

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**

Carta nº 12900853



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](http://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 nº: 13011884

A/C: BENICIO AMARO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180250516  
Vítima: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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 467.232.374-87	Nome completo da vítima BENICIO AMARO DA SILVA
---------------------------	---------------------------------	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo BENICIO AMARO DA SILVA		CPF titular da conta 467.232.374-87		Profissão Pecunista	
Endereço Rua Rodrigues Alves			Número 765	Complemento	
Bairro Mandacaru	Cidade Juazeiro do Norte	Estado PB	CEP 5527-528		
Email			Telefone (DDD) (33) 9943-7807		

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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 0037 (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. 146537 (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Somente para bancos) <b>BANCO</b> Nome:		<input type="checkbox"/> <b>CONTA</b> NRO. 018 (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.

Juazeiro do Norte, 04 de maio de 2018  
Local e Data

*Benício Amaro da Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 467.232.374-87	Nome completo da vítima BENICIO AMARO DA SILVA
---------------------------	---------------------------------	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo BENICIO AMARO DA SILVA		CPF titular da conta 467.232.374-87		Profissão Pecunista	
Endereço Rua Rodrigues Alves			Número 765	Complemento	
Bairro Mandacaru	Cidade Juazeiro do Norte	Estado PB	CEP 55227-528		
Email			Telefone (DDD) (33) 99430-7807		

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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0037 (Informar dígito se existir)		D/V CONTA NRO. 146537 (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) BANCO Nome:		NRO.	
AGÊNCIA NRO.		D/V		AGÊNCIA NRO.		D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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.

Juazeiro do Norte, 04 de maio de 2018  
Local e Data

*Benício Amaro da Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - 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 KIRSCHINNER, FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: NÃO HOVE 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 casualidade: 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):

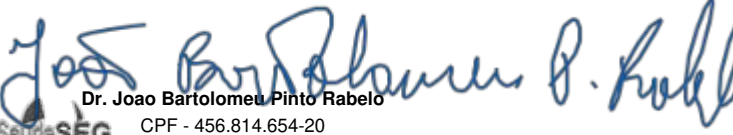
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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.

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

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518

**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 KIRSCHINNER, FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: NÃO HOVE 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ **Sim**      ☐ **Não**

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

☒ **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  
☒ **50% médio** ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

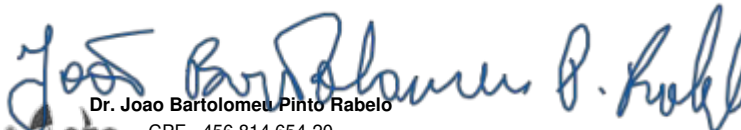
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve  
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

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.

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

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518





**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: À(s) 16:42 horas do dia 07 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª 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 Yamaha, 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 pela 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  
Notificante



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: À(s) 16:42 horas do dia 07 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª 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 Yamaha, 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 pela 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**  
Notificante



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

BENÍCIO AMARO DA SILVA

CPF da Vítima

467.352.374-87

Data do Acidente

09/03/2018

**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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do artigo 1º da Lei nº 6.194/74.

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



João Pessoa, 04 de maio de 2018

Local e Data

Benício Amaro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				

-----  
Reservado p/ liberacao  
-----

Assinatura da Enfermagem  
-----

PROCEDIMENTO REALIZADO  
-----

-----  
DESTINO DO PACIENTE  
-----

☐ Residencia      ☐ Transferido      ☐ Desistencia      ☐ UTI  
☐ Alta a pedido      ☐ Enfermaria      Obito: ☐ Atestado      ☐ SVG      ☐ IML  
-----

Assinatura do Paciente/Responsavel  
-----

Assinatura e Carimbo do Médico  
-----



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA

COMISSÃO HOSPITALAR - HOSPITAL GOV. TARCÍSIO BURITY

RUA: AVENIDA TARCÍSIO BURITY, 100 - JARDIM DUARTE S/N

ENDEREÇO: JOÃO PESSOA - PB 53032-140

TELEFONE: (31) 3214-1980

Folha Nº: 00000

Ass: Mar Regina

Data: 08/05/2018

Hora: 14:00

Responsável: ALEXANDRE DA SILVA

Classe: 000000

Nome: JOÃO PESSOA

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOÃO PESSOA

Num. Prontuário: 0000000000

Nome: JOÃO PESSOA

IDENTIDADE: 1186986

Data: 09/02/1966

Nome: JOÃO PESSOA

Data Nasc.: 09/02/1966

Id: 000000

Endereço: AVENIDA TARCÍSIO BURITY, 100 - JARDIM DUARTE S/N

Endereço: JOÃO PESSOA - PB 53032-140

Nome: JOÃO PESSOA

Pai: JOSE AMARAL DA SILVA

Raça: PARDAL Estado: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: MESTRE-DE-OBRA

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA JOSIVANIA GOMES DA SILVA

Tel/Doc. Responsável: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ALTO PLANO CABO BRANCO

Vitima de violência por: PROX A IEMAUA HJ AS 13/30 COND;

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

PC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsão

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vômito

Queixa Principal

Observação

1. DA MOTO

NEGA DEMAIO E VOMITO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de queda de moto. Não perde de consciência e não há. (R) (D) (E) Trauma 1/abdominal. Agredido por edema no pulso (D). Garganta (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)

Diagnóstico

Conduta 1. Rx do pulso 2. ACTA de urina 3. Avaliação ortopedia

Prescrição

1. Paracetamol 40mg (3x) 2. Dipirona 1g (3x)

Horário da medicação  
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
08 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Tarcísio Buritý  
CRM-PB 10.941



-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtde	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 [ ] SVQ [ ] IML  
-----

Assinatura do Paciente/Responsavel  
-----

Assinatura e Carimbo do Médico  
-----



# 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, 988 - MANDACARU  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58027340 (AG: 1)



Emissão: 08/03/2018 Referência: Mar / 2018  
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
Roteiro: 3-1-310-3100 Nº medidor: 00008044723

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 Nº 003.141.923  
Cód. para Deb. Automático: 00002204840

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://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, 988 - MANDACARU  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58027340 (AG: 1)



Emissão: 08/03/2018 Referência: Mar / 2018  
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
Roteiro: 3-1-310-3100 Nº medidor: 00008044723

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 Nº 003.141.923  
Cód. para Deb. Automático: 00002204840

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 BURITTY**

**PRONTUÁRIO**

*5/3/2018*  
*09/10/2018*

Nº: 2018.03.1299

NOME DO PACIENTE:

Benício Amaro da Silva

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
08 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ENFERMARIA: HN 15 LEITO: 151



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 09/03/14

Nome: BENICIO AMARAL 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: 1/1

QPD: TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO - FX DISTAL RADIO (D)

HDA: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA MOTO, RESCUE  
PAU E PUNHO E OMBRO (D), DE INTERIO  
HOTE.

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: \_\_\_\_\_

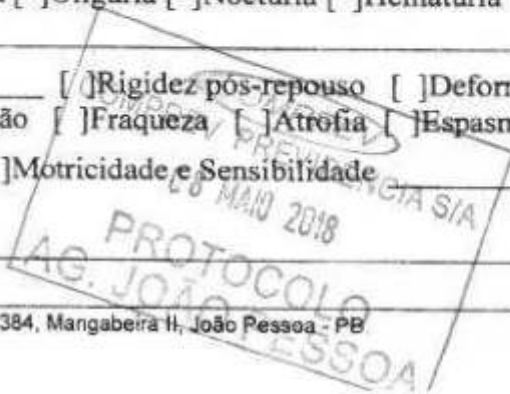
**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
 [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] 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-reposou [ ] 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: 23/03/18	HORA: 16h
PACIENTE: Jemício Amora da Silva	
FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE? SIM ( )	NÃO ( )
ENFERMARIA: K	LEITO: 151

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

diminuição do carro cirúrgico  
- (HAP em falta) até 16 horas

Dr. Douglas M. P. Teixeira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 536

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



1ª VIA PRONTUÁRIO

2ª VIA DIREÇÃO TÉCNICA

3ª VIA COORD. SUPORTE E VIGIL.



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

- 1) Paciente em D.A. sob anestesia.
- 2) Limpeza + Antiseptico + esterilização do campo.
- 3) Posicionamento do campo cirúrgico.

**Incisão:**

- 1) Incisão longitudinal em região lateral do lábio inferior (via de acesso) por plano de estase.

**Achados:**

- 1) Fratura de maxila distal D.

**Conduta:**

- 1) Fratura aberta + fixação interna da fratura de maxila distal D com 2 placas 6 parafusos com bloqueio por técnica minimamente invasiva.

- 2) Redução aberta + fixação interna da fratura de maxila distal D com 2 placas 6 parafusos com bloqueio por técnica minimamente invasiva.

- 3) A. Lendogel 4,0% oximetrolona.

**Fechamento:**

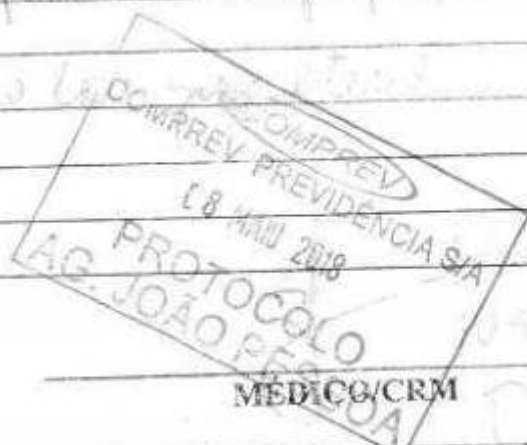
- 1) Sutura da ferida operatória com fio não absorvível.

**OBS:**

- 1) Sutura da ferida operatória com fio não absorvível.
- 2) Fio não absorvível.
- 3) A. de Lendogel.

Data:

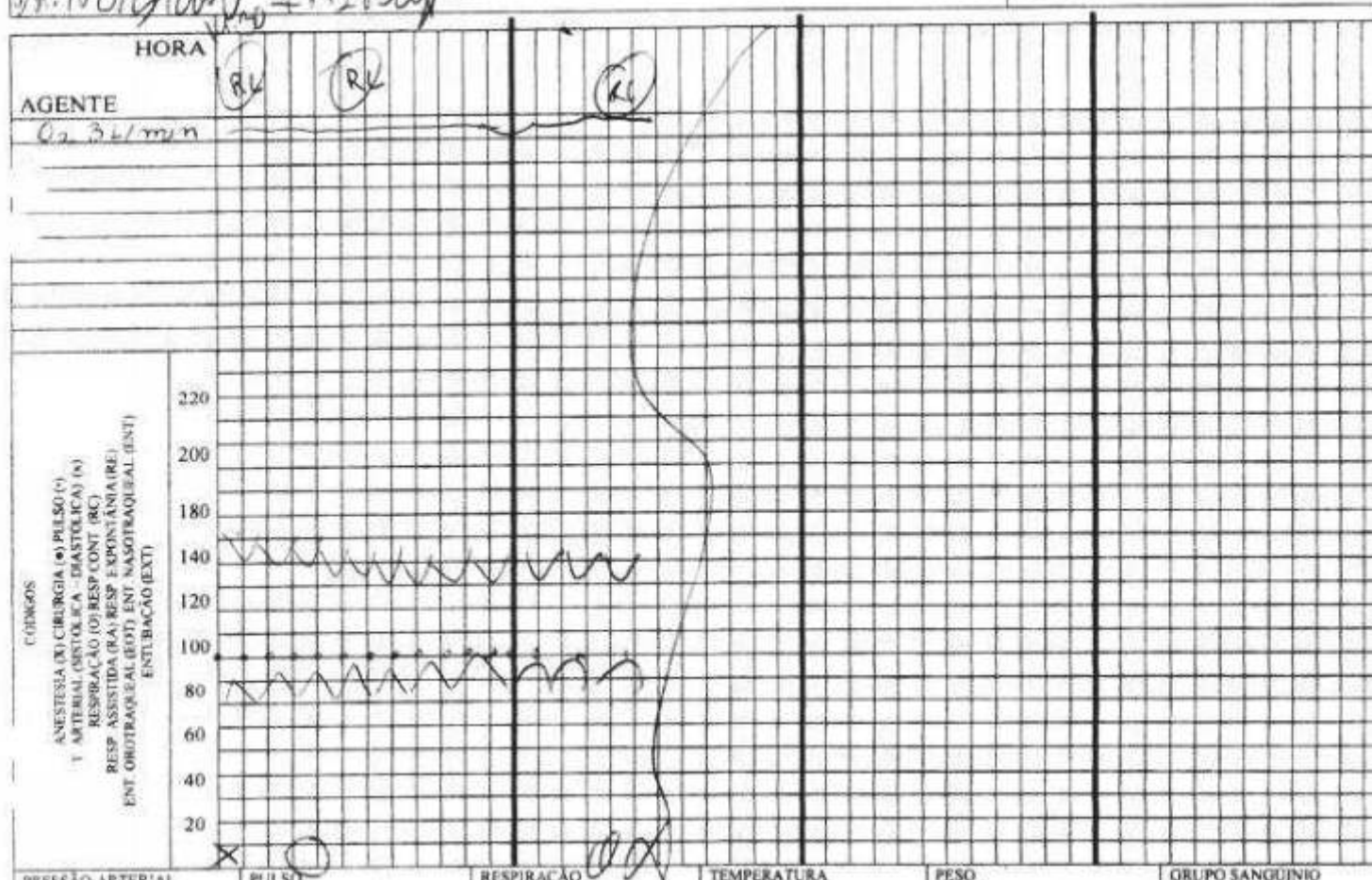
01/03/2019





## FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOME	Bruno Amorim da Silva			DATA	23/3/18		
ESTADO CIVIL	Solt. <input type="checkbox"/> Cás. <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
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	Fratura de fêmur direito						
OPERAÇÃO REALIZADA	Procedimento						
CIRURGIÃO	André			AUXILIAR	Thiago		
INÍCIO ANESTESIA	14:30			TÉRMINO DA ANESTESIA	16:00		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	Dr. Notarini + R2 F. L. P.			QUANT. DE LIS (PONTOS)	DURAÇÃO DA ANESTESIA		
				VALOR R\$	1630		
				CRM-PB			



EST. GERAL	BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>	RISCO CIRÚRGICO	BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>
------------	--	-----------------	---

EXAMES COMPLEMENTARES

PRÉ-ANESTÉSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TÉCNICA

Bloqueio de plexo braquial via intraxilexia, axila com 4+5.

MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

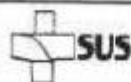
- 1 Fentanyl 100 mcg
- 2 Midazolam 5 mg
- 3 Lidocaína 2g
- 4 Novolipidol 0,1% 100mg
- 5 Lidocaína 2,6% 400mg
- 6 Dipriven 2g
- 7 Dexametasona 10 mg
- 8 PREVIDÊNCIA S/A
- 9
- 10 08 MAR 2018

OBSERVAÇÕES

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

2 - CNES

2 3 9 9 6 2 8

4 - CNES

2 3 9 9 6 2 8

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/02/1966

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE

11 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

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/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - 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**

Cx 3,5  
01 placa em T 3x3  
05 placa cortical 16-01  
24-01

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
12-068 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

( ) CNS ( ) CPF

Dr. Felipe Belarmino  
MÉDICO  
CRM PB 11126

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

47 - DOCUMENTO

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

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Implants e Materiais Group Ltda.  
R. A. P. 100, S. 100, 40  
Cidade: 20130-000  
Fone: (11) 1222-2121  
Fax: (11) 1222-2121  
E-mail: info@implants.com.br

# MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_ Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: Renato Amorim da Silva

Data da Cirurgia: 24 / 03 / 18 Prontuário Nº: 2013031299 Convênio: \_\_\_\_\_

Cirurgião: Dr. Felipe Bezerra Coódiço: \_\_\_\_\_ ( ) Reposição ( ) Caixa Pronto

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor To
01	Placa 3x3			
01	Parafuso cortical nº 16			
02	Parafuso cortical nº 18			
01	II II II 20			
01	II II II 24			
02	Placa de fixação 3x3			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

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

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
08 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Felipe Bezerra  
MÉDICO  
CRM-PB 11126

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F. para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

--	--

Nº do pedido: \_\_\_\_\_

NOME:

Bruno Pires de Silva

10/03/2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE *ciente*
2. DIPIRONA 1 COMP V/VO 6/6 H *12/18 2106*
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

*Hds. Fcl de Ado. dup*  
EVOLUÇÃO MÉDICA  
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL SEM QUEIXAS NO MOMENTO.  
EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL  
CONDUTA: SOLICITO VAGA NA ENFERMARIA.





**PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA**

Paciente: RENILDO AMARO DA SILVA Data: 09/03/18

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfer: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

[illegible]

Dr. Yury Gordeiro

SEPARADO POR:

MÉDICO: ~~CRMPE 11697~~

FARMACÊUTICO:

MATERIAIS DESEMPENHÁVEIS / MEDICAMENTOS					
DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.
Cateter para Oxigênio		Torneirinha 3 Vias		Extensor 2 Vias	
Seringa 1cc		Coletor Fechado		Lâmina nº	
Seringa 3cc		Coletor Aberto		Lidocaina com Vaso	
Seringa 5cc		Jelco nº		Lidocaina sem Vaso	
Seringa 10cc		Equipo Parenteral		OUTROS	
Seringa 20cc		Equipo Microgotas			
Sonda Uretral nº		Intracath nº			
Sonda Vesical nº		Equipo Macrogotas			
Sonda Naso Gástrica nº		Scalp nº			
Sonda Naso Enteral nº		Fralda Tam.			
Sonda Endotraqueal nº		Luva Proced. Tam.			
Máscara descartável		Luva estéril nº			
Atalador de Crepon nº		Eletrodo: Adulto / Infantil			
Fio Mononylon nº		Coletor p/ Incont. Urinária			
Fio de Algodão nº		Algodão Ortopédico			

PREENCHIDO POR:

RECEBIDO POR:

15/151

Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity  
Secretaria Municipal de Saúde

PACIENTE Ennio Augusto de Silva 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 SF0,9% 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 <b>SE PACIENTE DIABÉTICO</b>	
10	INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA DE HGT <b>SE PACIENTE DIABÉTICO</b> 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 Fratura de fêmur do lado D

**EVOLUÇÃO ORTOPÉDICA**

Paciente evolui bem, de maneira satisfatória sem queixas algicas ou intercorrências nas ultimas 24 horas

CD : VPM

APL

Dr. Teodoro Bruno F. Pereira  
Médico

ASSINATURA EM CARIMBO COM CRM

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





Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity  
Secretaria Municipal de Saúde

PACIENTE Bernardo A. de Sousa 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 SF0,9% 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

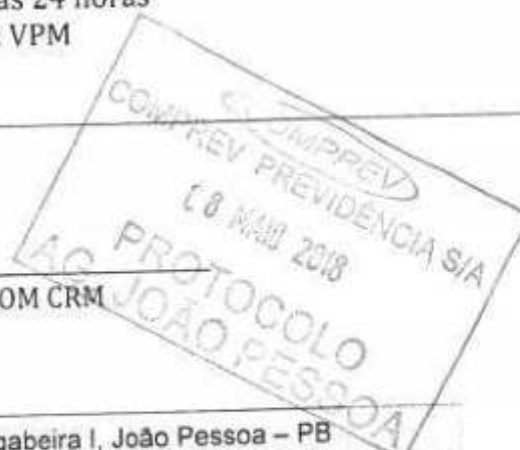
EVOLUÇÃO  
ORTOPÉDICA

Paciente evolui bem, de maneira satisfatória sem queixas álgicas ou intercorrências nas últimas 24 horas  
CD : VPM

Dr. Waldemar Corvalho Jr.  
M.R. em Ortopedia  
CRM/PE - 7652

17 MAR. 2018

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM





## PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA

NOME DO PACIENTE: BENICIO AMARO DA SILVA		DATA: 16/03/2018	
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA	SETOR: HUMERTO NOBREGA	ENFERMARIA: 15	LEITO: 141
MEDICAMENTO		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 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 = 20U; 251 - 300 = 40U; 301 - 350 = 60U; 351 - 400 = 80U; 401 - 450 = 10 U		
12	OBSE RVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H		
13	SVC		
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA(S)		RISCO CIRÚRGICO	
FRATURA DISTAL DO RADIO			
PACIENTE EM BEG, SEM QUEIXAS ALGICAS, SEM INTERCORRENCIAS NAS ULTIMAS 24HORAS. EM CONDIÇÕES DE PELE			
CD: VPM, AG PARA TTO CIRURGICO, LIBERADO PARA CIRURGIA			
EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA			
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM		Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF	

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		DATA: 15/03/2018	
ESPECIALIDADE: ORTOPEdia	SETOR: HUMERTO NÓBREGA	ENFERMARIA: 15	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 = 2UI; 251 - 300 = 4UI; 301 - 350 = 6UI; 351 - 400 = 8UI; 401 - 450 = 10 UI		
12	OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H		
13	SVCg		
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		FRATURA DISTAL DO RADIO	LABORATÓRIO
EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA		PACIENTE EM BEG, SEM QUEIXAS ALGICAS, SEM INTERCORRENCIAS NAS ULTIMAS 24HORAS, EM CONDIÇÕES DE PELE CD: VPM, AG PARA TTO CIRURGICO. AGAURDANDO COLETA DE EXAMES, LIBERADO PARA CIRURGIA DR. LEOPOLDO	RISCO CIRÚRGICO
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM		Servidor da Farmácia	Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF

Dr. Leopoldo  
CRM-PB 11507

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

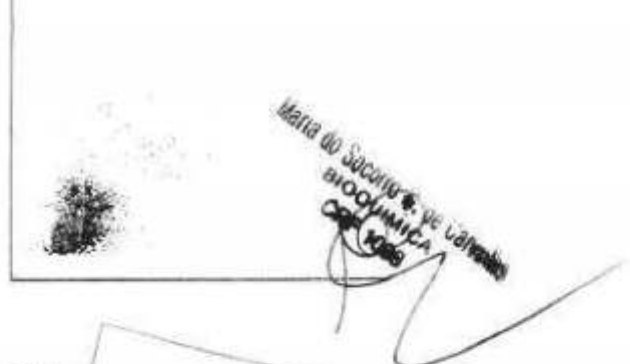
Sexo: Masculino  
 Depto.: HN 15-151  
 ID: 0020170005245  
 Hora entrega:

Idade:  
 N cama:  
 Modo: WB

Item de teste	Result	Unidade	Interv. refer.	
WBC	5.75	10 <sup>3</sup> /uL	4.00 - 10.00	Avisos WBC  Célula imatura?
Neu#	4.16	10 <sup>3</sup> /uL	2.00 - 7.00	
Lin#	0.97	10 <sup>3</sup> /uL	0.80 - 4.00	
Mon#	0.48	10 <sup>3</sup> /uL	0.12 - 1.20	
Eos#	0.12	10 <sup>3</sup> /uL	0.02 - 0.50	
Bas#	0.02	10 <sup>3</sup> /uL	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	
Tes%	2.1	%	0.5 - 5.0	
Bas%	0.4	%	0.0 - 1.0	Avisos RBC
RBC	5.17	10 <sup>6</sup> /uL	3.50 - 5.50	
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 <sup>3</sup> /uL	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 <sup>3</sup> /uL	30 - 90	
P-LCR	28.5	%	11.0 - 45.0	

DIFF

BASO

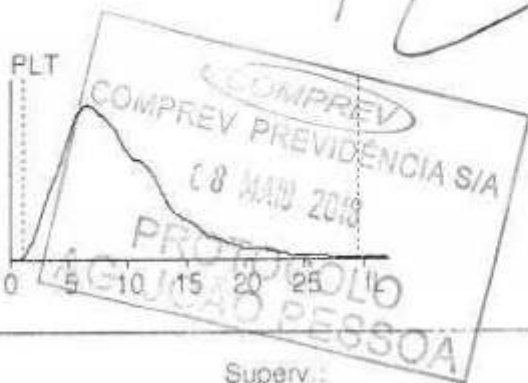


Single program: PT

Patient ID: 5245

Measured values: 14.1 sec

Result > 100 % INR: 1.00



Transm.:

Operad.: 123

Superv.:

Imprimir: 15-03-2018 08:41

Coment.:



# Relatório de paciente

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Código: 6245 (Homem) Data do Teste: 15/03/2018  
Apelido: MN Nome: BENÍCIO AMARO SILVA  
Idade:

Análises	Método	Resultado	Resultado P (Unidade)	Intervalo	Intervalo P (Unidade)
U <sup>+</sup> LÍQ. BIREATIVA	U.V.	28 mg/dl		10.00 - 50.00	
CREATININA LÍQ.	JAFFE	0.30 mg/dl		0.720 - 1.160	
GLICOSE	TRINDER	(F) 115 mg/dl		70.00 - 110.0	

Maria do Socorro S. A. Valente  
BIOQUÍMICA  
CRP 108







HOSPITAL: SPRING  
 CONFIRMO: 0000

M. J. Griffin, D. J. Griffin, D. J. Griffin

02149851 61-44-014

EC: 71b5

100

COMPRESA  
COMPRESA S/A  
COMUNICAZIONE  
PROTOCOLLO  
AG. 10.10.1980

Drumme & more der Gefähr.

100

[illegible]

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

CHANG, Y.-C. & CHEN, Y.-C. (1998) Effects of



251251

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: BENICIO AMARO DA SILVA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 52	SEXO M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF. 15	LEITO: 151
DATA DE ADMISSÃO 09/03/18		DATA DE ALTA 28/03/18		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do Rádio Distal				CID S52.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		( ) REMOVIDO	( ) A PEDIDO
ÓBITO		( ) CURADO	( )

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, 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 consultório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

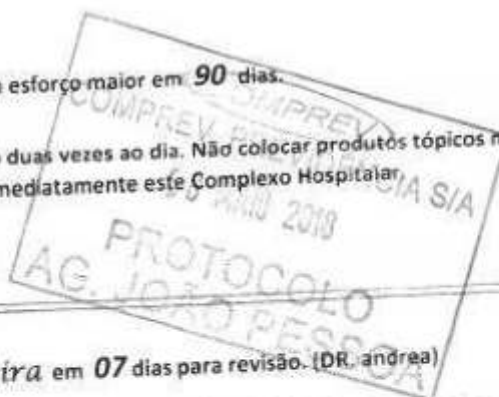
**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**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)



28/03/218  
DATA

Dr. André Condino  
ASS. MÉDICO / C.R.M.





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: BENICIO AMARO DA SILVA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 52	SEXO: M	COR:	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.: 15	LEITO: 151
DATA DE ADMISSÃO: 07/03/18		DATA DE ALTA: 28/03/18		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura do Rádio Distal				CID: S52.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: Rx de punho demonstrando união de continuidade óssea de rádio distal.					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO DE F.D. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:					
CONDIÇÕES DE ALTA: (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO:					

**RESUMO CLÍNICO:** HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES  
Paciente portadora de fratura de rádio distal foi submetida a tratamento cirúrgico através de redução cruenta e fixação interna com placa e parafusos e Tio K. Recebeu alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertensão, 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:** Lave-a com água e sabão duas vezes ao dia. Não coloque produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** antibiótico e analg.

**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

Dr. Yany Cordeiro  
Médico

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 \_\_\_\_\_ 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

9/8/2010

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_

Dr (\*) \_\_\_\_\_

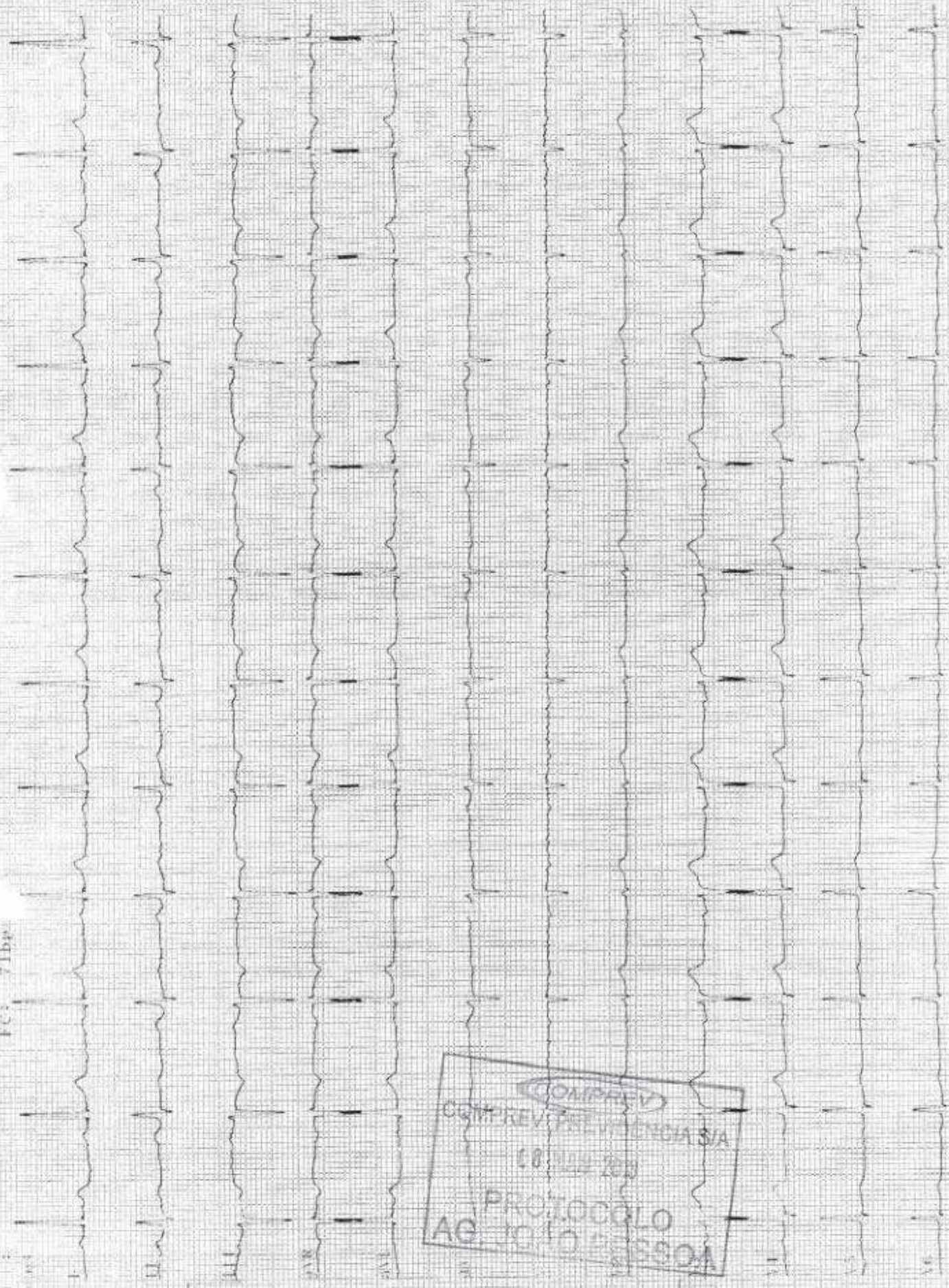


a registrar o diagnóstico



FC: 71bpm

AB  
V6



COMPREV  
COMPREV PREVENÇÃO SA  
18/05/2008  
PROTÓCOLO  
AG. 0010/2008

Dr. Alexandre de Souza

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### Unidade de Internamento

Nome do Paciente: Renato Amorim  
 N° 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

11/04/18

Renato Amorim

ap. Exatidão de exame físico D.

Exame físico geral com intercorrências - Renato Amorim

Exame físico

Ex. físico: BP, freq. cardíaca, pulm.

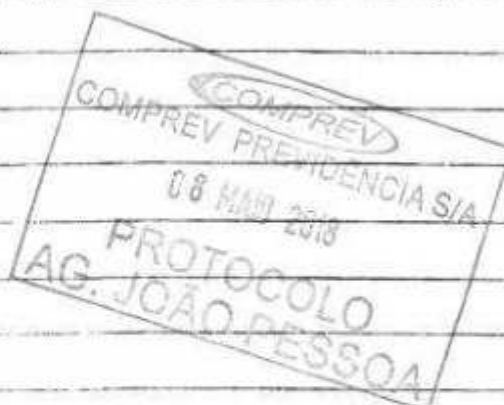
Ex. físico: RM, em 7T, 3T, 5T

Ex. físico: RM, em 7T, 3T, 5T

Ex. físico: RM, em 7T, 3T, 5T

Ex. físico: RM, em 7T, 3T, 5T

Kelly S. Andrade  
 Médica  
 11/04/18





## SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE / PRÓTESE

Nome do Paciente: Genilson Augusto da Silva Idade: 52

(X) Paciente Interno Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) Paciente Externo RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Diagnóstico:

Fratura do rádio distal tipo  
Barton volar.

Material Especial:

Placa 3,5 mm  
Placa com "T" 3,5 mm  
ANATÓMICO

Justificativa Médica da Solicitação do Material:

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

Assinatura e Carimbo

Parecer do Coordenador do Serviço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parecer da Direção Técnica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo



# Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

## PRONTUÁRIO

Nº: 018031299

NOME DO PACIENTE:

ENFERMARIA: HN 15

LEITO: 2

COMPREV  
PREVIDÊNCIA S/A  
18 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 04/03/14

Nome: BENICIA AMARAL 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 - EX DINTAL RADIC (S)

HDA: PACIENTE VITIMA DE TRAUUMA MOTO, PERMANECENDO EM COMA DE INÍCIO

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 [ ] Solução [ ] 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-reposso [ ] 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

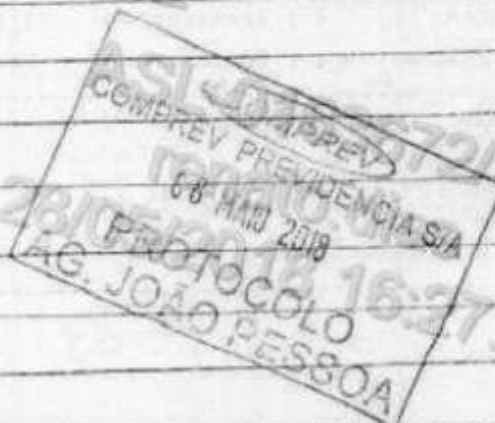
DATA: 28/05/2018	HORA: 16:27:52
PACIENTE: Jemício Amaro da Silva	
FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE? SIM ( )	NÃO ( )
ENFERMARIA: 15	LEITO: 158

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

O paciente de cirurgia  
LAP em 16/05/2018

Dr. Douglas M. P. Teixeira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 28.536

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



1ª VIA PRONTUÁRIO

2ª VIA DIREÇÃO TÉCNICA

3ª VIA COORD. SUPORTE AMBUL



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:  	
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					

# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

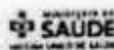
Conduta:

Fechamento:

OBS:

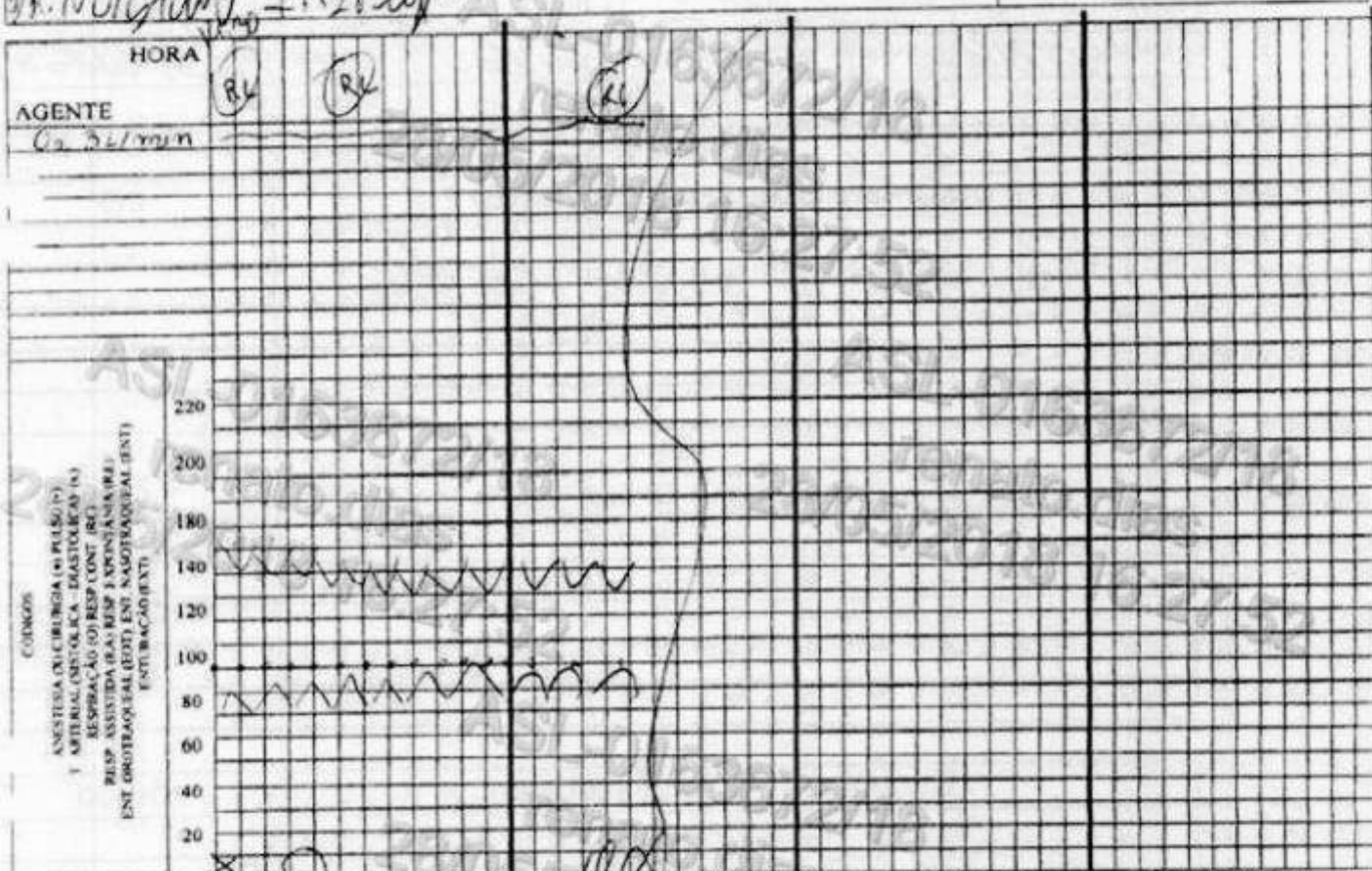
Data:





## FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOME	Bianca Amorim da Silva			DATA	23/3/18	
ESTADO-CIVIL	Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Desquitada <input type="checkbox"/>	SEXO	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	COR	BR <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	PROFISSÃO
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	Fratura de fêmur					
OPERAÇÃO REALIZADA	Procedimento					
CIRURGIÃO	André			AUXILIAR	Thiago	
INÍCIO ANESTESIA	14:30			TERMINO DA ANESTESIA	16:02	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	R. N. 101.000.000 + R. 2.000.000			DURAÇÃO DA ANESTESIA	1h 32	
QUANT. DE US (PONTOS)				VALOR R\$		
CRM-PR						



PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
EST. GERAL	BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>	RISCO CIRÚRGICO	BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>		

EXAMES COMPLEMENTARES

PRE-ANESTÉSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TÉCNICA Bloqueio de plexo braquial via intercostal, axila com 4+5.

MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Fentanyl 100 mcg
2. Midazolam 5 mg
3. Lidocaína 2g
4. Naloxona 0,161 100mg
5. Diprivan 2g

OBSERVAÇÕES

6. Diprivan 2g
7. Dexmedetomidina 10 mcg
8. PREVIDÊNCIA S/A
9. PREVIDÊNCIA S/A
10. 08/04/2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA









Eng. Responsável e Material Cirúrgico Ltda.  
 Rua Flor. João Gomes, 42  
 Fone (81) 3241-0011  
 Fone (81) 3241-2121  
 E-mail: atendimento@hospitalstahelena.com.br

# MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

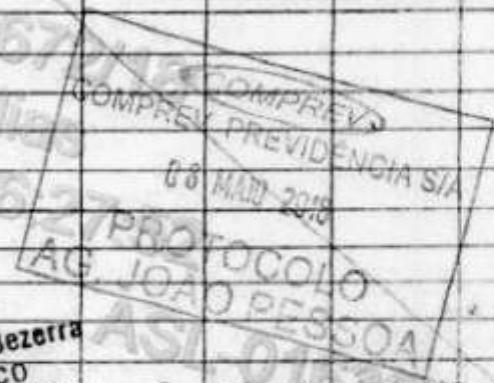
Hospital: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 Procedimento: \_\_\_\_\_ Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_  
 Paciente: Renato Dias  
 Data da Cirurgia: 14/03/18 Prontuário Nº: 018031295 Convênio: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dr. Felipe Bezerra Coódiço: \_\_\_\_\_ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Tot.
01	Cr 3.5			
01	Placa com 3			
01	Placa com 3			
02	Placa com 3			
01	Pl			
01	Pl			
02	Sic de 2			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

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



Dr. Felipe Bezerra  
 MÉDICO  
 CRM-PB 11126

Obs: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: \_\_\_\_\_

Fatura N.F. para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

Nº do pedido: \_\_\_\_\_

10/03/2018

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE
2. DAPIRONA 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

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL.

CONDUZIDA SOLICITADA NA ENFERMARIA.

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
18 MAR 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

- EVOLUÇÃO MÉDICA

CONDUTA: SOLICITO VAGA NA ENFERMARIA.

PROTUDO 06  
AG. JOAO PESSOA

**PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA**

Paciente: Reynold Amaro Da Silva Data: 09/03/12

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfer: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Prontuario: \_\_\_\_\_

ORD.	AGENTE TERAPÊUTICO / DOSAGEM / VIA	HORÁRIO	Q.S	Q.F
01	DIETA <del>ALHO</del> ZERO.			
02	DIPLOMA 0,5 + 100 CV 06/06 H			
03	TRAMAL 20mg CV 12/12 H.			
04	TRAMAL 10mg + 100ml SFD 9% DE 12/12 H S/N			
05	TRAMAL 10mg + 100ml SFD 9% DE 08/08 H S/N			
06	SS VC CB.			

Dr. Yury Gordeiro

SEPARADO POR:

MÉDICO: ~~CRUMP~~ 11507

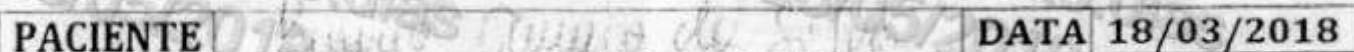
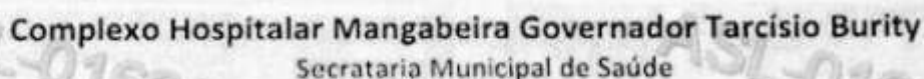
**FARMACÊUTICO:**

MATERIAIS DESCARTÁVEIS / MEDICAMENTOS			
DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.
Cateter para Oxigênio		Termorinha 3 Vias	
Seringa 1cc		Coletor Fechado	
Seringa 3cc		Coletor Aberto	
Seringa 5cc		Jelco nº	
Seringa 10cc		Equipo Parenteral	
Seringa 20cc		Equipo Microgotas	
Sonda Uretral nº		Intracath nº	
Sonda Vesical nº		Equipo Macrogotas	
Sonda Naso Gástrica nº		Scalp nº	
Sonda Naso Enteral nº		Fralda Tam.	
Sonda Endotraqueal nº		Luva Proced. Tam.	
Máscara descartável		Luva estéril nº	
Alcadar de Crepon nº		Eletrodo Adulto / Infantil	
Fio Mononylon nº		Coletor p/ Incont. Urinária	
Fio de Algodão nº		Algodão Ortopédico	

PREENCHIDO POR:

RECEBIDO POR:





ITENS	MEDICAMENTOS - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIOS
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO HEPARINIZADO	
3	TRAMADOL 100 MG 01 AMP + 100ML SF0.9% 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		

## EVOLUÇÃO ORTOPÉDICA

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

CD : VPM

ASSINATURA DE RH CANIMBO COM CRM

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



Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity  
Secretaria Municipal de Saúde



PACIENTE	DATA	
<i>Bernardo A. de Silva</i>	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 SF0,9% 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 ORTOPÉDICA		
Paciente evolui bem, de maneira satisfatória sem queixas álgicas ou intercorrências nas últimas 24 horas CD: VPM		

*Dr. Waldemar Corvelho Jr.*  
M.R. em Ortopedia  
CRM 16.932

17 MAR. 2018

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM



## PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA

NOME DO PACIENTE: BENICIO AMARO DA SILVA		DATA: 16/03/2018	
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA	SETOR: HUMERTO NÓBREGA	ENFERMARIA: 15	LEITO: 141
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	
OBSERVAÇÃO			
1	DIETA GERAL		
2	JELCO HEPARINIZADO		
3	TRAM ADOL 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 = 20U; 251 - 300 = 40U; 301 - 350 = 60U; 351 - 400 = 80U; 401 - 450 = 10 UI		
12	OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H		
13	SVCCG		
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA(S)		LABORATÓRIO	RISCO CIRÚRGICO
EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA		PACIENTE EM BEG, SEM QUEIXAS ALGICAS, SEM INTERCORRENCIAS NAS ULTIMAS 24HORAS, EM CONDIÇÕES DE PELE CD: VPM, AG PARA TTO CIRURGICO, LIBERADO PARA CIRURGIA	
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM		Servidor da Farmácia	Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF

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		PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA	
ESPECIALIDADE: ORTOPIEDIA	SETOR: HUMERTO NÓBREGA	ENFERMARIA: 15	DATA: 15/03/2018
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	LEITO: 141
1	DIETA GERAL		OBSERVAÇÃO
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	TIATIL 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 = 2UI; 251 - 300 = 4UI; 301 - 350 = 6UI; 351 - 400 = 8UI; 401 - 450 = 10 UI		
12	OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H		
13	SVCC		
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		FRATURA DISTAL DO RADIO	LABORATORIO
EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA		PACIENTE EM BEG, SEM QUEIXAS ALGICAS, SEM INTERCORRENCIAS NAS ULTIMAS 24 HORAS, EM CONDIÇÕES DE PELE	RISCO CIRÚRGICO
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM		CD: NPM, AG PARA TIO CIRURGICO, AGAUDRANDO COLETA DE EXAMES, LIBERADO PARA CIRURGIA DR. LEOPOLDO	
Servidor da Farmácia		Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF	

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



Nome: BENICIO AMARO DA SILVA

Sexo: Masculino

Idade:

N° ficha:

Depto.: HN 15-151

N cama:

Hora de teste: 15/03/2018 08:41

ID: 0020170005245

Medo: WB

Tempo am.:

Hora entrega:

Item de teste	Result	Unidade	Interv. refer.	
WBC	5.75	10 <sup>3</sup> /uL	4.00 - 10.00	Avisos WBC
Neu#	4.16	10 <sup>3</sup> /uL	2.00 - 7.00	Celula imatura?
Linf#	0.97	10 <sup>3</sup> /uL	0.80 - 4.00	
Mon#	0.48	10 <sup>3</sup> /uL	0.12 - 1.20	
Eos#	0.12	10 <sup>3</sup> /uL	0.02 - 0.50	
Bas#	0.02	10 <sup>3</sup> /uL	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	Avisos RBC
RBC	5.17	10 <sup>6</sup> /uL	3.50 - 5.50	
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-GV	12.5	%	11.0 - 16.0	
RDW-SD	43.6	fL	35.0 - 56.0	Avisos PLT
PLT	226	10 <sup>3</sup> /uL	150 - 450	
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 <sup>3</sup> /uL	30 - 90	
P-LCR	28.5	%	11.0 - 45.0	

DIFF

BASO



Mano do Saco de 100g de Lactose  
BIOQUÍMICA  
2018

Coagulograma

15 Mar 2018 10:16

Single program: PT

Patient ID: 5245

Result: 1.00 % INR: 1.00



Transm.:

Operad.: 123

Superv.:

Imprimir:

15-03-2018 08:41

Coment.:

# Relatório de paciente

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Idade: 0245 (Homem) Data do Teste: 10/03/2018  
Apelido: AM Nome: BENÍCIO AMARO SILVA  
Iniciais:

Análises	Método	Resultado	(Resultado 2º Exame)	Intervalo	Intervalo 2º (Exame)
✓ UO 2-URETINA	U.V.	29 mg/dl		10.00 - 50.00	
URETINA UO	JAFFE	0.30 mg/dl		0.720 - 1.160	
* UOSE	TRINDER	17.115 mg/dl		70.00 - 110.0	

Nota do Jefe de Laboratório  
BIOQUÍMICA  
09/03/2018

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
L. 10.126/2015  
PROTOCOLADIAS  
AG. JOAO PESSOA



## SOLICITAÇÃO DE PARECER

Dr. Yuri Cordeiro

CRM-PB 11507

Médico Requerente

Especialidade Solicitada

Cardiologia - Risco cardiovascular

Data e Hora:

09/03/18

Avaliação: Rotineira ( ) Urgência ( )

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome BENICIO AMARO DA SILVA

Idade

Sector Urgência ( )

Enfermaria ( )

Isolamento ( )

UTI ( )

Leito

151

## RESUMO - JUSTIFICATIVA

PRC OPERATÓRIO

Dr. Yuri Cordeiro

CRM-PB 11507

Assinatura

## PARECER DO ESPECIALISTA

História Clínica: 19/03/18 - História de hipertensão, diabetes, dislipidemia.

Exame físico: 19/03/18 - PA: 140/90 mmHg, FC: 72 bpm, FR: 18 rpm, SpO2: 98%.

Exames complementares: 19/03/18 - Hemograma, perfil lipídico, glicemia de jejum.

Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia.

Tratamento: 19/03/18 - Alopurinol 300mg/dia, Metformina 850mg/dia, Insulina NPH.

Gabriel S. Medeiros

Médico

CRM-PB 6004

Assinatura



Hospital Santa Ana  
Confirmando

de 13 años de 12 años

15/05/2018

FC: 71bpm

19/05/2018

COMPRENSA  
COMPRENSA S/A  
18/05/2018  
PROYECTO  
AG. JO. O. SSON

Revisado por el Sr. J. O. SSON





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

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

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, 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 consultório 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)

28/03/218

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.



# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: BENICIO AMARO DA SILVA		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 52	SEXO: M	CLÍNICA	LEITO: 151
		Ortopedia	
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
04/03/18	28/05/18		
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID	
Fratura de Rádio Distal		S52.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
Rx de punho demonstrando situação de continuidade óssea de rádio distal			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO DE F.O.		COLETA DE MATERIAL	
RESULTADO BACTERIOLÓGICA		( ) SIM ( ) NÃO	
CONDIÇÕES DE ALTA			
(X) MELHORADO		( ) REMOVIDO	
ÓBITO		( ) A PEDIDO	
		( ) CURADO	

## RESUMO CLÍNICO

Paciente portadora de fratura de rádio distal foi submetida a tratamento cirúrgico através de redução cirúrgica e fixação intramedular com placa e parafusos e Fio K. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antimicrobiana e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente (ex: diabetes, hipertensão, renal crônica, etc...)

### REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias

Retorno às atividades semestoradas 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 ferida com água e sabão duas vezes ao dia. Não aplicar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar Mangabeira.

### MEDICAÇÕES PARA CASA: ANTIÉMBOTICA E DORÍFICA

### RETORNO:

Apresentar-se em 21 dias

ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (DR. ANDRÉ)

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





1000

Collection of 12 Cases

[illegible]

PC-71bp

Darius Awa da Sufi.

COMPRESSO  
COM REVERENDIA S/A  
1000000000  
PROLOGO  
AG. JOAO PESSOA





## EVOLUÇÃO MÉDICA

### Unidade de Internamento

Nome do Paciente:

Renato Dias

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

11/04/18

Renato Dias

at. pré-hospitalar em 11/04/18

paciente evoluiu bem com intercorrências. Risco

de morte

em 11/04/18, 10h, 10h, 10h, 10h

pac. evol. em 11/04/18, 10h, 10h, 10h

pac. evol. em 11/04/18, 10h, 10h, 10h

pac. evol. em 11/04/18, 10h, 10h, 10h

pac. evol. em 11/04/18, 10h, 10h, 10h



## SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE / PRÓTESE

Nome do Paciente: Antônio Amaro da Silva Idade: 52 anos

☒ Paciente Interno Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data: 1 / 05 / 2018

☐ Paciente Externo RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Diagnóstico:

Fratura de rádio distal tipo  
Barton volar

Material Especial:

2x 2,5 mm  
Arco com 7,5 mm  
parafusos

Justificativa Médica da Solicitação do Material:

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

Assinatura e Carimbo

Parecer do Coordenador do Serviço:

Assinatura e Carimbo

Parecer da Direção Técnica:

Assinatura e Carimbo

1ª Via: Prontuário

2ª Via: Farmácia


3ª Via: Direção Administrativa

Rua Aq. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

# 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 TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME  
BENICIO AMARO DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF  
1186986 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
467.252.374-87 09/02/1966

FILIAÇÃO  
JOSE AMARO DA SILVA  
IVONETE DAMIANA DA  
SILVA

PERMISSÃO ACC CATIAE  
AB

Nº REGISTRO  
02553820800

VALIDADE  
06/01/2022

1ª HABILITAÇÃO  
09/10/2002

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1407946201

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
08 MAR 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOAO NELSON



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



NOME  
BENICIO AMARO DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF  
1186986 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
467.252.374-87 09/02/1966

FILIAÇÃO  
JOSE AMARO DA SILVA  
IVONETE DAMIANA DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATIAE  
AB

Nº REGISTRO  
02553820800

VALIDADE  
06/01/2022

1ª HABILITAÇÃO  
09/10/2002

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1407946201

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
08 MAR 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOAO NELSON

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
Nº 013152552059  
PRT 20170000141231-5  
1 0030501724-1 00/00000000 2017

BENICIO AMARO DA SILVA

46725237487

NPT2053/PB

NOVO PB 9C6KG0460C0030447

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

YAMAHA/FAZER XS250

2011 2012

2 P/249 /CI PARTIC

VERMELHA

00/00/0000

P	1	00/00/0000	1
V	2		2
A	3		3

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 27/04/2017

A.F YAMAHA ADM.DE CONSORCIO LTDA

JOAO PESSOA-PB

33294



27/04/2017

42196

PB Nº 013152552059

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider  
SAC DPVAT 0800 022 111



46725237487

NPT2053/PB

00305017241 YAMAHA/FAZER XS250

2011

9 9C6KG0460C0030447

PRÊMIO TARIFÁRIO

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

S

PREMIADO

27/04/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

COMP 09.348.8229001-04

42196-1710596-20170427





CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 013152552059  
1 0030501724-1 00/00000000 2017

BENICIO AMARO DA SILVA

46725237487

NPT2053/PB

NOVO PB 9C6KG0460C0030447

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

YAMAHA/FAZER XS250

2011 2012

2 P/249 /CI PARTIC

VERMELHA

00/00/0000

P	1	00/00/0000	1
V	2		2
A	3		3

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 27/04/2017

A.F YAMAHA ADM.DE CONSORCIO LTDA

JOAO PESSOA-PB

33294



27/04/2017

42196

PB Nº 013152552059

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider  
SAC DPVAT 0800 022



46725237487

NPT2053/PB

00305017241 YAMAHA/FAZER XS250

2011

9 9C6KG0460C0030447

PRÊMIO TARIFÁRIO

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

S

27/04/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0800 09.348.8220001-04

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

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT 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:**

Victor Borba