

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 e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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").

Numero do Sinistro ou ASE

036713218

CPF da Vítima

10875771440

Nome completo da vítima

Rafael Maximino Bandeira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------|-----------------------------------|----------------------|-------------|------------------|-----------|
| Nome completo | Rafael Maximino Bandeira da Silva | CPF titular da conta | 10875771440 | Profissão | estudante |
| Endereço | Sítio Morado | Numero | nn | Complemento | |
| Bairro | Água Fria | Cidade | Ipocaraú | Estado | PB |
| Email | | | | Telefone (DPVAT) | 58278000 |
| | | | | | 991268513 |

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

0044

(Informar dígito se existir)

CONTA

112449 0

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nome

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nome

(Informar dígito se existir)



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

Ipocaraú, 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 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 ATÉ 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:

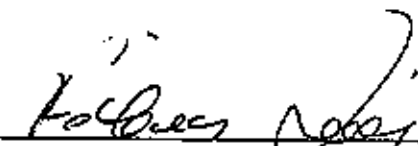
Local: Pb 071, De Frente Ao Mercadinho Real, Jacaraú/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 23/04/17 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada nos(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


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. de Silva

CPF da Vítima

10875771440

Data do Acidente

23.04.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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 e 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 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.



10 de agosto de 2018
Local e Data

Rafael Nascimento Cardoso de Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Plan Family Caregiver Groups: Call 800-955-4444
 College your best friend: www.collegeboard.org

Centro referente a: UC (Unidade Consumidora): 6722888-1

LIFE ASSESSORIA
05 OUT. 2018
CORRETORA DE SEGUROS

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rúbia Gomes do Nascimento

RG nº _____, data de expedição ____/____/____.

Órgão _____, portador do CPF nº 579068824-15, com

domicílio na cidade de Macapan, no Estado de

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

Situ Maxorb n° 3m

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

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

vitima Rafael N. Bandeira da Silva cujo o condutor era

Veículo: molécula

Modelo: Honda Pop

Ano: 2015

Placa: OFA 5191

Chassi: 9C2TB01006R2109609

Data do Acidente: 23.04.17

Local e Data: San Remo, 10/08/18

Luzia Gomes do Nascimento
(Assinatura do) Declarante)

Rafael Maximiliano Cardoso da Silva

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



Cartório: Dias da Cruz
 José Mariano Dias da Cruz
 Tabelião Oficial de Registro
 Rua Monte 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 PRONTUÁRIO 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

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

11/11/2001 11:11:11 AM

ACOLHIMENTO, em - - CNEs: 123312 - Tel:

GOVERNO DA PARAIBA



RE.: 995714

RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO

DT. NASC.: 09/04/2000

MRE: LUIZ 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 encravado <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: _____ | | | |
| Sistema Neurológico: | | | |
| 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"/> Midríase <input type="checkbox"/> Miose | | | |
| Sistema Respiratório: <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 | | | |
| Sistema Circulatório: <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: _____ | | | |
| Sistema Digestório: <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 abdominal <input type="checkbox"/> Distensão abdominal | | | |
| Sistema Genito-urinário: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | | |
| HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: <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>Doct. afirma de</i> <i>ac. pleurite aguda</i> <i>fratura de fêmur</i> <i>D. orientado.</i> | | | |
| DESTINO: _____ | | | |
| ENFERMEIRO: <i>Dr.ª Janecláide F.N. Arruda</i> <i>Enfermeira</i> <i>Coren 386348</i> | | | |



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

| | | | | |
|---|--|---|---|-------------------------------------|
| Paciente RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO | | BAE 895714 | Data/Hora Entrada 23/04/2017 12:11:14 | Data Baixa |
| Data de nascimento 09/04/2000 | Idade 17 | Sexo Masculino | CNS | Telefone de Contato |
| Mãe LUZIA GOMES DO NASCIMENTO | | Prontuário | | |
| Endereço SITIO MACEDO, SN | | Bairro ZONA RUAL | Município JACARAU | UF PB |
| Acidente VEICULO X MOTO | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS | | Nº Cons. Regional 4827/PB |
| Data/Hora Classificação 23/04/2017 12:13:00 | | Data/Hora Prescrição 23/04/2017 15:18:01 | | |

Anamnese

CIRURGIA GERAL PACIENTE ESTÁVEL . COM PATOLOGIA TRAUMÁTICA ORTOPÉDICA CIRÚRGICA . HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL .
FICOU VISTO USG FAST : NON . 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

foi encaminhado com sucesso para a seção


Dr. Emerson Medeiros
Urologista / Cir. Geral
CRM-PB: 4827 CREMEPE: 13953

EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS
(4827/PB)

RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO



Cirurgia Geral 23/09/17 12:15h

- Paciente envolvido em acidente de trânsito,
multa US carro em via pública, multa de
o mult-pessoa foi extinta da multa.

Requerer em nome direta

Solicitando-se currículo e currículo, uma parte de
curriculum, nome e endereço. Requerer em nome direta.

Agracecer a remuneração de taxa direta (pessoa física)

MD: Político-econômica + DCE local + Faturamento de pessoa direta.

CD: Solicit. RX de pulso e joelho direito

" RX de tornozelo e região cervical

" FAST

* " avaliação da multiplica

* " " da neurocirurgia.

Assessoria Médica
LIFE ASSESSORIA
CRM-SP 10842

13:45h Ninho

Glasgow 15

Pupilo Igual

Sem déficit motor

Atc Nível

Dr. Gustavo Cardoso, Pediatra
Neurocirurgia
CRM-SP 6800





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.E.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 - parafuso cortical m= 30
01 - parafuso cortical m= 35
01 - parafuso cortical m= 35

Jr. Nilvan da Silva Lima
CRM 544-0/3.000-05844-4
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: 1/1/1
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fratura de Ateríbulo (D)
 Cirurgião: Dr. Edmar Furtado 1º Assistente: Dr. Nilvan Linnar
 2º Assistente: Dr. Marcos (R) 3º Assistente: Luana
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Vinícius
 Tipo de Anestesia: Mani Horário: Início _____:_____: Término _____:_____:

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|--------------------------------|-----|
| <u>(D) Fr de Ateríbulo (D)</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|--------------------------------------|--------|
| <u>(D) 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: 5044-03200-00564
Ortopedia

João Pessoa, 01/05/14

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: PAULO MARCELO BRUNO BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: FX DISTAL da FÊMUR (D)
Cirurgião: DR. MARCELO 1º Assistente: DR. GILSON
2º Assistente: DR. MARCELO (D) 3º Assistente: DR. VICTOR (D)
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. LUIZ
Tipo de Anestesia: RAI Horário: Início ____:____: Término ____:____:

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|-----------------------------------|-----|
| <u>(D) FX DISTAL da FÊMUR (D)</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---------------------------------------|--------|
| <u>(D) RAFI com placa + parafusos</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (x) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 01/05/18

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) ABBPROMEXIA
- 2) PGT em ORTÓRTO LATERAL (V) horizontal
- 3) ANTI-SUPIN + ASSUPIN DE M5 (D) + QUADRIL (D)
- 4) Aposição de campos estéril

Incisão:

- 5) VIA POSTERIOR (VIA DE KOSTER - LUTHERBURG) P/ QUADRIL (D)
- PNL, PSC, Distal do G. Máximo, Desinjeção do punho (cavidade),
CURTIDOROMIA.

- 6) MONTAGEM DE M. CIÁTICO (D).

Achados:

- 7) Ex. de PNL de Posição de MONTAGEM (D)
- 8) OBSERVADO CORTADO DE M. CIÁTICO ANTER. PARA OBSERVAÇÃO
APÓS MONTAGEM.

Conduta:

- 9) MONTAGEM APÓS PREPARAÇÃO DO FOCO DO PARTIR.
- 10) Fixação de FOCO de Posição com placa
de ALUMÍNIO 4,3MM 6 FUROS + 4 PARAFUSOS (ANTERIOR)
e 2 PARAFUSOS (POSTERIOR) / SMOO I com ANOXY
- 11) OBSERVADO ESTABILIDADE DO QUADRIL APÓS APOSTO.
- 12) LIMPAR com SF 0,9%.
- 13) FORTIFICAR com PLACAS
- 14) SUTURA DE PNL
- 15) Campos estéril
- 16) PL de Campos.

Fechamento:



Observação:

João Pessoa, 09/05/14.

Médico/CRM:

Dr. Nilson da Silva
CRM: 20470-0/SP
Especialista em Traumatologia



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HETSU

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) AFB profilaxia.
- 2) Pac em DDH, sob anestesia + perfusão de fluido iso 9/11
- 3) Ant-sepia + Assupção de PIJ
- 4) Aposição de campos estéreis

Incisão:

- 5) Via lateral da coxa
- 6) Cuidados de hemostasia + drenagem por placas autônomas
- 7) Plano ósseo.

Achados:

- 8) Fr. distal da fêmur, fraco consensual.

Conduta:

- 9) Preparação do foco de fratura + limpeza
- 10) Mobilização Aberta + Fixação com placa DCP 4,5 unhas
- 11) Furos + 9 parafusos completos.
- 12) Limpeza 1 GF 0,9°.
- 13) Fechamento por planos
- 14) Contatos físicos
- 15) Rx de controle.

Fechamento:



Observação:

Dr. Nilvan da Silva Lima
CRM: 5044-0/2000-005644
Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 09/05/14

Médico/CRM:

2

continuarea sa este in...

PARAFUSOS CORTICAL
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS TUBULARES
PARAFUSOS MALEOLAR

PLACA
NORA

RETORES DE SEGUROS
ECONOMIZANTES

☐ ASPIRADOR
☒ BISTURI ELÉTRICO
☐ CAPNÓGRAFO
☒ CARDÍOMONITOR
☐ DESFIBRILADOR
☐ FOCO AUXILIAR
☒ FOCO CENTRAL
☐ MICROSCÓPIO
☒ OXÍMETRO DE PULSO
☒ P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
☒ PERPURADOR ELÉTRICO
☐ SERRA

CIRCULANTE
Gómez J. J.
150752

Nota de Sala Cirúrgica

24

| | |
|---|---|
| NOME DO PACIENTE: Rafael Nascimento Cardozo | |
| IDADE: 17 ANOS | PRONTUÁRIO: 995114 |
| EXFARMIA: 13 | LEITO: 09 |
| CIRURGIA: Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito | |
| CIRURGIÃO: Dr. Roberto | PAUX: 240X |
| ANESTESIA: Raqui | |
| ANESTESISTA: Dr. Vitor | |
| DISTRIBUIDOR: Samir | |
| DATA: 02/05/17 | TEMPO CIRÚRGICO: 08:00 : CIRURGIA INÍCIO: 11:05 |
| ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS) | |
| ASA I (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5) | |
| GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMP (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA | |
| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS | |
| ALPENTANIL | QTD. |
| BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA | QTD. |
| BUPIVACAÍNA PESADA | QTD. |
| CETAMINA | QTD. |
| DROPERIDOL | QTD. |
| ETOMIDATO | QTD. |
| FENOBARBITAL | QTD. |
| PENTANIL | QTD. |
| FLUMAZENIL | QTD. |
| ISOFLURANO | QTD. |
| LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO | QTD. |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO | QTD. |
| LIDOCAÍNA C/VASO | QTD. |
| LIDOCAÍNA S/VASO | QTD. |
| MIDAZOLAM | QTD. |
| MORFINA | QTD. |
| NIMBUM | QTD. |
| PANCURÔNIO | QTD. |
| PETIDINA | QTD. |
| PROPÓFOL | QTD. |
| RAMIFENTANIL | QTD. |
| ROCURÔNIO | QTD. |
| SEVOFLURANO | QTD. |
| SUXAMETÔNIO | QTD. |
| TIOPENTAL | QTD. |
| MATERIAIS | |
| AGULHA 13X4,5 | QTD. |
| AGULHA 25X07 | QTD. |
| AGULHA 25X08 | QTD. |
| AGULHA 40X12 | QTD. |
| AGULHA PERIDURAL Nº16 | QTD. |
| AGULHA PERIDURAL Nº17 | QTD. |
| AGULHA PERIDURAL Nº18 | QTD. |
| AGULHA RAQUI Nº250 | QTD. |
| AGULHA RAQUI Nº266 | QTD. |
| AGULHA RAQUI Nº270 | QTD. |
| ALGODÃO ORTOPÉDICO | QTD. |
| ATADURA DE CREPOM | QTD. |
| ATADURA GESSADA | QTD. |
| BOLSA P/ COLOSTOMIA | QTD. |
| CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº | QTD. |
| CATETER DE OXIGÊNIO | QTD. |
| CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº | QTD. |
| CATETER EPIDURAL Nº16 | QTD. |
| CATETER EPIDURAL Nº17 | QTD. |
| CATETER EPIDURAL Nº18 | QTD. |
| CERA PARA OSSO | QTD. |
| COLET. URINA FECHADO | QTD. |
| COMPRESSAS CIRÚRGICAS | QTD. |
| COMPRESSAS CIRÚRGICAS | QTD. |
| DRENO DE PENROSE | QTD. |
| DRENO DE SUÇÃO | QTD. |
| ELETRODOS | QTD. |
| EQUIPO MACROGOTAS | QTD. |
| EQUIPO TRANSF. SANGUE | QTD. |
| EQUIPO MICROGOTAS | QTD. |
| ESPONJA DE PVF | QTD. |
| ESPARADRAPO | QTD. |
| GAZES | QTD. |
| GAZES ALGODOADAS | QTD. |
| GEL ELETROLÍTICO | QTD. |
| JELCO Nº14 | QTD. |
| JELCO Nº16 | QTD. |
| MATERIAIS CONT. | |
| JELCO Nº15 | QTD. |
| JELCO Nº20 | QTD. |
| JELCO Nº22 | QTD. |
| JELCO Nº24 | QTD. |
| KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº | QTD. |
| LÂMINA BISTURI Nº11 | QTD. |
| LÂMINA BISTURI Nº15 | QTD. |
| LÂMINA BISTURI Nº23 | QTD. |
| LÂMINA BISTURI Nº24 | QTD. |
| LÂMINA DE DERMÁTOMO | QTD. |
| LÂMINA DE ENXERTO | QTD. |
| LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. | QTD. |
| LUVA ESTÉRIL Nº7,0 | QTD. |
| LUVA ESTÉRIL Nº7,5 | QTD. |
| LUVA ESTÉRIL Nº8,0 | QTD. |
| LUVA ESTÉRIL Nº8,5 | QTD. |
| MÁSCARA CIRÚRGICA | QTD. |
| MULTIVIAS | QTD. |
| PERFURADOR DE BORO | QTD. |
| SCALP Nº19 | QTD. |
| SCALP Nº21 | QTD. |
| SERINGA 3ML | QTD. |
| SERINGA 5ML | QTD. |
| SERINGA 10ML | QTD. |
| SERINGA 20ML | QTD. |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 | QTD. |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 | QTD. |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 | QTD. |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 | QTD. |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 | QTD. |
| SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 | QTD. |
| SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 | QTD. |
| SONDA NASOG. CURTA | QTD. |
| SONDA NASOG. LONGA | QTD. |
| SONDA URETRAL Nº | QTD. |
| TORNEIRINHA | QTD. |
| TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | QTD. |
| TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | QTD. |
| TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | QTD. |
| TUBO SILICONE (LATEX) | QTD. |
| FIO CAT OUT CROMADO Nº | |
| FIO CAT OUT CROMADO Nº | |
| FIO DE AÇO Nº | |
| FIO DE AÇO Nº | |
| FIO DE NYLON Nº 30 17 | |
| FIO DE NYLON Nº | |
| FIO DE NYLON Nº | |
| FIO POLILACTINA Nº 1 17 | |
| FIO POLILACTINA Nº | |
| FIO POLILACTINA Nº | |
| FIO POLIPROPILENO Nº | |
| FIO POLIPROPILENO Nº | |
| FIO POLIPROPILENO Nº | |
| FIO POLIGLECAPRONE Nº | |
| FIO SEDA Nº | |
| FITA CARDÍACA | |
| MATERIAL ESPECIAL QTD. | |
| CATETER DE PIC | |
| CIMENTO CIRÚRGICO | |
| CLIP TITÂNIO LIQADURA | |
| FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| FIO STEINMAN Nº | |
| FIO STEINMAN Nº | |
| GRAMPEADOR CIRÚRGICO | |
| HEMOST. ABSORVÍVEL | |
| KIT. DERIVA. VENTRICULAR | |
| PRÓTESE VASCULAR | |
| KIT. PAM | |
| FIXADOR EXTERNO | |
| Hemostático 4,5 | |
| PARAFUSOS CORTICIS 01 n° 28 | |
| PARAFUSOS CORTICIS 04 n° 30 | |
| PARAFUSOS ESPONJOSOS 01 n° 32 | |
| PARAFUSOS ESPONJOSOS 02 n° 34 | |
| PARAFUSOS MALEOLAR | |
| PARAFUSOS MALEOLAR | |
| PLACA 10x10 F (01) | |
| PLACA | |
| EQUIPAMENTOS | |
| () ASPIRADOR | |
| () BISTURI ELÉTRICO | |
| () CAPNÓGRAFO | |
| () CARDIOMONITOR | |
| () DESFIBRILADOR | |
| () FOCO AUXILIAR | |
| () FOCO CENTRAL | |
| () MICROSCOPIO | |
| () OXÍMETRO DE PULSO | |
| () P.A. INVASIV/ NÃO INVASIVA | |
| () PERFURADOR ELÉTRICO | |
| () SERRA | |
| CIRCULANTE | |
| Circulante | |
| 250 852 | |
| FIMOLASCHE 021-2 | |



**LISTE**

PRONTUÁRIO: 995314

| | | | |
|--|--|--------------------|-----------------------|
| | | El Eliañ El Uña | CRM 3774/PB / 1980 RH |
|--|--|--------------------|-----------------------|

**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. ☒ 1Fem. ☒ 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

as piz de Kirschner m 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

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

Nome: Rafael Nascimento Cardoso BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 23/04/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução Intra-articular de Luxação de Quadril (D) (P) Tração
Cirurgião: Dr. José Márcio 1º Assistente: Dr. Márcio (42) Inseto
2º Assistente: _____ 3º Assistente: Thiery (D)
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Sedação Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|---|-----|
| <u>(D) Luxação de Quadril (D)</u> | |
| <u>(D) Fratura de Pêlo de Femur (D)</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|--|--------|
| <u>(D) Redução Intra-articular de Luxação de Quadril (D)</u> | |
| <u>(D) tração neurológica femoral (D)</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: _____


CRM 16204

João Pessoa, 23/04/17

ALGODÃO S/A Nº
ALGODÃO S/A Nº
ALGODÃO S/A Nº
ALGODÃO S/A Nº

ASSESSORIA

05 OUT. 2010

CONFEITORA DE SEMEIOS



UNIVERSIDADE
FACULDADE DE MEDICINA

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 23/04/17

FRONTUÁRIO: 995714

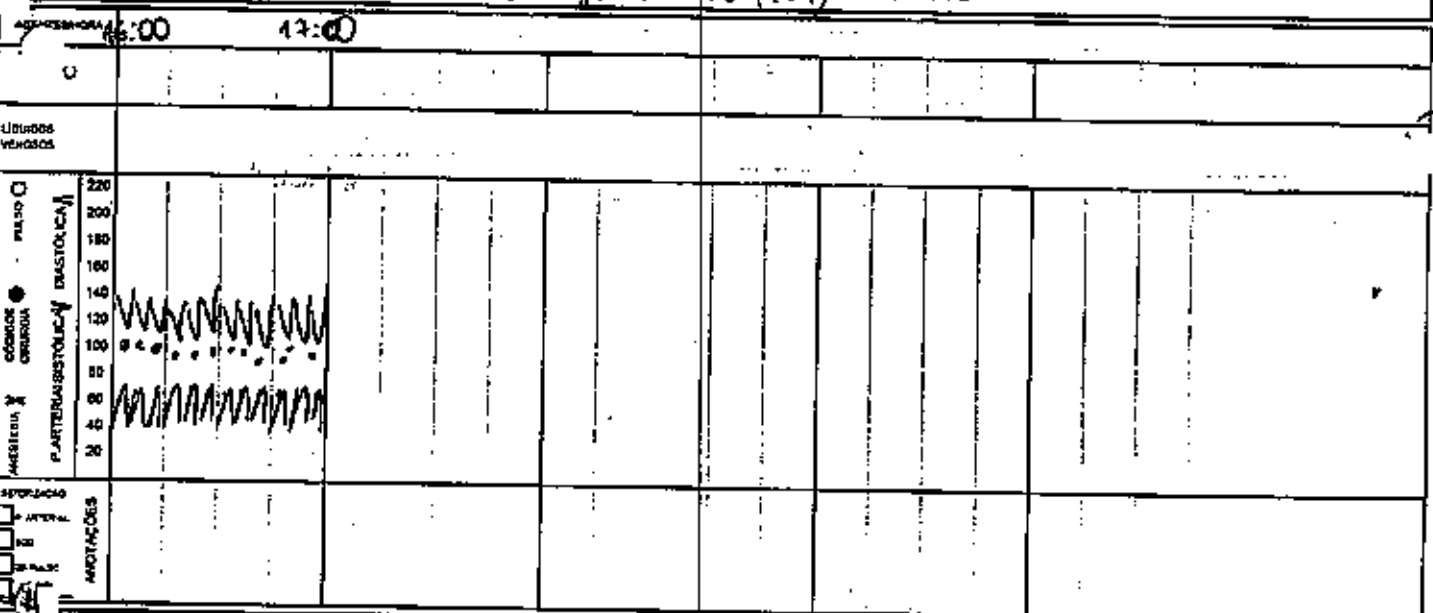
231796

PACIENTE: Rafael Nascimento Cordeiro

SEXO: M COR:

IDADE: 37

| | | | | | |
|--|-------|------------|---|------|-----------------|
| PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | GRUPO SANGÜINEO |
| ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO | | | RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES | | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | | | AP. CIRCULATÓRIO | | |
| AP. DIGESTIVO | | | ESTADO MENTAL | | |
| PRÉ-ANESTÉSICO | | | DROGAS EM USO | | |
| DOSE/HORA | | | ESTADO FÍSICO (ASA) | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | | | Fratura luxação de quadril + Fratura de fêmur D | | |
| CIRURGIA REALIZADA | | | CIRURGIÃO Dr. Martinho Pontes | | |
| INÍCIO DA ANESTESIA 16:00 | | | TÉRMINO DA ANESTESIA 17:00 | | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | QUANT. DE CH. | | |
| ANESTESISTA Dr. Sgoi | | | CPF Dr. Juliana (R1) | | |
| CRM-PB | | | VALORES RS | | |



ANESTESIA GERAL ☐ RACQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☒ OUTROS: Sedação

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

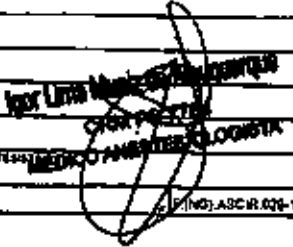
| | | |
|----|------------------|----|
| 1 | Propofol 50mg | 11 |
| 2 | Fentanyl 100mcg | 12 |
| 3 | Droperidol 2.5mg | 13 |
| 4 | Midazolam 2.5mg | 14 |
| 5 | | 15 |
| 6 | | 16 |
| 7 | | 17 |
| 8 | | 18 |
| 9 | | 19 |
| 10 | | 20 |

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura]

Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Antibiose profilática
- ② Paciente em D&H sob anestesia
- ③ Assupção e Antisepsia
- ④ Colocação de campos estéril

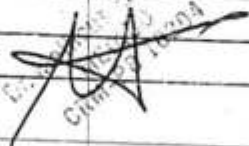
Incisão:

- ⑤ Realizada manobra de redução de quela
sob controle de escopia
- ⑥ Passagem de traço traço regulador tibial
com Fio KC 4.0.

Achados:

- ⑦ RX de controle

Conduta:

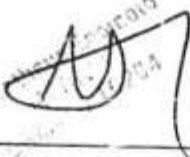


Fechamento:

Observação:



Médico/CRM:



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

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.923.966

NOME RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

DATA DE EXPEDIÇÃO 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 CARTÓRIO RIO DE JANEIRO RJ

ASSINATURA DE RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

LEI Nº 7.111 DE 20/06/1973

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






REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012507610931
 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
 1 0107759498-1 00/00000000 2017

LUZIA GOMES DO NASCIMENTO

57906882415 OFA5191/PB

NOVO 2ª ANO 1ª FASE PB 9C2JB0100GR109609

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/POP 110I 2015 2016

2 P/109 /CI PARTIC BRANCA

00/00/0000 03/04/2017

00/00/0000 03/04/2017

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JACARA 419 03/04/2017 2241

CONTRAB

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, E PESSOAS TRANSPORTADAS, OUTRA, DE SEGURO DPVAT

PB Nº 012507610931 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUZIA GOMES DO NASCIMENTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodobrasil.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1264

2017 03/04/2017

LUZIA GOMES DO NASCIMENTO

57906882415 OFA5191/PB

01077594981 HONDA/POP 110I

PRÊMIO TARIFARIO 9C2JB0100GR109609

2015 9

CUSTO DO BILHETE 03 *****

SEGURO P A G O

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

2241-194136420170408

CONTRAB



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

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 Jaraguá UF PB CEP 58278-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (93) 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 DE 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, ACESSE 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 _____