

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180470252**  
Vitima: **RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA**  
Data do Acidente: **23/04/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180470252**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13451372



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180470252**

Vitima: **RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA**

Data do Acidente: **23/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180470252**.

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 13452573



---

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180470252**

**Vítima: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA**

**Data do Acidente: 23/04/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 <b>036713218</b>	CPF da vítima <b>10875771440</b>	Nome completo da vítima <b>Rafael Maximino Bandeira da Silva</b>
---	-------------------------------------	---

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

Nome completo <b>Rafael Maximino Bandeira da Silva</b>	CPF titular da conta <b>10875771440</b>	Profissão <b>estudante</b>
Endereço <b>Sítio Morado</b>	Número <b>m</b>	Complemento
Bairro <b>Área Rural</b>	Cidade <b>Jacarai</b>	Estado <b>PB</b>
Email	Telefone (DDD) <b>58278000</b>	Telefone (DDD) <b>991268513</b>

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**

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

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

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

**AGÊNCIA**     **CONTA**  
 Nome     Nome  
**0044**     **112449**     **0**  
(Informar dígito se existir)     (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

**BANCO**     **AGÊNCIA**  
 Nome     Nome  
 \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)



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

Jacarai, 10 de agosto de 2018  
Local e Data

Rafael Maximino Bandeira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA Loterias  
CAIXA Loterias  
CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

173-438690443-2

22/JUN/2018 HORA DE 10:54:53

LOT: 13.18300 8 TERM: 010969  
LOCALIDADE: JACARAU  
AG. VINCULADA: 0044 CONTROLE: 332937145

DEPOSITO EM DINHEIRO  
0044 013 00112449 0  
RAFAEL N. C. SILVA

VALOR : 45,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO COMPROVANTE DE DEPOSITO

173-438690443-2





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01297.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01297.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:39 horas do dia 12 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Rafael Nascimento Cardoso da Silva**, CPF nº 108.757.714-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Viviane Santos do Nascimento e José Antonio Cardoso da Silva, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 29/04/2000 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Macedo, Nº SN, complemento ZONA RURAL, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Mercadinho Zeca Vitor, na cidade de Jacaraú/PB, telefone(s) para contato (83) 99126-8513.

**Dados do(s) Fatos:**

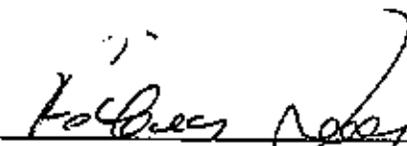
Local: Pb 071, De Frente Ao Mercadinho Real, Jacaraú/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 23/04/17 | 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada nos) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

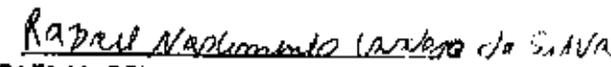
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a **MOTOCICLETA HONDA/POP 310I, BRANCA, 2015/2016, PLACA OFA519/PB, CHASSI 9C2JB0100GR109609**, registrada em nome de **LUZIA GOMES DO NASCIMENTO**, quando colidiu na lateral esquerda de um **CARRO GOL PRETO NÃO IDENTIFICADO**, o qual estava estacionado e repentinamente saiu interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme **LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18.07.2017**, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por uma ambulância de Jacaraú; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 12 de julho de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 01297.01.2018.1.00.420

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

Rafael Nascimento R. da Silva

CPF da Vítima

10875771440

Data do Acidente

23.04.2017

**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 art. 3º 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

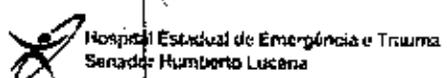


Rafael Nascimento R. da Silva 10 de agosto de 2018  
Local e Data

Rafael Nascimento R. da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ACQUILIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 895714



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 1163437	Nome RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO			Sexo Masculino		
Data de nascimento 09/04/2000	Idade 17 anos 14 dias	Estado civil	Religião	Profissão		
Mãe LUIZA GOMES DO NASCIMENTO	Pai NAO INFORMADO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência JACARAU	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade MAMANGUAPE	CBO/R				
<b>Endereço</b>						
CEP 58279000	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro SITIO MACEDO			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RUAL				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 23/04/2017 12:11:14	Número da pulseira 1000006091988	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data do acidente VEICULO X MOTO				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vem de ambulância Não	Quem transportou			
Meio de transporte AMBULANCIA						
<b>Sinais Vitais</b>						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
<b>Exames complementares</b>						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	EKG [ ]	Ultrasonografia [ ]



Dados clínicos		TOMOGRAFIA	
Md. Incomenta quadril + neurologia den. cat. + 23/04 TTD De ASJOM		TIPO ... BACIA DATA ... 26/04/17 HORA ... 17:15 NOME T. C. RAD. ... WOPLEY	
Atendido por EDILEUZA VENTURA DA SILVA		tempo 15:00	

LÍCIA GOMES DO NASCIMENTO  
ST ANGELO, 511 - AREA PLURAL  
FICARUA/RS CEP: 96270-000 (IND. 14)

Cidade: Cachoeira RESIDENCIAL / BAIRRO: REINADO MONOFÁSICO  
Número: 9-29-873-1402  
W. Medidor: 8002081281

Referência: Jul/2017  
Emissão: 13/08/2017

ENERGIA PARANÁ - CONTRIBUIÇÃO DE ENERGIA  
9.220,00025 - Cota Rede de Transmissão - Jataí/Ribeirão - RS - CEP: 96071-000  
CNPJ: 06.955.903/0001-40 Ins. Est. 01.028.829-0

Plan. Fiscal: Contribuinte Especial - Emissão: 13/08/2017  
Código para emissão de boletins: 00000000000000000000000000000000

Mantimento de Conta ENERGIA 0800 083 0196 Acesso: www.energia.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 6722888-1**

Jun / 2017

Apresentação

13/08/2017

Data prevista da próxima leitura

14/07/2017

CPF CNPJ RAZÃO

57009094-15  
Ins. Est.

Faturas em atraso

22/06/2017 65,01

Histórico de Consumo (kWh)

Mar17	121
Abr17	119
Mai17	142
Jun17	183
Jul17	198
Out16	110
Nov16	113
Dez16	113
Jan17	106
Fev17	111
Mar17	112
Abr17	120

Mês dos últimos meses  
116

Caratê do contrato  
Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE em vigor pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003

Anterior	Atual	Consumo	Dias
Data: 15/05/17 Letra: 0431	Data: 13/08/17 Letra: 1887	178	29

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-GR	30	0,14234	4,28
Consumo - 31 a 100 kWh-GR	70	0,26307	17,56
Consumo - 101 a 200 kWh-GR	20	0,20651	9,78
Adic. 91 Verificação			1,21
Subsídio			22,89
ICMS			0,37
IPIS			4,28
COFINS			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO EM PÚBLICA			7,19
Desconto Subsídio			-22,89

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	64,23	37,80	23,82
IPIS	64,59	1,2019	0,87
COFINS	64,59	4,7420	4,08

VENCIMENTO **21/08/2017** TOTAL A PAGAR **R\$ 67,81**

64b6.aadc.ec0b.1f1a.15fa.ea25.0812.5806

Indicadores de Qualidade ABR 07 J. Brasil

Índice da ANEEL	Aperitivo	Limite de Qualidade (%)
DESEMPENHO TRIMESTRAL	28,24	229
DESEMPENHO ANUAL	32,84	202
DESEMPENHO TRIMESTRAL	7,87	231
DESEMPENHO ANUAL	15,04	
DESEMPENHO TRIMESTRAL	91,08	
DESEMPENHO ANUAL	7,28	
DESEMPENHO TRIMESTRAL	92,00	
DESEMPENHO ANUAL	92,00	

Descrição	Valor (R\$)	%
Preço de Out. de Transmissão	13,85	19,29
Consumo Energia	64,23	91,71
Subsídio	0,87	1,28
Imposto de Transmissão	4,87	6,79
Imposto de Renda	34,87	49,42
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>67,81</b>	<b>100,00</b>

Valor de R\$ 67,81 (por 4/2017) R\$ 14,37

ATENÇÃO

PREVISO DE VENCIMENTO Caso a(s) leitura(s) não seja(m) realizada(s) automaticamente em 21/08/2017, a(s) leitura(s) será(ão) realizada(s) em 29/08/2017. Condições



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luizia Gomes do Nascimento

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 579068824-15, com

domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de

PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Moreob, nº sm,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Rafael N. Bandeira da Silva, cujo o condutor era

\_\_\_\_\_

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda Pop

Ano: 2015

Placa: DFA 5191

Chassi: 9C2JB01006R109609

Data do Acidente: 23.04.17

Lugar e Data: Jacaraú - Paraíba, 10/08/18



Luizia Gomes do Nascimento

Assinatura(do)Declarante)

)

Rafael N. Bandeira da Silva

Assinatura(do)Condutor)(caso seja um)terceiro(que não a)vítima)redamante(do)sinistro)

)



Cartório Dias da Cruz  
João Pessoa  
Tilda Fernandes da Cruz  
Escrivã Encarregada  
Rua Presidente João Pessoa, 474  
CEP: 58278-000  
Jacaraú - Paraíba





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 29/04/00  
NOME DA MÃE VIVIANE SANTOS DO NASCIMENTO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 995.714  
Nº PRONTUARIO 101.652  
DATA DO ATENDIMENTO 23/04/17  
HORA DO ATENDIMENTO 12:11  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO ACETÁBULO D + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D  
CID 10 S 32.4 + S 72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), sendo ejetado da moto, apresentando TCE leve dor em coxa D, com provável fratura fechada em perna D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da bacia  
RX do tórax - AP  
RX da coxa D - AP e P  
RX da perna D - AP e P  
RX da bacia - AP  
USG do abdome total - FAST



### TRATAMENTO:

Fratura do acetábulo D + fratura da diáfise do femur D à TC e ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Esdras Furtado e Dr. Nilvan Linhares no 1º tempo e Dr. Orlando Filho e Dr. Kaio Henrique no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 11/05/17  
DATA DA EMISSÃO: 18/07/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOPEDISTA  
CRM - 2516

Dr. Ewerthon Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB





Cruz Vermelha  
Brasileira



100006091988 RE.: 995714  
RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO  
DT. NASC.: 09/04/2000  
MRE: LUZIA GOMES DO NASCIMENTO

END.: SÍTIO MACEDO  
N. SN - ZONA RURAL  
JACARAÚ  
FONE: ( )  
CELULAR: ( )  
IDADE: 17  
DT. ENTRADA: 23/04/2017 12:11:14

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

## B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	DATA:
PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU <input type="checkbox"/> Polícia		
TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros: _____		
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento aberto <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto enterrado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Amputação membro <input type="checkbox"/> Outros: _____		
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros: _____		
DADOS CLÍNICOS (sintomas): _____			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: _____			
EXAME FÍSICO	PA: _____ mmHg	P: _____ bpm	SpO2: _____ Tax: _____
<b>Sistema Neurológico:</b>			
Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado			
Avaliação das pupilas: Simetria: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas Tamanho: <input type="checkbox"/> Mídrise <input type="checkbox"/> Miose			
<b>Sistema Respiratório:</b>			
<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas pervias			
<input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas			
<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas			
<b>Sistema Circulatório:</b>			
<input type="checkbox"/> Pulso ausente <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida <input type="checkbox"/> Perfusão tissular satisfatória			
<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida			
<input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Sistema Digestório:</b>			
<input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial			
<input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda			
Outros: _____ <input type="checkbox"/> Rigidez abdor <input type="checkbox"/> Distensão abdominal			
<b>Sistema Genito-urinário:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:</b> <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias			
<input type="checkbox"/> Internações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Especificar: _____			
USO DE MEDICAÇÃO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar: _____			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: <i>paciente com fratura de fêmur diplomatado</i>			
DESTINO: _____			
ENFERMEIRO: <i>Drª Janete de F.N. Arruda</i>		CARGO: _____	





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

VERMELHA, S/N -  
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente <b>RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO</b>		BAE 895714	Data/Hora Entrada 23/04/2017 12:11:14	Data Saída
Data de nascimento 09/04/2000	Idade 17	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato
Mãe <b>LUZIA GOMES DO NASCIMENTO</b>		Endereço <b>SITIO MACEDO, SN</b>		Prontuário
		Bairro <b>ZONA RUAL</b>	Município <b>JACARAÚ</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS</b>		Nº Cons. Regional 4827/PB
Data/Hora Classificação 23/04/2017 12:13:08		Data/Hora Prescrição 23/04/2017 15:18:01		

**Anamnese**

CIRURGIA GERAL PACIENTE ESTÁVEL . COM PATOLOGIA TRAUMÁTICA ORTOPÉDICA CIRÚRGICA . HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL .  
F. CO. VISTO USG FAST : NDN . CD: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL REAVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO AOS CUIDADOS IMEDIATOS DA  
C DIA

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente  utilizar na impressão?

**Conduta**

encaminhado com sucesso para a seção

**Dr. Emerson Medeiros**  
Urologista / Cir. Geral  
CRM-PB: 4827 CREMEPE: 13853

EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS  
(4827/PB)

RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO



Cirurgia Geral 23/09/17 12:15h

- Paciente envolvido em acidente de trânsito, vítima de trauma em via pública, surto de hipertensão foi extirpado da vítima.

Referir em primeira consulta

Sintomas de surto e controle, surto de hipertensão, surto de hipertensão. Referir em primeira consulta.

Agenda consultiva de primeira consulta (função de primeira consulta)

MD: Polipneumonia + DRE leve + Função de primeira consulta

CO: Sotocit. RX de pulso e primeira consulta

" de taxa e reg. serviços

" FAST

\* " avaliação da hipertensão

\* " " da neurocirurgia.

Assessoria Médica  
LIFE ASSO  
CRM-SP 10242

13:45h Nicho

Glasgow 15

Pupilo Iso

Sem déficit motor

Alto Nicho

Dr. Gustavo Cardoso Patrão  
Neurocirurgia  
CRM-SP 6800



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

*Alfonso Augusto Calvo*

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
<i>20-09-19</i>	<i>19</i>	<i>U da lo probe U.</i>
		<i>Uta ma pa fern (2)</i>
		<i>As fer al</i>
		<i>em trap Am. 19 quarta</i>
		<i>(2) Solecio p... (2)</i>

*Dr. JERRY BONI*  
CRM 6763  
Cirurgia Geral  
L. Esc. de Med. de São Paulo

LIFE ASSESSORIA  
05 OUT. 2018  
CORRETORA DE SEGUROS



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.G.T.S.H.L

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Rafael Nascimento Lardoso

6 - N° DO PRONTUÁRIO

995714

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc  1

Fem  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Jacaraí

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

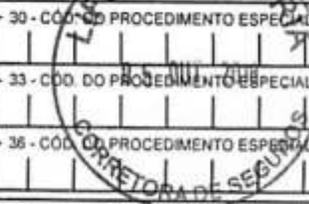
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

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**

3,5 horas  
01 - placa de reconstrução c/06 furos  
01 - placa DCP c/09 furos (cortada)  
03 - parafuso espessura m= 40  
01 - parafuso cortical m= 35  
01 - " " m= 30  
01 - " " m= 35

Jr. Nilvan da Silva  
CRM 344-0/3.000-05944-4  
Ortopedia e Traumatologia

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

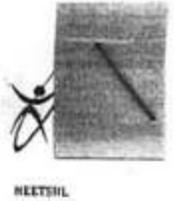
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF



# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Rafael Nascimento, Carlos BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1/1/  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fratura de Aclíbio  
 Cirurgião: Dr. Nilvan Linnar 1º Assistente: Dr. Nilvan Linnar  
 2º Assistente: Dr. Marcos (RZ) 3º Assistente: Luana  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Vinícius  
 Tipo de Anestesia: Mani Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Aclíbio</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>MFI com placa + parafusos</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim (  ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim (  ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

*Dr. Nilvan da Silva Linnar*  
 CRM: 5044-03200-005644  
 Ortopedia

João Pessoa, 07/05/14

Nome: RAFAEL MASCARENHAS UNO BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1/1/1  
 Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: FX DIFUSA DA OX FÊMUR   
 Cirurgião: DR. MACHADO 1° Assistente: DR. GILBERTO  
 2° Assistente: DR. MACHADO (R2) 3° Assistente: DR. VICENTE (R2)  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: DR. MACHADO  
 Tipo de Anestesia: RAPI Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<input checked="" type="radio"/> FX DIFUSA DA OX FÊMUR <input checked="" type="radio"/>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<input checked="" type="radio"/> RAFS com placa + parafusos	



Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_  
 Biopsia de Congelação: ( ) Sim  Não  
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:  
 Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Rafael Silva Linhares  
 CRM: 30000-033.00.005844-4  
 Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 01/05/18

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) ABB PROFILAXIA
- 2) PGT em ABLUBIRO LATERAL V horizontal
- 3) ANTI-GUPTIN + ASSURPTIN DE ME 10 + QUADRI 5
- 4) APOSTILHA DE CAMPOS VERMELHA

Incisão:

5) VIA POSTERIOR (VIA DE KOSTERIN - LUTHERBURCK) P/ QUADRI 10  
- PULV, TESC, DISTANTE DO G. MAXIMO, DESINJUNÇÃO DO PUNTO CONJUNTO  
SURTURONIA

6) MIONOLISE DE M. CIÁTICO 10

Achados:

- 7) FX de parede posterior de M. CIÁTICO 10
- 8) OBSERVADO CONJUNTO DE M. CIÁTICO ANTERIO. INTER-OSSIFICADO APÓS MIONOLISE.

Conduta:

- 9) MIONOLISE ABERTA APÓS PREPARAÇÃO DO FOCO DE PARTIDA.
- 10) FIXAÇÃO DE FRAQUELAMENTO DA PARTE POSTERIOR COM PLACA DE REDUZIDAÇÃO 4,3MM 6 FUROS + 4 PARAFUSOS (ANTERIORES) SEM 2 PARAFUSOS (POSTERIORES) SEM 1 COM ANOVAR
- 11) OBSERVADO ESTABILIDADE DO QUADRI APÓS APOSTILHA
- 12) LIMPEZA COM SF 0,9%
- 13) FECHAMENTO POR PLANOS
- 14) SUTURA DE PÉRIO
- 15) CAMPOS VERMELHA
- 16) PL DE CAMPOS.

Fechamento:

Observação:



Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Nilson da Silva  
CRM: 2847  
Especialidade: Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 09/05/14.



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



HERTSHI

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1) A/B profilaxia.
- 2) Pac em DDH, SOB anestesia + perfusão de fluido iso 0,9% ①
- 3) Ant-sepia + ASSUPSA DE PJS ①
- 4) Aposição de campos estéreis

### Incisão:

- 5) Via lateral da coxa ①
- 6) cuidados de hemostasia + drenagem por planos musculares
- 7) plano ósseo.

### Achados:

- 8) Fr distal de fêmur ①, fraxo transverso.

### Conduta:

- 9) Preparação de fôros de fixação + limpeza
- 10) redução aberta + fixação com placa DCP 4,5 unis
- 11) furos + 9 parafusos completos.
- 12) limpeza 1 GF 0,9%.
- 13) fechamento por planos
- 14) curativos estéreis
- 15) Rx de controle.

### Fechamento:



### Observação:

Dr. Nilvan de Almeida Lima  
 CRM: 5044-0/SP-0000544-4  
 Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 09/05/14

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

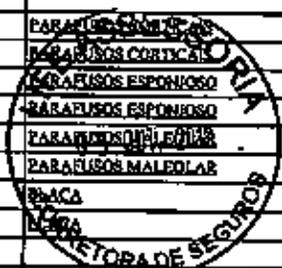
Nota de Sala Cirúrgica

01

NOME DO PACIENTE: Rafael Nascimento Cardoso  
 IDADE: 17 BE: 90814 PRONTUÁRIO: 13 ENFERMARIA: 13 LETO: 03  
 CIRURGIA: Tratamento de acalasia e esplenectomia do nervo esofágico  
 CIRURGIÃO: Dr. Roberto PAUC: Dr. Nelson AIR:  
 ANESTESIA: Raqui  
 ANESTESISTA: Dr. Hercules  
 INSTRUMENTADOR: Guilherme  
 DATA: 03/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 11:50 FIM: 13:05 COLETA: 13:05  
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)  
 ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5) ( )  
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		PIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOMÉRICA		JELCO Nº20		PIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	<u>200 R.L</u>	JELCO Nº22		PIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		PIO DE AÇO Nº	
DIÓPERIDOL	<u>500 mg</u>	KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		PIO DE NYLON Nº	<u>3.0 L</u>
ETOMIDATO	<u>SOLUÇÕES</u>	LÂMINA BISTURI Nº11		PIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº13		PIO DE NYLON Nº	
PENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		PIO POLILACTINA Nº	<u>4 L</u>
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		PIO POLILACTINA Nº	
ISOPURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		PIO POLILACTINA Nº	
LEVOSUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENERTO		PIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOSUPIVACAÍNA C/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	<u>30</u>	PIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	<u>10</u>	PIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	<u>10</u>	PIO POLIETILENO Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	<u>10</u>	PIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº9,5	<u>10</u>	RITA CARDÍACA	
NIMBILIM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	<u>2M</u>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓRFOL	AGULHA RAQUÍ Nº230	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMPENTANILA	AGULHA RAQUÍ Nº260	SCALP Nº21		PIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUÍ Nº270	SERINGA 3ML		PIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOPLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		PIO STERNMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	<u>1</u>	PIO STERNMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	<u>1</u>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY ZVIAS Nº12	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY ZVIAS Nº14	
DIPIDINA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EPIEDINA		COLET. URINA FECHADO	<u>1</u>	SONDA NASOG. LONGA	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<u>1</u>	SONDA URETRAL Nº	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	
GLECONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELÉTRICOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACRODOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICRODOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI			
TENOXCAN		ESPALDRAPO	<u>1</u>	PIO ALGODÃO S/A Nº	( ) ASPIRADOR
		GAZES	<u>10</u>	PIO ALGODÃO S/A Nº	( ) BISTURI ELÉTRICO
<u>3,5 Remoção</u>		GAZES ALGODOADAS	<u>10</u>	PIO ALGODÃO C/A Nº	( ) CAPNÓGRAFO
<u>linha de 01</u>		GEL ELETRÓLITICO	<u>1</u>	PIO ALGODÃO C/A Nº	( ) CARDIOMONITOR
<u>linha de 01</u>		JELCO Nº14			( ) DESFIBRILADOR
<u>106 pontos 01</u>		JELCO Nº16			( ) FOCO AUXILIAR
<u>linha DCP 01</u>					( ) FOCO CENTRAL
<u>09 pontos 01</u>					( ) MICROSCOPIO
<u>linha esponja 01</u>					( ) OXÍMETRO DE PULSO
<u>11 pontos 01</u>					( ) P.A. INVASIVAM/O INVASIVA
<u>linha de 30 01</u>					( ) PERFURADOR ELÉTRICO
<u>11 pontos 01</u>					( ) SERRA
<u>11 pontos 01</u>					
<u>11 pontos 01</u>					

continuações da 1ª cirurgia



EMPRESA  
 EQUIPAMENTOS  
 ( ) ASPIRADOR  
 ( ) BISTURI ELÉTRICO  
 ( ) CAPNÓGRAFO  
 ( ) CARDIOMONITOR  
 ( ) DESFIBRILADOR  
 ( ) FOCO AUXILIAR  
 ( ) FOCO CENTRAL  
 ( ) MICROSCOPIO  
 ( ) OXÍMETRO DE PULSO  
 ( ) P.A. INVASIVAM/O INVASIVA  
 ( ) PERFURADOR ELÉTRICO  
 ( ) SERRA  
 CIRCULANTE  
Guilherme  
250852  
 FONQ/LASCR 1012

Nota de Sala Cirúrgica

204

NOME DO PACIENTE: Rafael Nascimento Cardoso  
 IDADE: 17 ANOS Nº PRONTUÁRIO: 99511 EXFERMARIA: 13 LEITO: 09  
 CIRURGIÃO: Dr. Lelalando ZALIX  
 ANESTESISTA: Dr. Vitor  
 INSTRUMENTADOR: Samile  
 DATA: 05/12 TEMPO CIRÚRGICO: 08:00 ANESTESIA INÍCIO: 08:00 CIRURGIJA INÍCIO: 11:05 FIM: 11:05

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIJA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)  
 ASA I (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)  
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALPENTAMILA			JELCO Nº15	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CLORAMFENICOL			JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	30 17
FENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
PENTAMILA		ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL		PVPÍ DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23	1	FIO POLILACTINA Nº	1 11
ISOFLURANO		PVPÍ TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLILACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		PVPÍ TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLILACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/VASO			LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	30	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO		MATERIAIS	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAN		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MORFINA		AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
NIMBUM		AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,3		FITA CARDÍACA	
PANCURÔNIO		AGULHA 40X12	MÁSCARA CIRÚRGICA	1 17	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº16	AGULHAS		CATETER DE PIC	
PROPÓFOL		AGULHA PERIDURAL Nº17	PERFORADOR DE BORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
RAMPENTANILA		AGULHA RAQUI Nº250	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIQUADURA	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº266	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		AGULHA RAQUI Nº270	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SUXAMETÔNIO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOFENTAL		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº	
		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
		BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			
DEKAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA			
EPIDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA			
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº			
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA			
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
HIPOCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)			
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPÍ				
TENOXCAN		ESPARADRAPO				
		GAZES				
		GAZES ALGODOADAS				
		GEL. ELETROLÍTICO				
		JELCO Nº14				
		JELCO Nº16				



Handwritten signature: Calvin Marcel  
 250 852 8



# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/05/17 PRONTUÁRIO: 995714

PACIENTE: RAFAEL NAVIMUNDO CARVALHO DA SILVA SEXO: M COR: IDADE: 17 anos

PRESSÃO ARTERIAL: 100/70 PULSO: 85 RESPIRAÇÃO: Espontânea TEMPERATURA: 36,5 PESO: GRUPO SANGUÍNEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: AP. RESPIRATÓRIO: AP. CIRCULATÓRIO:

AP. DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: CONSCIENTE DROGAS EM USO: NEGA

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: Midazolam ESTADO FÍSICO (ASA): I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO + FRATURA DE ACETABULO +

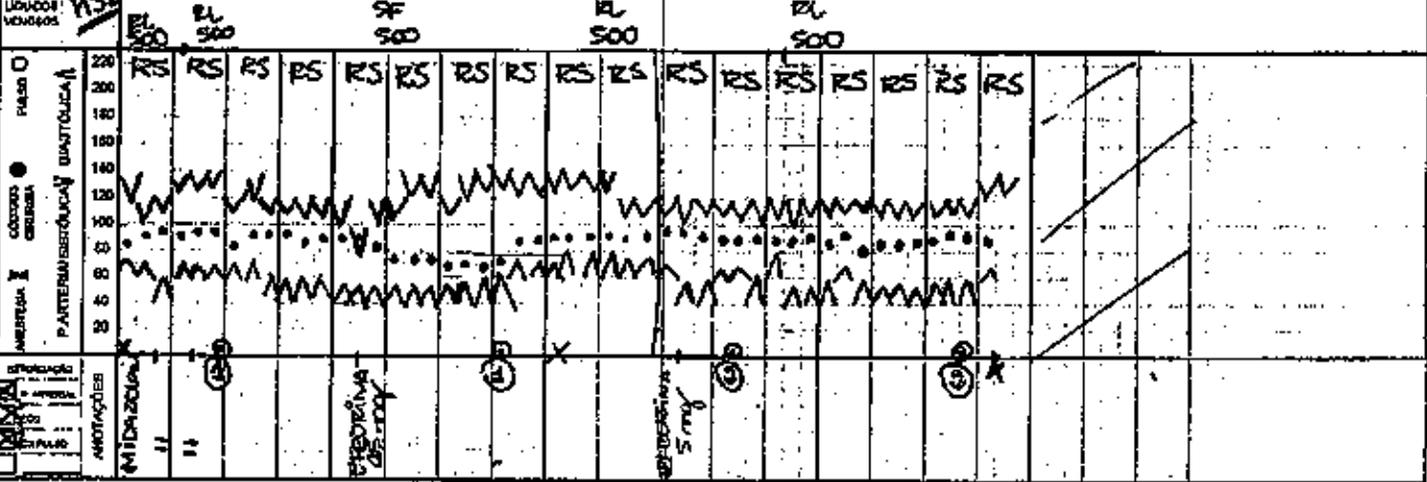
CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO + FRATURA DE ACETABULO +

CIRURGIÃO: DR. OTAVIANO + NÍLTON AUXILIARES + ESTERIL

INÍCIO DA ANESTESIA: 9:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:05 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 405 min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES RS: DR. Hércules Pires Trindade

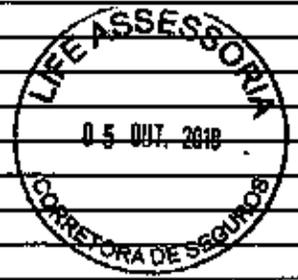
ANESTESISTA: DR. Hércules Pires Trindade CPF: CRM-PB: CRM 3774-PB/1324-RN



ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOC. PLEURO  BLOC. NERVOS  OUTROS

DOSE: PACIENTE SENSITIZADO, ASSEPSIA E ANTISSÉPSIS REALIZADAS COM ALCOOL A 70%.

QTD	VALOR ANESTÉSICO	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	QTD
1	11	MIDAZOLAM 2 + 1 + 1 mg	11
2	12	RUPIVACAÍNA ISOMÉRICA 0,5% (20mg)	12
3	13	MORFINA 1mg	13
4	14	CEFALOSOLINA 2g + 1g	14
5	15	DEXOMETASONA 10mg	15
6	16	DIPÍRIZONA 2g	16
7	17	FENTANIL 15mg	17
8	18		18
9	19		19
10	20		20



OBSEVAÇÕES IMPORTANTES: PUNÇÃO MEDIANA EM L1-L2 ÚNICA, COM QUIRURQUE 25F. Líquor limpo, NR MOTENSO, SEM INTERFERÊNCIA.

PACIENTE ESTÁVEL, ECG SEM ANOMALIAS, FC 92 bpm, PA: 122 X 70 mmHg, SatO2: 100-99% EM O2 SUPLENTE, FICANDO EM UCPA.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Hércules Pires Trindade

Handwritten notes: (El elião El unisa) and signature.



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.  1

Fem.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE

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

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**

se quis de Kurshner n 4-0



**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 (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

Dr. [Assinatura] 10204

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

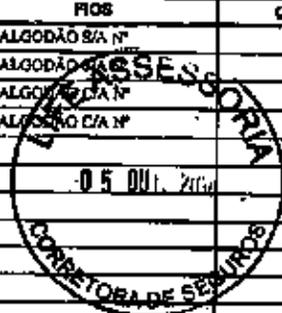
( ) CNS ( ) CPF



Nota de Sala Cirúrgica

*Rafael Nascimento Cardoso* *881*

NOME DO PACIENTE: <i>Rafael Nascimento Cardoso</i>		CIDADE: <i>17</i> BE: <i>17</i> PRONOME: <i>17</i> SEXO: <i>17</i> DATA: <i>17/11/17</i>	
CIRURGIÃO: <i>17</i>		LEITE: <i>17</i>	
ANESTESIA: <i>17</i>		TAXA: <i>17</i>	
ANESTESISTA: <i>17</i>			
INSTRUMENTADOR: <i>17</i>			
DATA: <i>17/11/17</i> TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: <i>16</i> FIM: <i>17:20</i> CIRCUNDAÇÃO: <i>17</i>			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIAS - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		MATERIAIS CONT.	
ALFENTANIL	QTD.	JELCO Nº18	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20	FIOS CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22	FIOS CAT GUT CROMADO Nº
CETAMINA		JELCO Nº24	FIOS DE AÇO Nº
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	FIOS DE AÇO Nº
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	FIOS DE NYLON Nº <i>50 05</i>
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº11	FIOS DE NYLON Nº
PENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº15	FIOS DE NYLON Nº
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº23	FIOS POLILACTINA Nº
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA BISTURI Nº24	FIOS POLILACTINA Nº
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE DERMATOMO	FIOS POLILACTINA Nº
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	FIOS POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LÚVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIOS POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LÚVA ESTÉRIL Nº10	FIOS POLIPROPILENO Nº
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LÚVA ESTÉRIL Nº15	FIOS POLILECAPRONE Nº
MORFINA	AGULHA 40X12	LÚVA ESTÉRIL Nº6,9	FIOS SEDA Nº
NIMBILUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	LÚVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDÍACA
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	MULTIVIAS	QTD.
PROPÓPOLIS	AGULHA RAQUI Nº23G	PERFURADOR DE SORO	CATER DE PIC
RAMPENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº19	CIMENTO CIRÚRGICO
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SCALP Nº21	CLIP TITÂNIO LIGADURA
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 3ML	FIOS DE KIRSCHNER Nº <i>4 2</i>
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPON	SERINGA 5ML	FIOS DE KIRSCHNER Nº
TIOFENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 10ML	FIOS STEINMAN Nº
MEDICAÇÕES	QTD.	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
ADRENALINA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº8	HEMOST. ABSORVÍVEL
ÁGUA DESTILADA	CÂNDULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT. DERIVA. VENTRICULAR
ATROPINA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº12	PRÓTESE VASCULAR
BEXTRA	CATETER ENBOLEÇ. ARTERIAL Nº	SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT. PAM
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDAS POLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA
DIPRONA SÓDICA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDAS POLEY 2VIAS Nº14	
EPIDRINA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS
FLUROSEMIDA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONIOSO
GLUCONATO DE CÁLCIO	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONIOSO
HIDROCORTISONA	DRENO DE FENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELÉIA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
ONDASINTRONA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
PLASIL	EQUIPO MACROGUTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PROSTRONTE	EQUIPO MICROGUTAS		
PROTAMINA	ESPONIA DE PVPI		EQUIPAMENTOS
TENOXICAN	ESPARADRAPO	FIOS	( ) ASPIRADOR
	GAZES	QTD.	( ) BISTURI ELÉTRICO
	GAZES ALGODOADAS		( ) CAPNOGRAFO
	GEL ELETROLÍTICO		( ) CARDÍOMONITOR
	JELCO Nº14		( ) DESFIBRILADOR
	JELCO Nº16		( ) FOCO AUXILIAR
			( ) FOCO CENTRAL
			( ) MICROSCOPIO
			( ) OXÍMETRO DE PULSO
			( ) P.A. INVASIVANÃO INVASIVA
			( ) PERFURADOR ELÉTRICO
			( ) SERRA





UNIV. VEZILUBA  
MASCARA

# FICHA DE ANESTESIA

Q

02179C

DATA: 23/04/17

FRONTUÁRIO: 995714

PACIENTE: Rafael Nascimento Cordeiro SEXO: M COR:  IDADE: 37

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUINEO  
ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRURGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES  
AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO  
AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA) ASA I E

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura luxação de quadril + Fratura de fêmur D

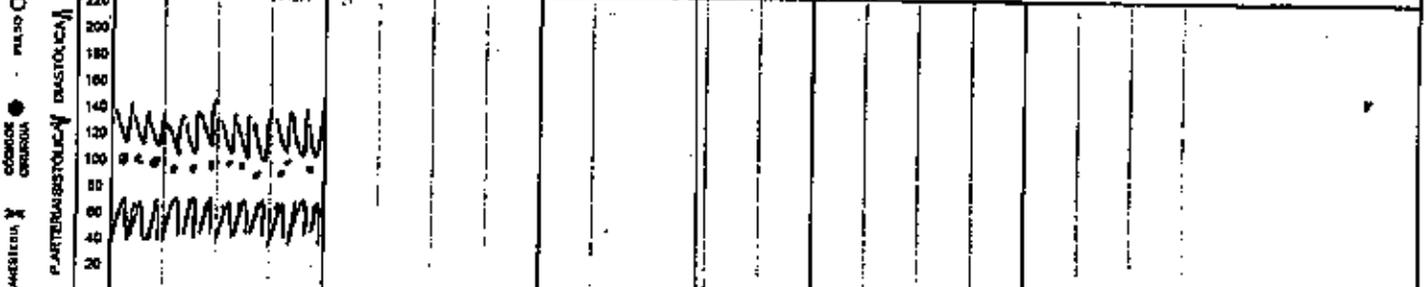
CIRURGIA REALIZADA  
CIRURGIÃO Dr. Maximiliano Pontes AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 16:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 17:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS  
ANESTESISTA Dr. Jgo1 CPF Dr. Juliana (R1) CRM-PB

ADMISSÃO-HORA: 16:00 17:00

LIBERADO VELOCES

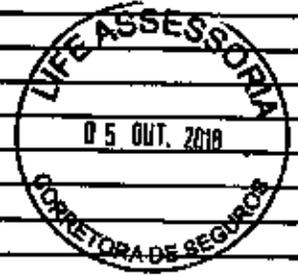


APLICAÇÃO ANOTAÇÕES  
 ARTERIAL  
 VE  
 EM PULSO

ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOQ. PLEXO  BLOQ. NERVOS  OUTROS: Sedação

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE	1 <u>Fraxipar 50mg</u>	11
HAEM	2 <u>Fentanil 100ug</u>	12
SANGUE	3 <u>Droperidol 2,5mg</u>	13
RENDA	4 <u>Midazolam 2,5mg</u>	14
TOTAL	5	15
DESTINO DO PACIENTE	6	16
<input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7	17
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8	18
<input type="checkbox"/> OUTROS: <u>URPA</u>	9	19
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10	20



*Assinatura do Anestesiologista*  
ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA  
MEDICINA ANESTESIOLOGIA

FORM. ASC R. 026-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Antibiotico profilaxico
- ② Paciente em D&H Sob Maccos
- ③ Aspirina e Antiagregag
- ④ Colocação de campos estéril

Incisão:

- ⑤ Realizada manobra de redução de quadril sob controle de escopia
- ⑥ Passagem de traços trans-equiliter tibial com fio KC 4,0.

Achados:

- ⑦ RX de controle

Conduta:

*[Handwritten signature]*  
Cirurgião

Fechamento:

Observação:



Médico/CRM:

*[Handwritten signature]*

João Pessoa, 23, 04, 12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 085



RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

ASIMETRIA DO TÍPICO

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.923.966

NOME RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

DATA DE EMISSÃO 25/11/2010

FILIAÇÃO JOSÉ ANTONIO CARDOSO DA SILVA

VIVIANE SANTOS DO NASCIMENTO

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO-RJ

DATA DE NASCIMENTO 29/04/2000

DOC ORIGEM NASC.N.45298 FLS.98 LIV.SAA97

CPF 1. CARTEIRO RIO DE JANEIRO RJ

ASSINATURA DE RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

LEI Nº 7.116 de maio de 1973

Assinatura: *Rafael Nascimento*

Idoso Pessoa - Fís

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

**108.757.714-40**

Nome

**RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA**

Nascimento

29/04/2000








## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Rafael Nascimento Cardoso da Silva  
 DATA DO ACIDENTE 23/01/2017 CPF DA VÍTIMA 108.757.714-40  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rafael Nascimento Cardoso da Silva  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É Rafael Nascimento Cardoso da Silva  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Mauá  
 Nº S/N COMPLEMENTO - BAIRRO Área Rural  
 CIDADE Jararaci UF PB CEP 58278-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (83) 98863-6133

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACCESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/10/2018IDENTIDADE 3923966ASSINATURA N. Nascimento da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

