2018

Nome: BENICIO ANARIO SILVA

Analises	Método	Resultado	Intervalo 1	Intervalo 2
UC CREATÍVIA	UV	25 mg/dl	10.00 - 50.00	
CREATININA UC	JAFFE	0.80 mg/dl	0.720 - 1.160	
* LDH	TRINDER	415 mg/dl	70.00 - 110.0	





SOLICITAÇÃO DE PARECER

Dr. Yury Cordeiro

CRM-PB 11507

Medico Requerente

Especialidade Solicitada Cirurgia - Piscos e cílios

Data e Hora: 09/03/18 Avaliação: Rotineira Urgência

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome SEU VÍCIO ANAIS DE SILVA Idade _____

Sector Urgência Isolamento Leito 100 131
Enfermaria 0915 UTI

RESUMO - JUSTIFICATIVA

Dr. Yury Cordeiro
CRM-PB 11507

Assinatura

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
16 MAIO 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DO ESPECIALISTA

Gabriel S. Medeiros
Médico
CRM-PB 6004

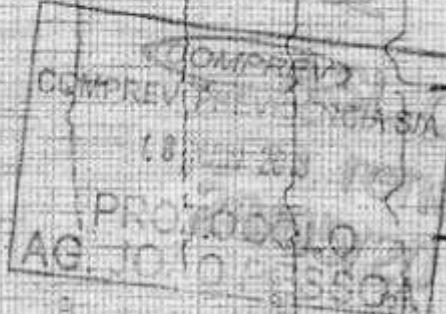
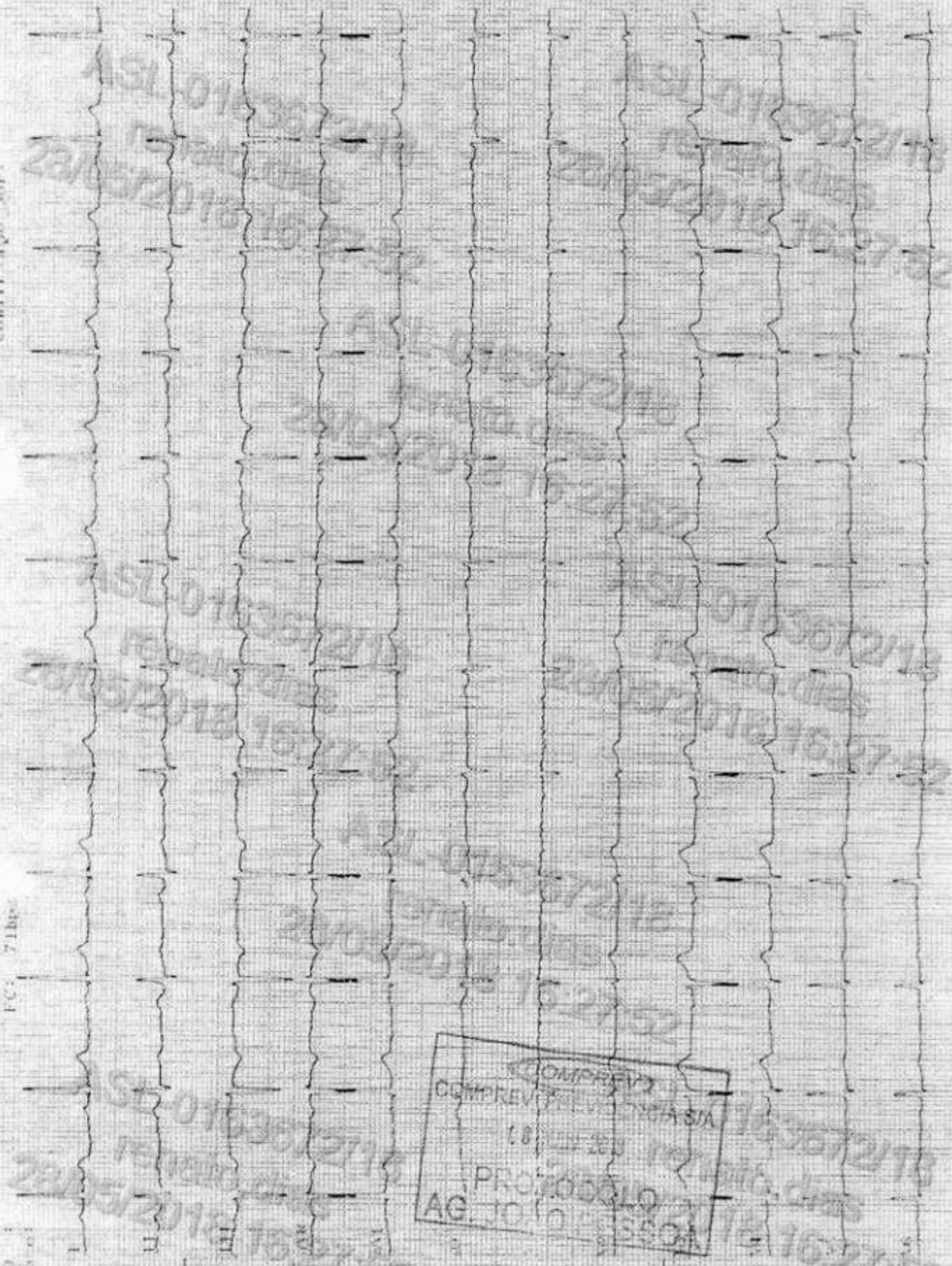
Assinatura

Hospital de la Plata
Centro de Cardiología

Electrocardiograma

100 mm/seg

10 mm/miliseg



100 mm/seg - 10 mm/miliseg - 1000 mm/seg - 1000 mm/miliseg - 1000 mm/seg - 1000 mm/miliseg



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: BENICIO AMARO DA SHIVA

IDADE: 52

SEXO: M

COP:

FRONTEIRAS:

INF: 15

UBITO: 151

DATA DE ADMISSÃO:

09/03/18

DATA DE ALTA:

28/05/2018 16:27:52

TEMPO DE PERMANÊNCIA:

OD:

552,5

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura de rádio distal

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES:

RA de punho demonstrando rotura de continuidade óssea de rádio distal.

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATÔMICA-PATOLOGICA:

INFECÇÃO DE F.O.: SIM NÃO

RESULTADO BACTERIOLÓGICO:

COLETA DE MATERIAL: SIM NÃO

CONDICÕES DE ALTA:

MELHORADO

REGOVIDO

A PEDIDO

CURADO

ÓBITO:

RESUMO CLÍNICO:

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação intramedular com parafusos e fio K. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antiféver e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES ÀS ALTA

DIETA: Livre da conforme já realizada pelo(a) paciente e dirigente, hipertensão, colesterol, etc...

REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias

COMPREV COMPREV

PREVIDÊNCIA S/A

28/05/2018

PROTÓCOLO

PESSOA

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Não aplicar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o(a) médico(a).

MEDICAÇÕES PARA CASA: ANTEHISTÓRICO E ATINE.

RETORNO: Atendimento de saída em 21 dias

Às ambulatórios do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (DR. Andrade)

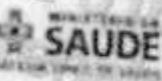
28/03/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO.

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



ASL-0163672/18
renato.dias
28/05/2018 16:27:52

ASL-0163672/18
renato.dias
28/05/2018 16:27:52

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr (a) **BENICIO**

AMARO DA **SILVA** portador(a) da identidade

RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 0800 horas, portador(a) da patologia CID-10 S 52.5 devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (SESSENTA) dias, a partir desta data

João Pessoa

AUTORIZAÇÃO

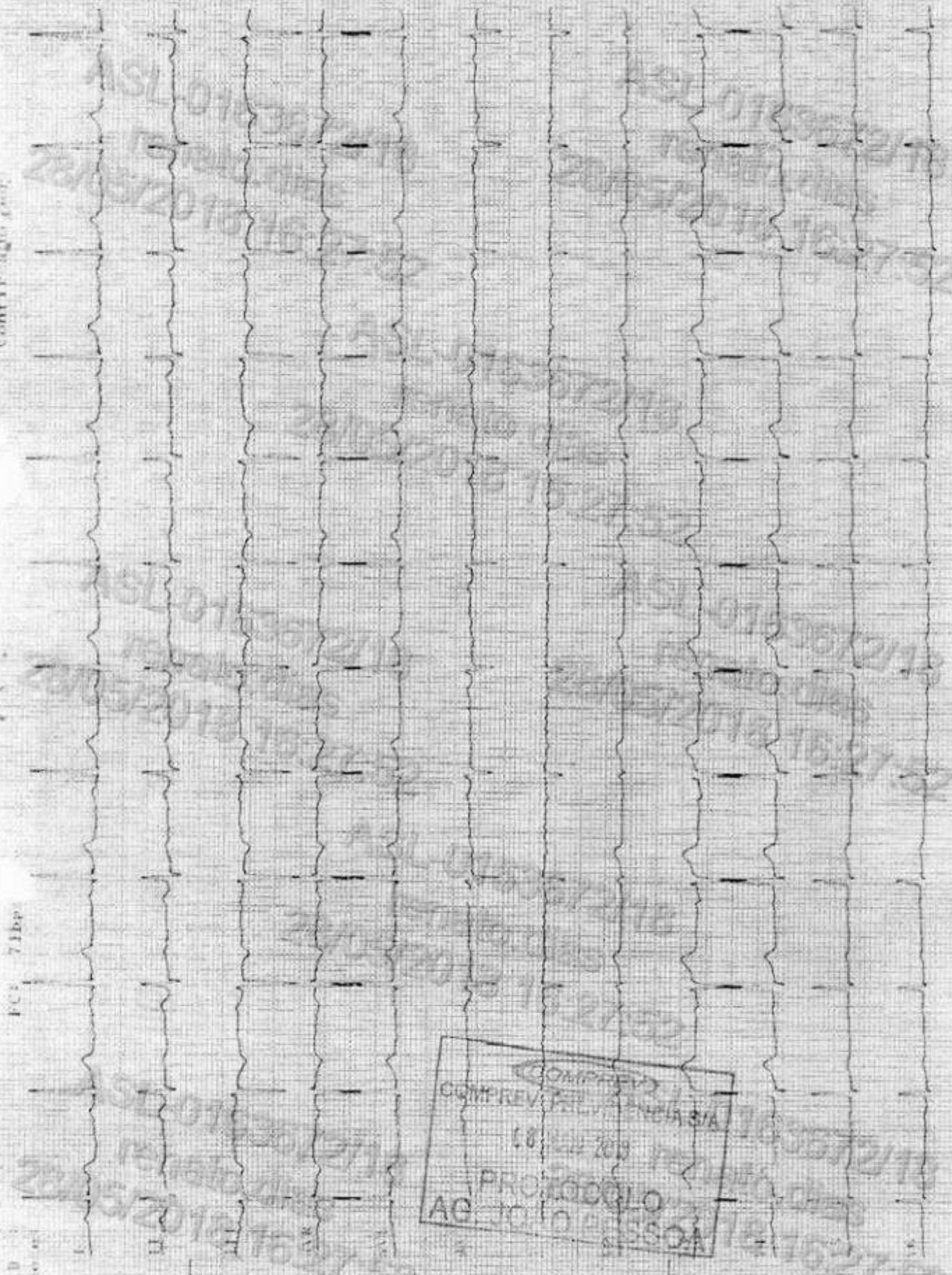
ASL-0163672/18
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

ASL-0163672/18
PROTÓCOLO
28/05/2018 16:27:52
Dr (a) _____
o(a)
registra o diagnóstico

ASL-0163672/18
Eu _____ renato.dias
28/05/2018 16:27:52

Hospital: 13/03/13
confirmed cont.

02/13/03 09:00 02/13/03 09:12 (cont.)





Evolução Médica Unidade de Internamento

Nome do Paciente: *Renato dias* | Idade: *40* | Leito: *102*

Nº do Prontuário: *102* | Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA

INTERCORRÊNCIAS

11/05/18

clínica médica

apresentou febre e vômitos dia 09

evoluiu clínica com entorpecentes - dia 10

laxante

no dia 11/05/18, apresentou febre

dia 12/05/18/3mpa.510

na noite dia 13/05/18

na noite dia 14/05/18

na noite dia 15/05/18

na noite dia 16/05/18

na noite dia 17/05/18

na noite dia 18/05/18

na noite dia 19/05/18

na noite dia 20/05/18

na noite dia 21/05/18

na noite dia 22/05/18

na noite dia 23/05/18

na noite dia 24/05/18

na noite dia 25/05/18

na noite dia 26/05/18

na noite dia 27/05/18

na noite dia 28/05/18

na noite dia 29/05/18

na noite dia 30/05/18

na noite dia 31/05/18

na noite dia 01/06/18

na noite dia 02/06/18

na noite dia 03/06/18

na noite dia 04/06/18

na noite dia 05/06/18

na noite dia 06/06/18

na noite dia 07/06/18

na noite dia 08/06/18

na noite dia 09/06/18

na noite dia 10/06/18

na noite dia 11/06/18

na noite dia 12/06/18

na noite dia 13/06/18

na noite dia 14/06/18

na noite dia 15/06/18

na noite dia 16/06/18

na noite dia 17/06/18

na noite dia 18/06/18

na noite dia 19/06/18

na noite dia 20/06/18

na noite dia 21/06/18

na noite dia 22/06/18

na noite dia 23/06/18

na noite dia 24/06/18

na noite dia 25/06/18

na noite dia 26/06/18

na noite dia 27/06/18

na noite dia 28/06/18

na noite dia 29/06/18

na noite dia 30/06/18

na noite dia 01/07/18

na noite dia 02/07/18

na noite dia 03/07/18

na noite dia 04/07/18

na noite dia 05/07/18

na noite dia 06/07/18

na noite dia 07/07/18

na noite dia 08/07/18

na noite dia 09/07/18

na noite dia 10/07/18

na noite dia 11/07/18

na noite dia 12/07/18

na noite dia 13/07/18

na noite dia 14/07/18

na noite dia 15/07/18

na noite dia 16/07/18

na noite dia 17/07/18

na noite dia 18/07/18

na noite dia 19/07/18

na noite dia 20/07/18

na noite dia 21/07/18

na noite dia 22/07/18

na noite dia 23/07/18

na noite dia 24/07/18

na noite dia 25/07/18

na noite dia 26/07/18

na noite dia 27/07/18

na noite dia 28/07/18

na noite dia 29/07/18

na noite dia 30/07/18

na noite dia 31/07/18

na noite dia 01/08/18

na noite dia 02/08/18

na noite dia 03/08/18

na noite dia 04/08/18

na noite dia 05/08/18

na noite dia 06/08/18

na noite dia 07/08/18

na noite dia 08/08/18

na noite dia 09/08/18

na noite dia 10/08/18

na noite dia 11/08/18

na noite dia 12/08/18

na noite dia 13/08/18

na noite dia 14/08/18

na noite dia 15/08/18

na noite dia 16/08/18

na noite dia 17/08/18

na noite dia 18/08/18

na noite dia 19/08/18

na noite dia 20/08/18

na noite dia 21/08/18

na noite dia 22/08/18

na noite dia 23/08/18

na noite dia 24/08/18

na noite dia 25/08/18

na noite dia 26/08/18

na noite dia 27/08/18

na noite dia 28/08/18

na noite dia 29/08/18

na noite dia 30/08/18

na noite dia 31/08/18

na noite dia 01/09/18

na noite dia 02/09/18

na noite dia 03/09/18

na noite dia 04/09/18

na noite dia 05/09/18

na noite dia 06/09/18

na noite dia 07/09/18

na noite dia 08/09/18

na noite dia 09/09/18

na noite dia 10/09/18

na noite dia 11/09/18

na noite dia 12/09/18

na noite dia 13/09/18

na noite dia 14/09/18

na noite dia 15/09/18

na noite dia 16/09/18

na noite dia 17/09/18

na noite dia 18/09/18

na noite dia 19/09/18

na noite dia 20/09/18

na noite dia 21/09/18

na noite dia 22/09/18

na noite dia 23/09/18

na noite dia 24/09/18

na noite dia 25/09/18

na noite dia 26/09/18

na noite dia 27/09/18

na noite dia 28/09/18

na noite dia 29/09/18

na noite dia 30/09/18

na noite dia 01/10/18

na noite dia 02/10/18

na noite dia 03/10/18

na noite dia 04/10/18

na noite dia 05/10/18

na noite dia 06/10/18

na noite dia 07/10/18

na noite dia 08/10/18

na noite dia 09/10/18

na noite dia 10/10/18

na noite dia 11/10/18

na noite dia 12/10/18

na noite dia 13/10/18

na noite dia 14/10/18

na noite dia 15/10/18

na noite dia 16/10/18

na noite dia 17/10/18

na noite dia 18/10/18

na noite dia 19/10/18

na noite dia 20/10/18

na noite dia 21/10/18

na noite dia 22/10/18

na noite dia 23/10/18

na noite dia 24/10/18

na noite dia 25/10/18

na noite dia 26/10/18

na noite dia 27/10/18

na noite dia 28/10/18

na noite dia 29/10/18

na noite dia 30/10/18

na noite dia 01/11/18

na noite dia 02/11/18

na noite dia 03/11/18

na noite dia 04/11/18

na noite dia 05/11/18

na noite dia 06/11/18

na noite dia 07/11/18

na noite dia 08/11/18

na noite dia 09/11/18

na noite dia 10/11/18

na noite dia 11/11/18

na noite dia 12/11/18

na noite dia 13/11/18

na noite dia 14/11/18

na noite dia 15/11/18

na noite dia 16/11/18

na noite dia 17/11/18

na noite dia 18/11/18

na noite dia 19/11/18

na noite dia 20/11/18

na noite dia 21/11/18

na noite dia 22/11/18

na noite dia 23/11/18

na noite dia 24/11/18

na noite dia 25/11/18

na noite dia 26/11/18

na noite dia 27/11/18

na noite dia 28/11/18

na noite dia 29/1



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE / PRÓTESE

Nome do Paciente: Centro - Aurora Idade: 18

(Paciente Interno) Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: _____

(Paciente Externo) RG: _____ CPF: _____ Fone: _____

Diagnóstico:

Fratura de rádio distal tipo 2
Burton 30%

Material Especial:

Fixo = 35 mm
Acessos em T 10/11 mm
anatomia

Justificativa Médica da Solicitação do Material:

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847 SBOT 8331

Assinatura e Carimbo

Parecer do Coordenador do Serviço:

Assinatura e Carimbo

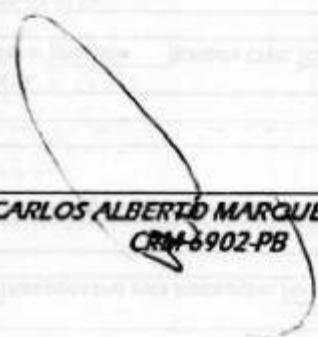
Parecer da Direção Técnica:

Assinatura e Carimbo

LAUDO MÉDICO

O paciente BENICIO AMARO DA SILVA, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF n. 467.252.374-87, apresenta fratura do radio distal do membro superior direito (CID 10 S52.5), no qual foi submetido a tratamento cirúrgico através de redução cruenta, fixação interna com placa, parafusos e fio K, que em decorrência do trauma sofrido ficou evidenciado perda parcial nos movimentos e força da mão direita, com dor no local, fato ocorrido no dia 09.03.2018 vítima de acidente de motocicleta, conforme laudo médico do Complexo Hospitalar de Mangabeira-PB.

João Pessoa-PB, 28 de maio de 2018.


CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
CRM-6902-PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

BENICIO AMARO DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF

1186986

SSP

PB

CPF

467.252.374-87

DATA NASCIMENTO

09/02/1966

PAISAGEM

JOSE AMARO DA SILVA

IVONETE DAMIANA DA
SILVA

PERMISSÃO

PROIBIDA

ACC

PROIBIDA

CATMAB

AB

Nº REGISTRO

02553920900

VALIDADE

06/01/2022

1ª HABILITAÇÃO

09/10/2002

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1407946201



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

BENICIO AMARO DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF

1186986

SSP

PB

CPF

467.252.374-87

DATA NASCIMENTO

09/02/1966

PAISAGEM

JOSE AMARO DA SILVA

IVONETE DAMIANA DA
SILVA

PERMISSÃO

PROIBIDA

ACC

PROIBIDA

CATMAB

AB

Nº REGISTRO

02553920900

VALIDADE

06/01/2022

1ª HABILITAÇÃO

09/10/2002

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1407946201

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 JUL 2019
PROTÓCOLO
AG. DELEGADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DIPLOMA DE VALENCIA DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
INSTITUCIONALIZADO

nº 013152552059

PB Nº 013152552059 BILHETE DE SEGUNDO DPVAT

CLASSIFICAÇÃO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0030501724-1 00/0000000 2017

BENICIO AMARO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O DOCUMENTO AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATO? OC
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR SAC DPVAT 0800 022SAC DPVAT 0800 022
COMPREV PAGAR 24

46725237487

NPT2053/PB

NOVO

PB

9C6KG0460C0030447

PAS / MOTOCICLETA/ NÃO APLIC

GASOLINA

YAMAHA/FAZER YS250

RENOVADA

2011

2012

2 P / 249 / CI PARTIC

VERMELHA

DATA CADASTRO

00/00/0000

1º VENCIMENTO

DATA CADASTRO

2

2º VENCIMENTO

3º

PRÉMIO TARIFÁRIO

1 46725237487

NPT2053/PB

00305017241

YAMAHA/FAZER YS250

2011

9

9C6KG0460C0030447

2017 27/04/201

COMPREV PAGAR 24
PROTÓCOLO
JOÃO DE
SIA

CONTRAN

JOAO PESSOA-PB

Data

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.818/001-04

33294

27/04/2017

42196

42196-1710596-20170427

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180250516 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENICIO AMARO DA SILVA **Data do acidente:** 09/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO VOLAR DO PUNHO DIREITO, LIMITAÇÃO DE
médico pericial: MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO PUNHO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: