

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07226

CONTA: 000000020810-1

Autenticação:

E82B80EACC20A3EA647104702A28E3D16942FF11BFDEC46F0E5480E1CE1A6088

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147247/20

Número do Sinistro: 3200189226

Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

CPF: 104.338.094-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/12/2019

Titular do CPF: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS : 104.338.094-93

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/07/2020
Nome: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS
CPF: 104.338.094-93

IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leandro Benvenuto da Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350174

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71071021083148114718

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/08/91Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

marizete m. da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 11 11 11

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

89981815609

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

89981815609

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra da Peches 3. Rod

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Joaquim do Monte

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2613305

18 - UF

PE

19 - CEP

55640000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Politrauma, evoluí com peritonite
0407010238/K 313/5d
0407030123/5360/5d

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma Abdominal

24 - CID 10 PRINCIPAL

S361

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0411510310113

29 - CLÍNICA

cirurgia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgência

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

X

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29838467842

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

marcelo f. m. pereira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/12/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

PE-40-C04

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldenir Soares da Silva
CRM 7169**PROTOCOLO**
AGENCIA RECIFE**262010384105-8**

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Szários Joremiões dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350574

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7024021083483478**26/08/91**

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maurice Maria da Silva

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

///

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

819 81815669

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra do Riocho 3 - Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sto Joaquin do Monte

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2613305

18 - UF

PE

19 - CEP

55561000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Paciente submetido para retirada de compressas em região de lesão
hepática, nódulo - pré-massa esquerda e direita.****0407030140/5361/6d
0407040250/K658/5d**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

**Paciente no 3º DPO LE + Explematomia + controle de danos de lesão hepática
+ pancreática (8 compressas) + drenagem conservadora.**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

S361

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

29 - CLÍNICA

Ute

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ALGX RICART**07/12/19**

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

**Dr. Alex Bera
Cirurgião Geral
CRMPE 25808****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

PE-40-034

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldemir Soares da Silva



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João José de S. Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350374

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710741020834814718

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/08/91

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Margot M. da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

819 81815463

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra do Riocho zona Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

João Pessoa

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2613305

18 - UF

PE

19 - CEP

55670000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma abdominal fechado. No 16º DPO de uma lesão traumática exploratória + DE + TC + referida de compressão. Evolui com possível hemorragia, febre persistente, sinais de infecção purulenta em ferida operatória.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

clínica + exames complementares

0407040188/K 660/62

0412040166/3272/52

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TAC ABDOME TOTAL COM CONTRASTE

0407040030/T 814/52

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma abdominal fechado

24 - CID 10 PRINCIPAL

S272

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

23/12/19

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

PE-40-C04

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

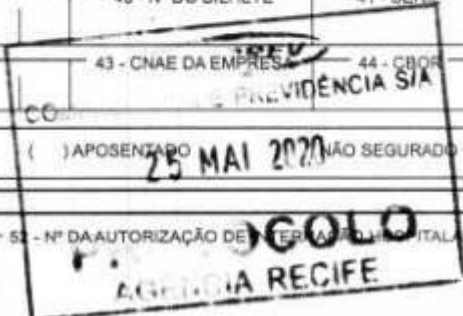
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldenir Soares da Silva



262010384107-0



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 567873

Prontuário: 350174

Nome: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Data Nasc.: 26/08/1991

Idade: 28

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 707402083481478

Endereço: VILA BARRA DO RIACHAO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SAO JOAQUIM DO MONTE

Nº: 0

Estado: PE

CEP: 55670000

Fone: 81815469

Profissão:

Nome da Mãe: MARIZETE MARIA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 04/12/2019 06:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Perda de visão de visão, com queixa
em Tórax, Abdome e Membros, Nega perda de consciência, no leito
Vermelho

Exame Físico:

A) Visão de visão, Sit 98% Membro

PA: 127/70

FC:

FR:

Sua de visão

B) Membro Vermelho

C) PA 127/70, Membro Vermelho, Membro Vermelho, Membro Vermelho

D) Glaucoma 15, Membro Vermelho

Diag. Provisório:

E) Membro Vermelho

HTC de visão, Tórax e Membro

Dr. David Christian
Médico Cirurgião Geral
CRM-PE: 23471

Prescrição:

Dieta:

Data:

04/12/2019

PA = 130x70

SatO₂ = 98%

FC = 97bpm

Membro Vermelho

04/12/19

05:20h

Chego ao plantão e encontro paciente em sala
vermelha queixando de dor abdominal intensa
relato de hematemese.

Paciente com FC: 120bpm PA = 120x70 - HT

Abdome doloroso difusamente com aumento
peritonal (DB (+) difuso)

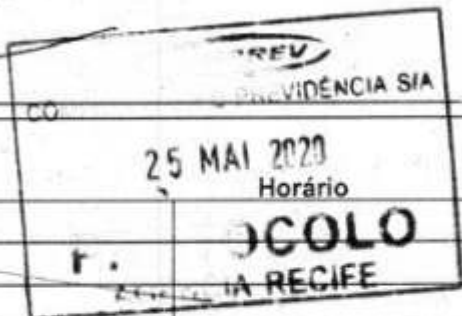
Bruco abdominal

Tórax: muco (+) bilobulado S/R.

FS, PIR, S/defeitos focais.

1 de 2

CO. SGO, 1000ml EV Agor
Indica 1E





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

BHK Chamado ao BC para
04/12/18 avaliação de paciente vítima
10:20 de acidente de trânsito. Paciente
entulhado em pontos curvos de curv.
Apresenta ferimento contuso em nariz
Exame clínico de ferimento prejudicado
pelo local curv.
CONCLUSÃO: Ferimento de ferimento.
Proceder posterior
T. ferimento contuso
paciente com o ferimento

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Diag. Definitivo: _____

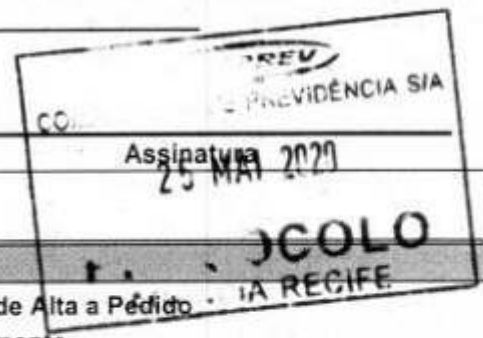
Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

10

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: ZANES, JOSEMAR DO SANTO

Nº do Registro: 350174

Clínica: B - Cirurgia Geral

Nº do Leito:

Operador: Dra. Monah Fabrik Mendes Porto

1º Assistente: Dr. Tiago

2º Assistente: Dr. Wenderson (R.)

Instrumentador:

Anestesista: Dra. Priscila

Anestesia: Geral

Duração:

Data da Operação: 04/12/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Trauma Abdominal Fechado

Diagnóstico Pós-Operatório: Laceração hepática + laceração esplênica +

lesão contusa de corpo de cabeça e pinças com

Operação Proposta: UE

laceração em cda perineurética,

laceração do músculo em piloro

Operação Realizada:

A mesma + hemostase com fulguração de vasos hepáticos + esplenectomia + laparoscopia com 3 compressas.

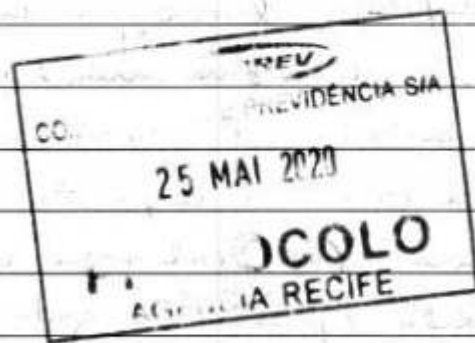
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

COLO

REGISTRO

- Assepsia + antissepsia + colocação de campos estéreis
- Iniciamos mediana supra e infra umbilical e disseca por plano até cavidade abdominal
- Inventário: hemoperitônio idiomorfo, laceração hepática junto ao ligamento falciforme e fragmento II/III, laceração esplênica junto ao hilo, laceração de camada seromuscular em piloro, hemostase em sítio contuso do esplênico e musculatura transverso, lesão contusa de cabeça e corpo de pinças com laceração em cda perineurética
- Realizada esplenectomia com ligadura de vasos do hilo esplênico e gástrico com algodão
- Eleb-fulguração hepática e ligadura de vaso intra hepático em laceração junto ao ligamento falciforme (cabeça glporm)
- Sutura da laceração de camada seromuscular em piloro com prolene 3-0
- Realizada manobra de cotel e

e Kocher - não vascularizado leito duplo ⑨ Cordão
alças de dilgado e ovalado colares ascendente, transversos,
descendente, sigmoide, ceco e reto - sem leões; bexiga
sem leões; ausência de bexiga retroperitoneal em
zonas II e III. ⑩ Devido a peristaltica de sangramento
hepático e retrocavidade dos splênos, optado por enge-
stomização com congênitos → 2 subfrenicas ⑤, 2
subfrenicas ⑥, 1 infra-hepática, 1 ceco leão gordo e
ligamento falciforme e 2 em retrocavidade dos splênos
(8 congênitos). ⑪ Sutura da gônada com nylon 1 e
sutura da pele 4 nylon 30.



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

564994

REG: 350174 BLOCO CIRURGICO AT ~~000000~~

PACIENTE: Izias formoso dos Santos REGISTRO Nº 341045

SALA CIRURGICA Nº 04 DATA 07/12/19

CIRURGIA: L.E. e Retirada de Compura CIRURGIÃO: Bulo Porto

ANESTESIA: geral ANESTESIOLOGISTA: Thales Portela

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado	01	
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%				Eletrodo p/ Monitorização	05	
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado 1		01
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
00	Soro Fisiológico				Fio de Nylon 3.0	04	07
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol				Gase 7,5x7,5	10	
	Tenoxican				Lâmina de Bisturi	24	02
01	Pancuronio				Luvas Estéreis 7,0		
02	Bolsa de Lavagem				Luvas Estéreis 7,5	04	
					Luvas Estéreis 8,0		
					Seringa 5ml	01	
					Seringa 10ml	01	
					Seringa 20ml		
					Sonda de Folev	22	01
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração	02	
					Complexo PTE 15		01
					Dreno de Penrose 3		02
					Dreno de Penrose 4		02
					Fio de Cateter	3	02
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

25 MAI 2020

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Paciente: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

AT: 567994

Clínica: Cirurgia Geral

REG.: 350174

Operador: Dr. PAULO PORTO

1º Assistente: Dr. WENDSTEYNE LIMA(MR1)

2º Assistente: Dr. ISSAC JÚNIOR

Instrumentador: ~~Dr. Bruno Duarte (MR1)~~

Anestesista: Dra. TALES PORTELA

Anestesia: Geral

DATA: 07/12/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: LE + Esplenectomia + Controle de danos de lesão hepática e Pancreática (8 compressas) + drenagem cavitária

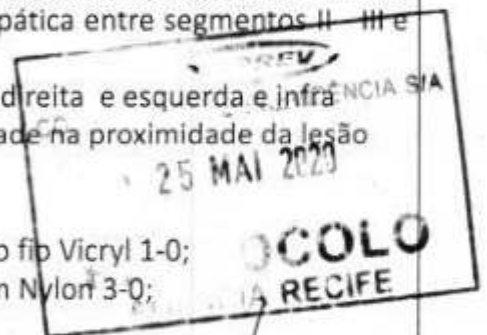
Diagnóstico Pós-operatório: LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária

Operação Proposta: LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária + síntese de parede abdominal

Operação Realizada: a mesma

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral;
2. Assepsia e antisepsia + aposição de campos cirúrgicos estéreis;
3. Abertura de pontos da pele e da aponeurose com tesoura;
4. Achados: Presença de importante quantidade de secreção biliar em cavidade abdominal após abertura de aponeurose, com presença de partículas fibrinosas produto de degradação por enzimas pancreato-biliares. Fígado sem sangramento ativo e apresentando bilioma subcapsular não roto;
5. Realizado: Lavagem exaustiva da cavidade abdominal com soro fisiológico morno e retirada de compressas em região de loja hepática, Sub-frênica esquerda e direita, bem como na retrocavidade, perfazendo um total de 08 compressas. Rompimento de bilioma com aspiração de seu conteúdo e sutura de laceração Hepática entre segmentos II, III e IV de Couinaud com Catgut 1.
6. Aposição de drenos túbulo laminares em região subfrênica direita e esquerda e infra-hepática direita próxima à lesão suturada, e em retrocavidade na proximidade da lesão pancreática;
7. Revisão da hemostasia;
8. Fechamento de aponeurose em pontos contínuos utilizando fio Vicryl 1-0;
9. Fechamento da pele em pontos descontínuos à Donatti com Nylon 3-0;
10. Curativo.



Dr. Wendsteyne Lima
Cirurgia Geral
CRM: 21199

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Atend 567994

Início 09:00hs BLOCO CIRÚRGICO Término 12:45h
 PACIENTE: *Jaia Josemarino dos Santos* REGISTRO Nº *350174*
 SALA CIRÚRGICA Nº *06* DATA *04/12/19*
 CIRURGIA: *Laparotomia Exploradora +* CIRURGIÃO: *Dr. Menah + Dr. Thiago César*
esplenectomia
 ANESTESIA: *geral* ANESTESIOLOGISTA: *Dia Brucila*

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<i>TX</i>	Oxigênio		-	<i>25x07</i>	Agulha Descartável	<i>01</i>	<i>06</i>
<input type="checkbox"/>	Água Destilada		<i>04</i>		Agulha para Pendura		
<input type="checkbox"/>	Atropina		<i>03</i>		Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
<i>1</i>	<i>Cefazolina 1g leftua zona discedita</i>				Atadura Crepom n.º 10		<i>02</i>
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		<i>01</i>
<i>1</i>	Dezametasona 4mg		<i>01</i>		Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco			<i>1</i>	Coletor de Urina Aberto		<i>01</i>
	Dipirona			<i>1</i>	Coletor de Urina Fechado		<i>01</i>
<i>1</i>	Etilefrina		<i>01</i>	<i>1</i>	Dreno <i>perroze n.º 4</i>		<i>01</i>
	Glicose 50%			<i>1</i>	Eletrodo p/ Monitorização		<i>05</i>
	Lidocaina			<i>1</i>	Equipo para Sangue		<i>02</i>
<i>1</i>	Metoclopramida		<i>01</i>		Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
<i>1</i>	Prometazina <i>Furosemida</i>		<i>01</i>		Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			<i>1</i>	Fio de 3,0		<i>01</i>
	Ringer co Lactato			<i>1</i>	Fio de Algodão <i>0</i>		<i>02</i>
<input type="checkbox"/>	Soro Fisiológico		<i>02</i>	<input type="checkbox"/>	Fio de Nylon <i>3,0</i>		<i>05</i>
	Soro Glicosado			<i>1</i>	Fio de Polipropileno <i>3,0</i>		<i>01</i>
	Succinato de Estriol			<i>1</i>	Gase 7,5x7,5		<i>15</i>
	Tenoxicam			<i>1</i>	Lâmina de Bisturi <i>n.º 24</i>		<i>02</i>
<i>1</i>	usatracium		<i>02</i>	<i>1</i>	Luvas Estéreis <i>6,5</i>		<i>02</i>
<i>1</i>	sevoferum		<i>01</i>	<input type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,5		<i>03</i>
<i>1</i>	Prepocel		<i>01</i>	<input type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 8,0		<i>04</i>
<i>1</i>	Suamtelomo		<i>01</i>	<input type="checkbox"/>	Seringa 5ml		<i>02</i>
<i>1</i>	Aluvas de macedimentos		<i>10</i>	<input type="checkbox"/>	Seringa 10ml		<i>05</i>
<i>1</i>	Lidocaina gelida esteril		<i>01</i>		Seringa 20ml		
<i>200ml</i>	alcohol 70%		-	<i>1</i>	Sonda de Foiev <i>n.º 16</i>		<i>01</i>
<i>200ml</i>	Floridina degormante		-	<i>1</i>	Sonda Endotraqueal <i>n.º 7,5</i>		<i>01</i>
<i>1</i>	esparachapo		<i>01</i>	<i>1</i>	Sonda Nasogástrica <i>n.º 20</i>		<i>01</i>
<i>1</i>	Fio algodão 3,0		<i>01</i>	<i>1</i>	Sonda Uretal <i>n.º 14,22</i>		<i>02</i>
<i>1</i>	auraspono		<i>01</i>	<i>1</i>	Tubo para Aspiração		<i>01</i>
<i>1</i>	fio de vinyl 1,0		<i>02</i>	<i>1</i>	fio		<i>01</i>
<i>1</i>	latão para subclavia		<i>01</i>	<i>1</i>	traqueia		<i>01</i>
<i>1</i>	lidocaina gelida esteril		<i>01</i>	<i>1</i>	borracha cláster		<i>03</i>
				<i>1</i>	borrachas		<i>15</i>
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

25 MAI 2020
 CATETER PARA SU... LOTE: 33670
 CRIADO: CTT20BN
 REG. ANVISA: 10186320019
 FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA
 www.biomedical.ind.br
 11-3944-5555
COLO
 A RECIFE

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

ORA
 Prefeitura: 350174
 Nome: JAIA JOSEMARINO DOS SANTOS
 Selo: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
 ABO-RN Paranaíba

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Atencl. 521553

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: IZAIAS JOSE MARIO dos santos REGISTRO Nº 350174
 SALA CIRÚRGICA Nº 06 Respet + Drenagem Torácica + Curativo
 CIRURGIA: lap. exploratório + limpeza CIRURGIÃO: Dr. Paulo Porto Wendsteyne
 ANESTESIA: cezal ANESTESIOLOGISTA: Dr. Raulni

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<u>su</u>	Oxigênio			<input type="checkbox"/>	Agulha Descartável 25x7		
<u>1</u>	Água Destilada			<u>1</u>	Agulha para Pendura 40x12		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
<u>01</u>	Clonidina			<u>01</u>	Cateter para Oxigênio		
<u>01</u>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona			<u>01</u>	Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina			<u>01</u>	Dreno TORAX Nº 32		
	Glicose 50%			<u>05</u>	Eletrodo p/ Monitorização		
<u>01</u>	Lidocaina <u>sl/uso</u>			<u>01</u>	Equipo para Sangue		
<u>01</u>	Metoclopramida				Equipo para Soro		
<u>03</u>	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			<u>1</u>	Fio de Aço Polene 0		
	Ringer co Lactato			<u>1</u>	Fio de Algodão 3-0		
<u>11</u>	Soro Fisiológico			<u>21</u>	Fio de Nylon 2-0		
	Soro Glicosado			<u>1</u>	Fio de Polipropileno 4-0		
	Succinato de Estriol			<u>177</u>	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			<u>01</u>	Lâmina de Bisturi 12-24		
<u>01</u>	<u>Quelicion</u>			<u>1</u>	Luvas Estéreis 7,0		
<u>1</u>	<u>propofol</u>			<input type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,5		
<u>01</u>	<u>Umbilical</u>				Luvas Estéreis 8,0		
<u>1</u>	<u>torácico</u>				Seringa 5ml		
					Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
				<u>01</u>	Sonda de Foiey 12-16		
				<u>01</u>	Sonda Endotraqueal 12-15		
<u>02</u>	<u>gase de colostomia</u>			<u>01</u>	Sonda Nasogástrica 12-20		
<u>11</u>	<u>compressas 10x5</u>			<u>01</u>	Sonda Uretal 12-14		
<u>01</u>	<u>equipo transiluminador</u>			<u>1</u>	Tubo para Aspiração		
<u>02</u>	<u>extorç p/ drenagem</u>			<u>su</u>	<u>eloxe de</u>		
<u>02</u>	<u>dreno peritórax 12-03</u>			<u>1</u>	<u>calcetola 17-01</u>		
<u>02</u>	<u>Sonda Foley 12-22</u>			<u>1</u>	<u>esparadrapo</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião
 Dr. Wendsteyne Lima
 Médico

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Mario José S. Teixeira
 Tec. de Enfermagem
 COREN-PE 364.544

VIDÊNCIA SIA

25 MAI 2021

COLO
 RECIFE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189226 **Cidade:** Agrestina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/12/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA - ESPLENECTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P6/9/10

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147247/20

Número do Sinistro: 3200189226

Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

CPF: 104.338.094-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/12/2019

Titular do CPF: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS : 104.338.094-93

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/07/2020
Nome: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS
CPF: 104.338.094-93

IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189226

Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3100189226 3 - CPF da vítima: 10433809493 4 - Nome completo da vítima: João Josémarão dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Josémarão dos Santos 6 - CPF: 10433809493
7 - Profissão: revisor-se 8 - Endereço: Rua Barra do Riachão 270 9 - Número: 270 10 - Complemento:
11 - Bairro: St. Barra do Riachão 12 - Cidade: São Joaquim do Monte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55670.000
15 - E-mail: 81 992583087 16 - Tel.(DDD): 81 992583087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: 7226 CONTA: 20810 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Ascensão (variação)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós/vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, sem a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: JOÃO JOSÉMARÃO DOS SANTOS
CPF: 10433809493
Assinatura da testemunha: JOÃO JOSÉMARÃO DOS SANTOS
39 - 2ª | Nome: JOÃO JOSÉMARÃO DOS SANTOS
CPF: 10433809493
Assinatura da testemunha: JOÃO JOSÉMARÃO DOS SANTOS

40 - Local e Data: São Joaquim do Monte - PE, 06/07/2029

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20001478B01



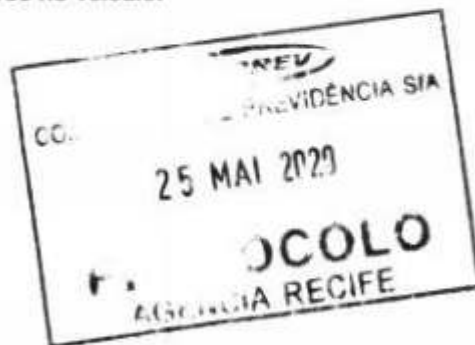
Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Documento assinado eletronicamente por ROMÃO MARCILIO, matrícula 1515324, Policial Rodoviário Federal, em 09/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20001478B01 e o número de controle EA49F8D68FC6FE3D70094850AAB842.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20001478B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 04/12/2019 Hora: 05:45 Município: AGRESTINA/PE
BR: 104 KM: 78,3 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: ROMAO MARCILIO, 1515324
Relatório confeccionado com base no processo administrativo nº: 08654023219201912

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS - SEM IMAGEM

NARRATIVA

Conforme informações contidas em requerimento do processo SEI 08654.023219/2019-12, no dia 04/12/2019, por volta das 05h40 hs, no km 78 da BR 104, na subida da Serra da Quitéria, em Agrestina-PE, ocorreu um acidente do tipo colisão traseira com dois feridos. Os veículos envolvidos foram: a motocicleta Honda CG 150 (V1) e um veículo não identificado (V2). Relata o requerente que ele seguia como passageiro em V1 no sentido (Caruaru). Ao chegar na Serra da Quitéria, encontrou uma fila de veículos em marcha lenta. O condutor de V1 seguia essa fila, quando, repentinamente, um veículo inicia uma ultrapassagem e retorna de forma brusca, à frente de V1. É quando o condutor de V1 é surpreendido por este veículo, não consegue parar e colide na traseira dele. Condutor e passageiro de V1 caem feridos na pista. O veículo não identificado, segue em frente, sem prestar socorro às vítimas. Após isso, foi acionado o SAMU, que fez o socorro dos mesmos, levando-os ao Hospital Regional do Agreste. Observações:- Todas as informações descritas acima, estão em Requerimento de Solicitação de Confeção de Boletim de Acidente constante no processo SEI 08654.023219/2019-12.- Há também no referido processo, documento do SAMU e do HRA que confirmam que os envolvidos foram vítimas de acidente de trânsito naquela data.



Documento assinado eletronicamente por ROMAO MARCILIO, matrícula 1515324, Policial Rodoviário Federal, em 09/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20001478B01 e o número de controle E46F8D68FC6FE3D70094950AAB842.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20001478B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE

Local do feito



← CARUARU

AGRESTINA →

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	V1
2	Queda de ocupante de veículo	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - KLU2593 - MOTOCICLETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por ROMÃO MARCILIO, matrícula 1515324, Policial Rodoviário, em 09/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20001478B01 e o número de controle EA49F8D68FC6FE3D70094950AAB842.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20001478B01

Placa: KLU2593 Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Renavam: 00966637119
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9C2KC08108R188500 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Cinza
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Todas as informações descritas acima, estão em Requerimento de Solicitação de Confecção de Boletim de Acidente constante no processo SEI 08654.023219 /2019-12.



Documento assinado eletronicamente por ROMÃO MARCILHO, matrícula 1515324, Policial Rodoviário Federal, em 08/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pf.gov.br/novcbat/autenticar>, informando o protocolo 20001478B01 e o número de controle EA40F8D6BFC8FE3D70094960A8B42.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CELPE

NOTA FISCAL • Fatura • Conta de Energia Elétrica

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111, Rua Vitor, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.830.032/0001-00. Itac. E-mail: 007943-03. www.celpe.com.br

SACOS DO CLIENTE

MARTINE MARIÁ DA SILVA

CPF 573.564-614-04

CLASSIFICAÇÃO

IN FIDUCIARIA
RESIDENZIALE
MONTECATINI

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HUGO DE OLIVEIRA, 270

SITE: RANHA DO RIAZINHA, JUAZEIRO DO NORTE
SAO JOAQUIM DO MONTE PE
5570-000

7003684622	12/2019
24/12/2019	14/01/2020
TOTAL A PAGARE (€)	73,58

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Consumo Abon(1/Mo)	44.0000000	2,75727874	121,51
Adesante Bancaria AMARELO A			0,70
Adesante Bancaria VERDE LHA			2,32
Copier 3000 Publica Municipal			4,00
ICMS Substancia-LEI-15-15/02-15/02/15			0,55
Multa por atraso NF 084086181 - 14/11/15			1,57
Multa por atraso NF 084086181 - 14/11/15			0,83
Atualizacao GPA-15-084086181 - 14/11/15			2,11

TOTAL DA FATURA

TX-50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		Atual		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
71535692	CA	14-11-2019	12-30	17-11-2019	625,00	31	110000		94,00

© 1999 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 245: 105–112

Gene	Log ₂ fold change
SLC11A	34
MDM1B	32
CD471A	30
CD71B	25
ARG1B	24
SLC11A	20
SLC11A	25
CD471A	18
ADAM1B	22
MDM1B	30
FEI1B	30
CD471A	21
CD471B	20

<http://www.sagepub.com>

	ISAF-IR CALCULADO	%	WORLD IMPORT
	66.72	4.66	1438
	66.72	0.66	1438
(b)	66.73	2.60	1438

Copyright Clearance Center
222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923
Tel: (978) 750-8400 Fax: (978) 750-4744
www.copyright.com

Gerapagos de Energia	RS	10,24	11,78%
Transmissao	RS	2,40	3,71%
Dist. Bacia (Cabo)	RS	12,10	14,82%
Perdas da Energia	RS	4,70	5,72%
Preargos de outros	RS	3,50	4,35%
Tributacao	RS	16,20	20,44%
Total	RS	50,14	100%

Chrysomelids

2007-03-29 09:54:43

© 2000 Blackwell Science Ltd

Address: 6000 Westpark Drive, Suite 200, Dallas, TX 75225

7841 J. J. G. R. D. C. 200 4000 850 1 40 40 204

INFORMAZIONE IMPORTANTE

Small text at the bottom of the page, likely a copyright notice or publisher information.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

Detachable (Removable) 4000, 4140000 Series product
 4000 Series products are built on
 a common 4000 Series platform
 and are designed to be used in
 a variety of applications.

DREMS DE CARGAMENTO DAS FERRAMENTAS					DREMS DE TUBO		
CARGAMENTO	VALOR MATERIAL	LIMITE MATERIAL	LIMITE FABRICAÇÃO	LIMITE TOTAL	TENSÃO NOMINAL (N)	LIMITE DE VARIAÇÃO (N)	
						inferior	superior
INC	0,00	0,29	11,02	21,94	220	203	231
ENC	0,00	0,62	8,88	13,70			
CONC	0,00	0,00	0,00	0,00			

0-000000-000000 0-000000

收稿日期: 2006-03-20; 修回日期: 2006-05-10

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

25 MAI 2020

PR. COLO
AGENCIA RECIFE

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leandro Benvenuto da Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350174

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7107102108314811478

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/08/91Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

marizete m. da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

89981815609

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra do Piraí 3. Rod

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Joaquim do Monte

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2613305

18 - UF

PE

19 - CEP

55640000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Politrauma, lesão com pentonite
0407010238/4313/5d
0407030123/5360/5d**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma Abdominal

24 - CID 10 PRINCIPAL

S361

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0411510310113

29 - CLÍNICA

urgência

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgência

31 - DOCUMENTO () CNES () CPF

X

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29838467842

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

marcelo f. m. pereira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/12/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

PE-40-C04

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PROTOCOLO AGENCIA RECIFE**262010384105-8**

48 - DOCUMENTO () CNES () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldenir Soares da Silva**0267169**

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Szários Joremiões dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350574

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70240210813481478**26/08/91**

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maurice Maria da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

///

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE **819 81815669**

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra do Rio das J. Paul

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sto Joaquin do Monte

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2613305

18 - UF

PE

19 - CEP

55561000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Paciente submetido para retirada de compressas em região de lesão
hepática, nódulo - pré-massa esquerda e direita.****0407030140/5361/6d
0407040250/K658/5d**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

**Paciente no 3º DPO LE + Explematomia + controle de danos de lesão hepática
+ pancreática (8 compressas) + drenagem conservadora.**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

S361

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

29 - CLÍNICA

Ute

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ALGX RICART**07/12/19**

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

**Dr. Alex Bera
Cirurgião Geral
CRMPE 25808****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

PE-40-C34

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldenio Soares da Silva

**SUS****Sistema
Único de
Saúde****Ministério
da
Saúde****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João José da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350374

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

410741020834814718

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/08/91

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Margot M. da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

81981815463

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra do Riocho zona Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Joazeiro do Monte

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2613305

18 - UF

PE

19 - CEP

55670000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma abdominal fechado. No 16º DPO de uma lesão traumática exploratória + DE + TC + referida de compressão. Evolui com possível hemorragia, febre persistente, sinais de infecção purulenta em ferida operatória.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clínica + exames complementares**0407040188/K660/62
0412040166/3272/52**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TAC ABDOME TOTAL COM CONTRASTE**0407040030/T814/52**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma abdominal fechado

24 - CID 10 PRINCIPAL

S272

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

23/12/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

PE-40-C04

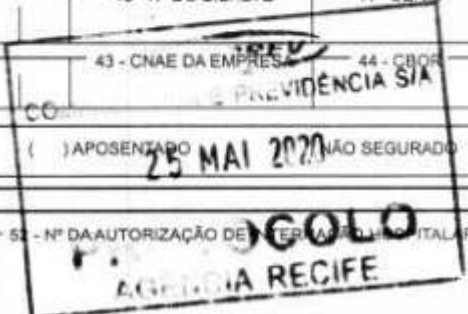
48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldenir Soares da Silva**262010384107-0**



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 567873

Prontuário: 350174

Nome: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Data Nasc.: 26/08/1991

Idade: 28

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 707402083481478

Endereço: VILA BARRA DO RIACHAO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SAO JOAQUIM DO MONTE

Nº: 0

Estado: PE

CEP: 55670000

Fone: 81815469

Profissão:

Nome da Mãe: MARIZETE MARIA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 04/12/2019 06:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Doença Vítima de Colisão com Carro, em Rua
em Toror, Nôdo e Mandado, Nôdo de Colisão, no lado
Vestido

Exame Físico:

A) Vítima de Colisão, Sit 98% Intubado

PA: 120/70

FC: FR:

Sua de Colisão

B) Vítima de Colisão, Sit 98% Intubado

C) PA 120/70, Nôdo de Colisão, Nôdo de Colisão, Sit 98% Intubado

D) Glaxo 15, Nôdo de Colisão

Diag. Provisório:

E) Sit 98% Intubado

HTC de Colisão, Toror e Nôdo

Dr. David Christian
Médico Cirurgião Geral
CRM-PE: 23471

Prescrição:

Dieta:

Data:

04/12/2019

PA = 130x70

SatO₂ = 98%

FC = 97bpm

H. Cirurgia geral

04/12/19

05:20h

Chego ao plantão e encontro paciente em sala
vermelha querendo de do abdominal intenso
relato de hemorragia.

Paciente com FC: 120bpm PA = 120 x 70 - Hg

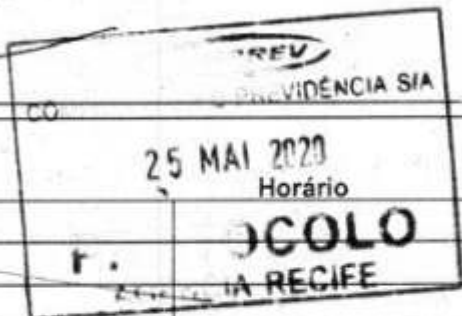
Hemograma doloroso difusamente com aumento
anormal (DB (+) difuso)

Paciente intubado

Toror: mvd (+) bilobulado S/R.

FIS, PIR, S/defeitos focais.

CO. SGO, 9. 1000ml EV Agor
Indica 1E





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

BHK Chamado ao BC para
04/12/18 avaliação de paciente vítima
10:20 de acidente de trânsito. Paciente
entulhado em pontos curvos de curv.
Apresenta ferimento contuso em nariz
Exame clínico de ferimento apresentado
pelo lado curv.
CONCLUSÃO: Ferimento de ferimento.
Ponto de ferimento
Ponto de ferimento

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Diag. Definitivo:

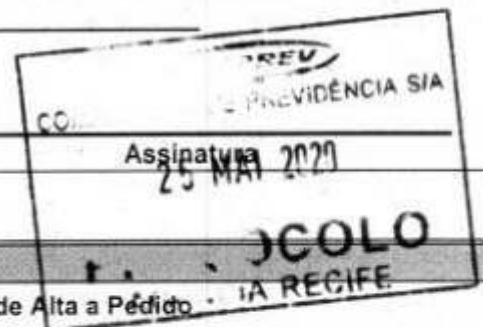
Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

10

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: ZANAS, JOSEMAR DO SANTO

Nº do Registro: 350174

Clínica: B - Cirurgia Geral

Nº do Leito:

Operador: Dra. Monah Fabrik Mendes Porto

1º Assistente: Dr. Tiago

2º Assistente: Dr. Wenderson (R.)

Instrumentador:

Anestesista: Dra. Priscila

Anestesia: Geral

Duração:

Data da Operação: 04/12/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Trauma Abdominal Fechado

Diagnóstico Pós-Operatório: Laceração hepática + laceração esplênica +

lesão contusa de corpo de cabeça e pinças com

Operação Proposta: UE

laceração em cda perineuticas,

laceração s/m muscular em piloro

Operação Realizada:

A mesma + hemostase com fulguração de vasos hepáticos + esplenectomia + laparoscopia com 3 compressas.

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

COLO

REGISTRO

- Assepsia + antissepsia + colocação de campos estéreis
- Iniciamos mediana supra e infra umbilical e disseca por plano até cavidade abdominal
- Inspeção: hemoperitônio aderente, laceração hepática junto ao ligamento falciforme e fragmento II/III, laceração esplênica junto ao hilo, laceração de parede s/m muscular em piloro, hemostase em sítio contuso do esplão e musculatura transverso, lesão contusa de cabeça e corpo de pinças com laceração em cda perineuticas
- Realizada esplenectomia com ligadura de vasos do hilo esplênico e gástrico com algodão
- Eleb-fulguração hepática e ligadura de vaso intra hepático em laceração junto ao ligamento falciforme (cabeça glporm)
- Sutura da laceração de parede s/m muscular em piloro com prolene 3-0
- Realizada manobra de cotrel e

e Kocher - não vascularizado leito duplo ⑨ Cordão
alças de dilgado e ovalado colares ascendente, transversos,
descendente, sigmoide, ceco e reto - sem leões; bexiga
sem leões; ausência de bexiga retroperitoneal em
zonas II e III. ⑩ Devido a peristaltica de sangramento
hepático e retrocavidade dos splênos, optado por enge-
stomização com congênitos → 2 subfrenicas ⑪, 2
subfrenicas ⑫, 1 infra-hepática, 1 ceco leão junto a
ligamento falciforme e 2 em retrocavidade dos splênos
(8 congênitos). ⑬ Sutura da gônima com nylon 1 e
sutura da pele 4 nylon 30.



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

564994

REG: 350574 BLOCO CIRURGICO AT ~~000000~~

PACIENTE: Izias formoso dos Santos REGISTRO Nº 341045

SALA CIRURGICA Nº 04 DATA 07/12/19

CIRURGIA: L.E. e Retirada de Compura CIRURGIÃO: Bulo Porto

ANESTESIA: geral ANESTESIOLOGISTA: Thales Portela

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado	01	
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%				Eletrodo p/ Monitorização	05	
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado 1		01
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
00	Soro Fisiológico				Fio de Nylon 3.0	07	07
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol				Gase 7,5x7,5	10	
	Tenoxicam				Lâmina de Bisturi	24	02
01	Pancuronio				Luvas Estéreis 7,0		
02	Bolsa de Lavagem				Luvas Estéreis 7,5	04	
					Luvas Estéreis 8,0		
					Seringa 5ml	01	
					Seringa 10ml	01	
					Seringa 20ml		
					Sonda de Folev	22	01
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração	02	
					Completa PTE 15		01
					Dreno de Penrose 3		02
					Dreno de Penrose 4		02
					Fio de Cateter	3	02
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

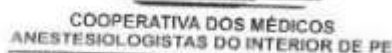
Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

25 MAI 2020

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



No. 10269.

50=2 00007 25000. July 2003

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Paciente: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

AT: 567994

Clínica: Cirurgia Geral

REG.: 350174

Operador: Dr. PAULO PORTO

1º Assistente: Dr. WENDSTEYNE LIMA(MR1)

2º Assistente: Dr. ISSAC JÚNIOR

Instrumentador: ~~Dr. Bruno Duarte (MR1)~~

Anestesista: Dra. TALES PORTELA

Anestesia: Geral

DATA: 07/12/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: LE + Esplenectomia + Controle de danos de lesão hepática e Pancreática (8 compressas) + drenagem cavitária

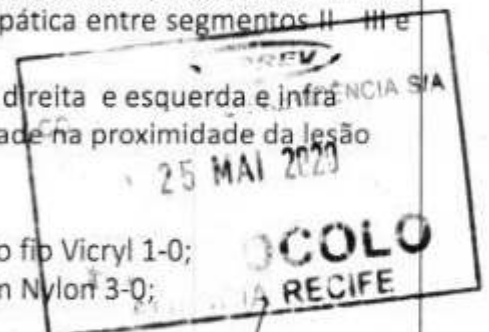
Diagnóstico Pós-operatório: LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária

Operação Proposta: LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária + síntese de parede abdominal

Operação Realizada: a mesma

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral;
2. Assepsia e antisepsia + aposição de campos cirúrgicos estéreis;
3. Abertura de pontos da pele e da aponeurose com tesoura;
4. Achados: Presença de importante quantidade de secreção biliar em cavidade abdominal após abertura de aponeurose, com presença de partículas fibrinosas produto de degradação por enzimas pancreato-biliares. Fígado sem sangramento ativo e apresentando bilioma subcapsular não roto;
5. Realizado: Lavagem exaustiva da cavidade abdominal com soro fisiológico morno e retirada de compressas em região de loja hepática, Sub-frênica esquerda e direita, bem como na retrocavidade, perfazendo um total de 08 compressas. Rompimento de bilioma com aspiração de seu conteúdo e sutura de laceração Hepática entre segmentos II, III e IV de Couinaud com Catgut 1.
6. Aposição de drenos túbulo laminares em região subfrênica direita e esquerda e infra-hepática direita próxima à lesão suturada, e em retrocavidade na proximidade da lesão pancreática;
7. Revisão da hemostasia;
8. Fechamento de aponeurose em pontos contínuos utilizando fio Vicryl 1-0;
9. Fechamento da pele em pontos descontínuos à Donatti com Nylon 3-0;
10. Curativo.



Dr. Wendsteyne Lima
Cirurgia Geral
CRM: 21199

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Início 09:00hs BLOCO CIRÚRGICO Término 12:45h
 PACIENTE: Jaia Josemarino dos Santos REGISTRO Nº 350174
 SALA CIRÚRGICA Nº 06 DATA 04/12/19
 CIRURGIA: Laparotomia Exploradora + CIRURGIÃO: Dr. Menah + Dr. Thiago César
esplenectomia
 ANESTESIA: geral ANESTESIOLOGISTA: Dra. Brucila

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio		-	25x07	Agulha Descartável	01	06
<input type="checkbox"/>	Água Destilada		04		Agulha para Pendura		
<input type="checkbox"/>	Atropina		03		Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
1	Cefazolina 1g leftua zona desecida				Atadura Crepom n.º 10		02
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		01
1	Dezametasona 4mg		01		Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco			1	Coletor de Urina Aberto		01
	Dipirona			1	Coletor de Urina Fechado		01
1	Etilefrina		01	1	Dreno penrose n.º 4		01
	Glicose 50%			1	Eletrodo p/ Monitorização		05
	Lidocaina			1	Equipo para Sangue		02
1	Metoclopramida		01		Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
1	Prometazina Furesimida		01		Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			1	Fio de 3,0 3,0		01
	Ringer co Lactato			1	Fio de Algodão 0		02
<input type="checkbox"/>	Soro Fisiológico		02	<input type="checkbox"/>	Fio de Nylon 3,0		05
	Soro Glicosado			<input type="checkbox"/>	Fio de Polipropileno 3,0		01
	Succinato de Estriol			<input type="checkbox"/>	Gase 7,5x7,5		15
	Tenoxicam			<input type="checkbox"/>	Lâmina de Bisturi n.º 24		02
1	usatraco		02	<input type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 6,5		02
1	seofeurno		01	<input type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,5		03
1	Prepeol		01	<input type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 8,0		04
1	Suamnelmo		01	<input type="checkbox"/>	Seringa 5ml		02
1	Luvas de procedimento		10	<input type="checkbox"/>	Seringa 10ml		05
1	Lidocaina gelida esteril		01		Seringa 20ml		
200ml	alcohol 70%		-	1	Sonda de Foiev n.º 16		01
200ml	Floridina degormante		-	1	Sonda Endotraqueal n.º 7,5		01
1	espanachapo		01	1	Sonda Nasogástrica n.º 20		01
1	Fio algodão 3,0		01	1	Sonda Uretal n.º 14,22		02
1	curaspono		01	1	Tubo para Aspiração		01
1	Fio de Vicryl 1,0		02	1	filtro		01
1	lata para subclavio		01	1	traqueia		01
1	lidocaina gelida esteril		01	1	borracha cláster		03
				1	borrachas		15
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

25 MAI 2020
 CATETER PARA SU...
 COTIGO: CTT20BN LOTE: 33670
 REG. ANVISA: 10186320019
 FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA
 www.biomedical.ind.br
 1-3944-5555
COLO
A RECIFE

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

ORA
 Prefeitura: 350174
 Nome: JAIA JOSEMARINO DOS SANTOS
 Selo: URGÊNCIA E EMERGENCIA
 ABO-RN Parana



COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 05304

VALOR

NOME: <u>Jaiz Josué dos Santos</u>		REGISTRO: <u>350774</u>	CATEGORIA: <u>SUS</u>
HOSPITAL: <u>E.S. Bom Jesus</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR: <input type="checkbox"/> Br <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	IDADE: <u>28</u> HORÁRIO: <u>09h</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Trauma Abdominal Fechado</u>	PESO: <u>70</u> Kg	PA: <u>113 x 78</u> mmHg	FC: <u>120</u> BPM
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>Omissão + lesão de bexiga, fígado e embacia de pâncreas</u>	CÓDIGO CIRURGIA: <u>3100703-1</u>		RESPIRAÇÃO: <u>24</u> IRPM
OPERAÇÃO PROPOSTA: <u>Laparotomia Exploradora</u>	PORTE: <u>4</u>		ASA: <u>I-E</u>
OPERAÇÃO REALIZADA: <u>A murema + eleprofulguracao de lesão hepática + esplenectomia + cirurgia de embacia de duodeno</u>			
CURSO: <u>09h</u> <u>10h</u> <u>11h</u> <u>12h</u> <u>13h</u> <u>14h</u> <u>15h</u> <u>16h</u> <u>17h</u> <u>18h</u> <u>19h</u> <u>20h</u> <u>21h</u> <u>22h</u> <u>23h</u> <u>24h</u>			
SPO2%: <u>100</u> <u>99</u> <u>99</u> <u>100</u> <u>100</u> <u>100</u> <u>99</u> <u>100</u>			
ECG: <u>42</u> <u>40</u> <u>39</u> <u>39</u> <u>38</u> <u>39</u> <u>40</u> <u>39</u>			
CURSO: <u>15</u> <u>15</u> <u>15</u> <u>15</u> <u>15</u> <u>15</u> <u>15</u> <u>15</u>			
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <u>2h</u> DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>2h10'</u>			
AGENTES: <u>1) Propofol 200mg</u> <u>2) Fentanil 150mcg</u> <u>3) Rocefin 150mg</u> <u>4) Sufentanil 70mcg</u> <u>5) Sevoflurano</u>			
TECNICA ANESTÉSICA: <u>Intubação orotraqueal com máscara</u> <u>1) 2) 3) 4) 5)</u>			
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <u>2h</u> DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>2h10'</u>			
ENCAMINHADO: <u>ACORDADO</u> <u>ADORMECIDO</u> <u>INOLENTO</u> <u>ANURADO</u>			
DESTINO: <u>UTI</u> <u>QUARTO</u>			

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Atencl. 521553

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: IZAIAS JOSE MARIO dos santos REGISTRO Nº 350174
 SALA CIRÚRGICA Nº 06 Respet + Drenagem Torácica com drenagem
 CIRURGIA: lap. exploratório + limpeza CIRURGIÃO: Dr. Paulo Porto Wendsteyne
 ANESTESIA: cezal ANESTESIOLOGISTA: Dr. Raul

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<u>su</u>	Oxigênio			<input type="checkbox"/>	Agulha Descartável 25x7		
<u>1</u>	Água Destilada			<u>1</u>	Agulha para Puntura 40x12		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
<u>01</u>	Clonidina			<u>01</u>	Cateter para Oxigênio		
<u>01</u>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona			<u>01</u>	Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina			<u>01</u>	Dreno TORAX Nº 32		
	Glicose 50%			<u>05</u>	Eletrodo p/ Monitorização		
<u>01</u>	Lidocaina <u>sl/uso</u>			<u>01</u>	Equipo para Sangue		
<u>01</u>	Metoclopramida				Equipo para Soro		
<u>03</u>	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			<u>1</u>	Fio de Aço Polene 0		
	Ringer co Lactato			<u>1</u>	Fio de Algodão 3-0		
<u>11</u>	Soro Fisiológico			<u>21</u>	Fio de Nylon 2-0		
	Soro Glicosado			<u>1</u>	Fio de Polipropileno 4-0		
	Succinato de Estriol			<u>17</u>	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			<u>01</u>	Lâmina de Bisturi 12-24		
<u>01</u>	<u>Quelicion</u>			<u>1</u>	Luvas Estéreis 7,0		
<u>1</u>	<u>propofol</u>			<input type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,5		
<u>01</u>	<u>Umbrell</u>				Luvas Estéreis 8,0		
<u>1</u>	<u>torax</u>				Seringa 5ml		
					Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
				<u>01</u>	Sonda de Foiey 12-16		
				<u>01</u>	Sonda Endotraqueal 12-15		
<u>02</u>	<u>gase de colostomia</u>			<u>01</u>	Sonda Nasogástrica 12-20		
<u>11</u>	<u>compressas 10x5</u>			<u>01</u>	Sonda Uretal 12-14		
<u>01</u>	<u>equipo transiluminador</u>			<u>1</u>	Tubo para Aspiração		
<u>02</u>	<u>extorç p/ drenagem</u>			<u>su</u>	<u>eloxa de</u>		
<u>02</u>	<u>dreno peritaneal 12-03</u>			<u>1</u>	<u>calcetola 17-01</u>		
<u>02</u>	<u>Sonda Foley 12-22</u>			<u>1</u>	<u>esparadrapo</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião
 Dr. Wendsteyne Lima
 Médico

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Mario José S. Teixeira
 Tec. de Enfermagem
 COREN-PE 364.544

VIDÊNCIA SIA

25 MAI 2021

COLO

RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189226 **Cidade:** Agrestina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/12/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA - ESPLENECTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P6/9/10

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189226

Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200189226 Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
---------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189226

Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 341

Agência: 000007226

Conta: 0000020810-1

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014803261314
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 966637119 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME

FABIANO FERREIRA DA SILVA

S. JOAQUIM MONTE-PE

CPF / CNPJ 038.516.494-78

PLACA RLJ2593

PLACA ANT / UF ***** PE

CHASSI 9C2KC08108R188500

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTIVEL ETANOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN RS

ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

CAP / POT / CL 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE CINZA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

IPVA 2019 QUITADO

FAIXA IPVA 1

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11

IOF (R\$) 0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58

DATA DE PAGAMENTO 26/02/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

S. JOAQUIM MONTE-PE

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR-PR. PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014803261314 BILHETE DE SEGURO DPVAT
FABIANO FERREIRA DA SILVA

55670-000

CASA S. JOAQUIM MONTE-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/03/19

VIA 1 CDD. RENAVAM 966637119 R.N.T.R.C. 038.516.494-78

PLACA RLJ2593

RENAVAM 966637119

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN RS

ANO FAB 2008

CAT. TARIF. 09

CHASSI 9C2KC08108R188500

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$) 36.05

DEMATRIAN (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.32

TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 26/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.340.020/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NAO É DE PORTE OBRIGATORIO.

