

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2017

Carta nº: 10925273

A/C: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170235634 ASL-0163972/17

Vítima: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Data Acidente: 27/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2017

Carta nº: 10942322

A/C: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170235634 ASL-0163972/17

Vitima: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Data Acidente: 27/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2017

Carta nº: 11278292

A/C: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170235634 ASL-0163972/17
Vítima: NOBERTO PEREIRA DA SILVA
Data Acidente: 27/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2017

Carta nº: 11365227

A/C: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170235634 ASL-0163972/17

Vitima: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Data Acidente: 27/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPLO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, NOBERTO PEREIRA DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 833189 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 20/11/85
 CPF 030818404-85 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO RECUSSO
 RENDIMENTO MENSAL DE R\$ RECUSSO NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA NOBERTO PEREIRA DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) Lei Circular Susep nº 445/2011, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em processo neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT. Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/comer colorido, assim é mais, por meio de outros meios, informações a movimentação financeira da conta ou além de verso de cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____, Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____, Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204, Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0331, Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00034537-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

GRANDE PB, 05/ABRIL, 2017
 LOCAL E DATA

Roberto Pereira da Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.000,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data da ocorrência), indenização de até R\$13.100,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade da lesão) e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas e hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0321204.

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
 BBMAPFRE

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

2221 IIEP, PB

DATA: 05/04/2017

TERMINAL: 1001

NSU: 000210

HORA: 11:10:12

AUT: 0024

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 2221/013/00.034.537-6

NOME: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

DEPOSITANTE:

O M

VALOR TOTAL:

50,00

VALOR DINHEIRO:

50,00

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

2221 - FIEP, PB

DATA: 05/04/2017

TERMINAL: 1001

NSU: 000210

HORA: 11:10:12

AUT.: 0024

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 2221/013/00.034.537-6

NOME: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

DEPOSITANTE:

O M

VALOR TOTAL:

50.00

VALOR DINHEIRO:

50.00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00097.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 27/02/2017

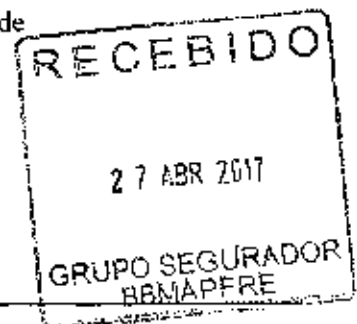
Hora: 21:35:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Aprigio Nepomuceno, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Noberto Pereira da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Jozelina Felicia da Silva e João Pereira da Silva Idade: 58 Data de Nascimento: 19/12/1958 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: divorciado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Metalurgico Documentos(s) de Identificação: CPF nº 338.318.404-82 Endereço: Rua Aprigio Nepomuceno, 1035, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: (83) 98626-4952
TESTEMUNHA	Nome: José Ronaldo da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Maria do Socorro Laurindo Silva e Paulo Maria da Silva Idade: 34 Data de Nascimento: 15/02/1983 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: solteiro(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Agente de Seguro Documentos(s) de Identificação: CPF nº 043.504.464-86 Endereço: Rua- Projeta da, 70, Bodocongó, Campina Grande, PB Complemento: Quadra 10, lote, 20 Telefone: Não informado
TESTEMUNHA	Nome: Maílton Silva de Oliveira Conhecido por: Não informado Filiação: Maria de Fátima Silva e Moacir de Fátima Silva Idade: 29 Data de Nascimento: 09/09/1987 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: solteiro(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Corretor de Seguro Documentos(s) de Identificação: CPF nº 071.314.554-40 Endereço: Rua- Dom Helder Pessoa Câmara, 70, Malvinas, Campina Grande, PB Complemento: Não informado



(Handwritten signature)



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e Defesa Social



(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 FAN ESDI, tipo de veículo Motocicleta, cor preta, ano 2015, placa QFI-8418, chassi 9C2KC1680FR304481, renavam 0106110926-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 CG FAN ESDI, Ano/Modelo 2015/2015, cor preta, Placa QFI-8418-PB, Chassi de Nº 9C2KC1680FR304481, licenciada em nome de Thiago Oliveira de Melo, (piloto da moto no momento do acidente José Vanderlei Chaves de Carvalho), quando trafegava na rua Aprigio Nepomuceno, bairro Jardim Paulistano, nesta cidade, momento em que o piloto da motocicleta acima descrita, colidiu na lateral da bicicleta que o comunicante pedalava, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura de Fêmur na perna esquerda, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade e em seguida foi transferido para o Hospital Antonio Targino, nesta cidade, onde foi feita a cirurgia. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirmo a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

ADENDOS:

Usuário: Ademir da Costa Vilar

Data e Hora: 10/04/2017 15:35

Delegacia: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

Descrição: Por erro na interpretação da narrativa, onde se ler que o comunicante conduzia a motocicleta acima descrita, leia-se que o mesmo PEDALAVA SUA BICICLETA, MOMENTO EM QUE FOI ATROPELADO PELO PILOTO DA MOTOCICLETA JÁ MENCIONADA, NO HISTÓRICO DO PRESENTE BOLETIM.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

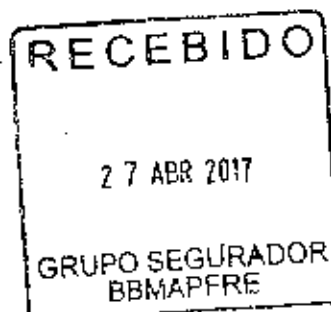
Campina Grande/PB, 31 de março de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ROBERTO PEREIRA DA SILVA portador da carteira de identidade nº 813189 e inscrito no CPF/MF sob o nº 338.318.404-82 residente e domiciliado na R. ARRILLO PEREIRA NEPOMUCENO 1035 Cidade CAMPINA GRANDE Estado PARAÍBA, 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 estabelecimento do IML no município de minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

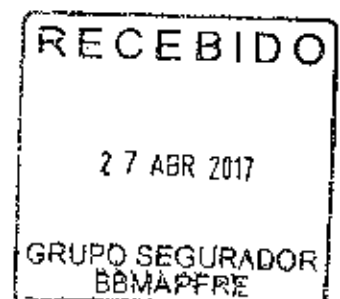
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Roberto Pereira da Silva.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

C. GRANDE 05/04/2017

Local e data





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



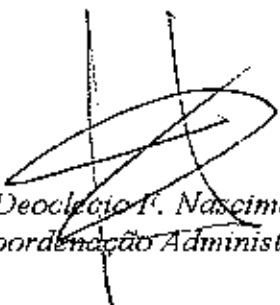
Comprovação de ato declaratório

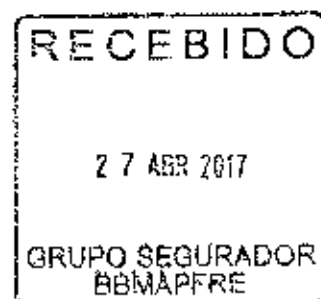


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Norberto Pereira de Silva, vítima de acidente de trânsito no dia 27 de janeiro de 2017 aproximadamente às 21h41min, End: R. Aprigio Nepomuceno s/n Jardim Paulistano, sendo o paciente atendido e removido para o Hospital de urgência e Trauma.

Campina Grande, 04 de Abril de 2017.


Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

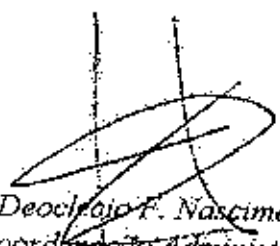
RECEBIDO

28 JUN 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional -- CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Norberto Pereira de Silva, vítima de acidente de trânsito no dia 27 de janeiro de 2017 aproximadamente às 21h41min, End: R. Abrigo Nepomuceno s/n - Jardim Paulistano, sendo o paciente atendido e removido para o Hospital de urgência e Trauma.

Campina Grande, 04 de Abril de 2017.


Deoclair F. Nascimento
Coordenação Administrativa



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

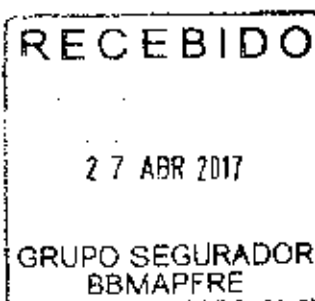
Eu, ROBERTO PEREIRA DA SILVA
RG nº 813189, data de expedição 20/11/85, Órgão SSP/PA
CPF nº 338.318.40489 venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA APRÍGIO PEREIRA NEBUCENO</u>
Número	<u>1035</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ROSA CRUZ</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58415-310</u>
Telefone de Contato	<u>9.982988.55 9.88370673</u>
E-mail	<u>balbino50@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: C. GRANDE - PB. 05/04/2017

Assinatura do Declarante: Roberto Pereira da Silva





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

11572264

N.ºSP

13772842

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

JOSELINA FELICIA DA SILVA
RUA APRIGIO PEREIRA NEPOMUCENO 1035
ROSA CRUZ 58415-310
CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Público	
018.86.005.0271	0	1	0	0	0	11572264
Hidrometro Y99S088156	Data de Instalação 06/03/2009	Localização 4	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto LIGADO		

Consta(m) em nosso(s) registro(s) pendência(s) de pagamento de contas anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão do fornecimento de água. Se o débito já estiver sido pago, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou call center (115) gratuito.

REFERENCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
OUT/2016	27/10/2016	59.00
DEZ/2016	27/12/2016	59.00

EMISSION:

12/02/2017

Total a Pagar:

R\$118,00

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
ARRECADACAO DE CONVENIO

29/03/2017 13:00:33
DATA DE EFETIVACAO: 29/03/2017
CONVENIO: 000468797
OPERADOR: thayuane

REPRESENTACAO NUMERICA
826400000012 180000109009
115722640139 772842000006
CONVENIO: CAGEPA CIA AG ESG PA
PAGTO.EFETUADO EM: 29/03/2017
VALOR: 118.00
COD.OPERACAO: 000118292

OPERACAO REALIZADA COM SUCESSO
CAIXA AQUI
E A CAIXA EM TODO O BRASIL

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

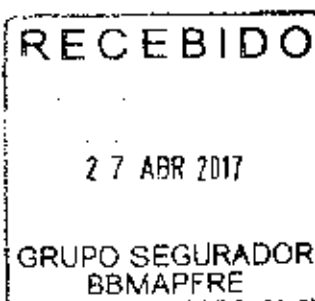
Eu, ROBERTO PEREIRA DA SILVA
RG nº 813189, data de expedição 20/11/85, Órgão SSP/PA
CPF nº 338.318.40489 venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA APRÍGIO PEREIRA NEBUCENO</u>
Número	<u>1035</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ROSA CRUZ</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58415-310</u>
Telefone de Contato	<u>9.982988.55 9.88370673</u>
E-mail	<u>balbino50@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: C. GRANDE - PB. 05/04/2017

Assinatura do Declarante: Roberto Pereira da Silva





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

11572264

N.ºSP

13772842

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

JOSELINA FELICIA DA SILVA
RUA APRIGIO PEREIRA NEPOMUCENO 1035
ROSA CRUZ 58415-310
CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Público	
018.86.005.0271	0	1	0	0	0	11572264
Hidrometro Y99S088156	Data de Instalação 06/03/2009	Localização 4	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto LIGADO		

Consta(m) em nosso(s) registro(s) pendência(s) de pagamento de contas anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão do fornecimento de água. Se o débito já estiver sido pago, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou call center (115) gratuito.

REFERENCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
OUT/2016	27/10/2016	59.00
DEZ/2016	27/12/2016	59.00

EMISSION:

12/02/2017

Total a Pagar:

R\$118,00

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
ARRECADACAO DE CONVENIO

29/03/2017 13:00:33
DATA DE EFETIVACAO: 29/03/2017
CONVENIO: 000468797
OPERADOR: thayuane

REPRESENTACAO NUMERICA
826400000012 180000109009
115722640139 772842000006
CONVENIO: CAGEPA CIA AG ESG PA
PAGTO.EFETUADO EM: 29/03/2017
VALOR: 118.00
COD.OPERACAO: 000118292

OPERACAO REALIZADA COM SUCESSO
CAIXA AQUI
E A CAIXA EM TODO O BRASIL

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

Documentação médico - hospitalar



DATA: 30/01/2017
HORA: 15:50:47

Prontuário
921352

Atendimento
2223279

Reserva/Gula
0
Data 30/01/2017 Hora 15:36

Paciente
NOBERTO PEREIRA DA SILVA [CPF: 33831840462]

Sexo Est. Civil
M

Dt Nasc.
19/12/1958

Telefone R.G.
6133152425 813189

Código CNS
704100468960650

Endereço
APRIGIO NEPOMUCENO

Num. Complemento
1035

Profissão

Bairro

Cidade
CAMPINA GRANDE

UF
PB

Nome da Mãe
M FONSECA DA SILVA

Responsável
NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Bairro
LIBERDADE

Endereço
RUA
Cidade
CAMPINA GRANDE

COMISSÃO DE ARQUIVO
Dr. Marluce
Dr. Ítalo César
Dr. Luciano Holanda
Enf. Anderson
Data 30/01/2017
Cid 5,722
Prof. Dr. Luciano Holanda
PROF. DR. LUCIANO HOLANDA
PROF. DR. LUCIANO HOLANDA
PROF. DR. LUCIANO HOLANDA

Médico Atendente
2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3965] [CPF: 45823562434]

Médico Acompanhante
2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3965] [CPF: 45823562434]

Procedimento

Sector
3009 SECRETARIA SUS

Convênio
50 SUS

Origem

Acomodação
POSTO - ENFERMARIA - LEITO:

Data mín. para alta - 30/01/2017

Data máx. para alta - 30/01/2017

Atendente - MARCELA CAVALCANTE NASCIMENTO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 30/01/2017 Data alta 02/02/17
Internação anterior...? [] Sim [] Não Hora admissão : Hora alta 08:00
Alta.....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica...: Médica.....: []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []
Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []

Diagnóstico:

Interna em 0408050632 5,722
Definitivo...: X 599

Histórico:

ORTOPEDIA PROTESE

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4
Raio X:
[X] Simples
[] C/Contraste
Uti
Entrada ____/____/____
Saída ____/____/____

Motivo

Caract. Trat.

[] Sanguine...: [] Rh...: [] [] A [] B [] O [] D [] E [] F [] G []

RECEBIDO

27 ABR 2017

Carimbo e Assinatura do Médico

GRUPO SEGURADOR
BBMAPERE

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 31/01/17
Jucelia dos Santos Ferreira
REC EM RADIOLOGIA
CRTN Nº 06617

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIAGNOSTIC:

NOME:	Roberto Pereira da Silva
ALIA:	Estudante
LETO:	16.

LEITO: 76

CONVENIO: SÚS

OXIGENIO

DATA: ____/____/____ UGADCH: ____ ASS: ____

DATA: ____/____/____ DESTUGADCH: ____ ASS: ____

DATA

DESL:GABD(H)

455

[illegible]



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Roberto Fereira

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

REBIDO

ABR 2017

PC SEGRADOR BENEFRE

DATA

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

GRUPO

31/04/17 Aten. clínico 08:00 4.50

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

S. Paracetamol 1000

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

Aten. clínico

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CULAS DESPESAS FORAM

COBRADAS AO SUS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ DATA DA OPERAÇÃO: 31/01/17 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: _____ 1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____
 3ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____
 TIPO DE OPERAÇÃO: _____
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____
 RELATÓRIO DO ATO DA PATOLOGIA: _____
 EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: _____
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

RELATORIO DE OBRAS
VIAS DE FERROVIARIAS E TÉCNICA-LIGADURAS DRENAGEM-SUTURA-MATEMPREGADO-ASPETTO-VIGERAS

[Handwritten notes:]

Heard we are not
suppose further
work R - ✓
no work
Heard for
to be camping
Gules some DKS
9 & R
extra

[Stamp:] HOSPITAL
OR

RECEBIDO

27 APR 2017

GRUPO SEGUADOR
BEMAFRE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA
CENTRO CIRÚRGICO

036099

PACIENTE: Roberto Pereira da Silva 58
 CONVÊNIO: SUS SUS ☐ PRONTUÁRIO: 321352/2223279
 DATA: 31.01.77 CIRURGIA: Frat. de fêmur esquerdo
 CIRURGIÃO: Dr. Raillon Unaiinho
 AUXILIAR: _____
 ANESTESISTA: Dr. Isabela Donato
 CIRCULANTE: Elisiane 5.08 HORÁRIO: INÍCIO: 16:45 FINAL: 17:25

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	04
28819	RANITIDINA	01
2070	ATROPINA	02
2020	DIPIRONA	02
70181	PROSTIGABINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	CARAMICINA	
5304	DEXAMETASONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON	01
70572	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1873	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMFAX 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBILUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	
3042	FENTANIL	
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
1780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0.5% CV	
70750	NEOCAINA 0.5% SV	
9024	NILPERIDOL	
3212	ETOMIDATO	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
9091	LIDOCAINA GELÉIA	
2119	LIDOCAINA 2% SV	
2801	LIDOCAINA 2% CV	
1996	NEOCAINA PESADA	01
CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUI N° 25	01
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
4012	AGULHA DESCARTÁVEL N°	04
	ESCOVA DESCARTÁVEL	04
C15	COMPRESSAS 25x28	25
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPORE LARGO	
3379	MICROPORE FINO	
	JELCO N° 18	01
	LÂMINA BISTURI N° 24	02
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	05
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	04
3719	SERINGA DE 05cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	01
341797	SERINGA DE 60cc (Bico Longo)	
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	100cm x 10cm
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	GILETE	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
	ATADURA CREPOM N°	15
	GNEDEL N°	
40126	LUVAS 7.5	03
3522	LUVAS 8.0	02
149870	LUVAS 7.0	02
	SONDA NSG	
3435	REDO SUS	
12500	GASES	5:05:00
1349	LAVAMENTO	08
52337	CONDUTOR	
	SURGIMENTO	
	SONDA TRAQUEOSTOMIA N°	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
30	MONONYLON N° 2.0	01
	CROMADO S/A N°	
40	CROMADO C/A N° 1	01
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL	300 ml
2631	ÉTER	
3611	PVP TÓPICO	
3603	PVP DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA	70 ml
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	4L/min
	ÓXIDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDIACO	1C
	OXÍMETRO DE PULSO	1C
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	3500 ml
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	2000 ml
	HISOCEL	
	MANTOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
01	adaptada p/son	
01	oxigeno	
01	vitaminas	
01	ácido ascórbico	
01	placa de Richard	
13	06 furos	
01	plano deslizante	
N° 10		
01	Centro físico	
	para cateter	
N° 42		
02		01

PACIENTE ATENDIDO
NO HOSPITAL
CUJAS DESPESAS
COBRADAS AO

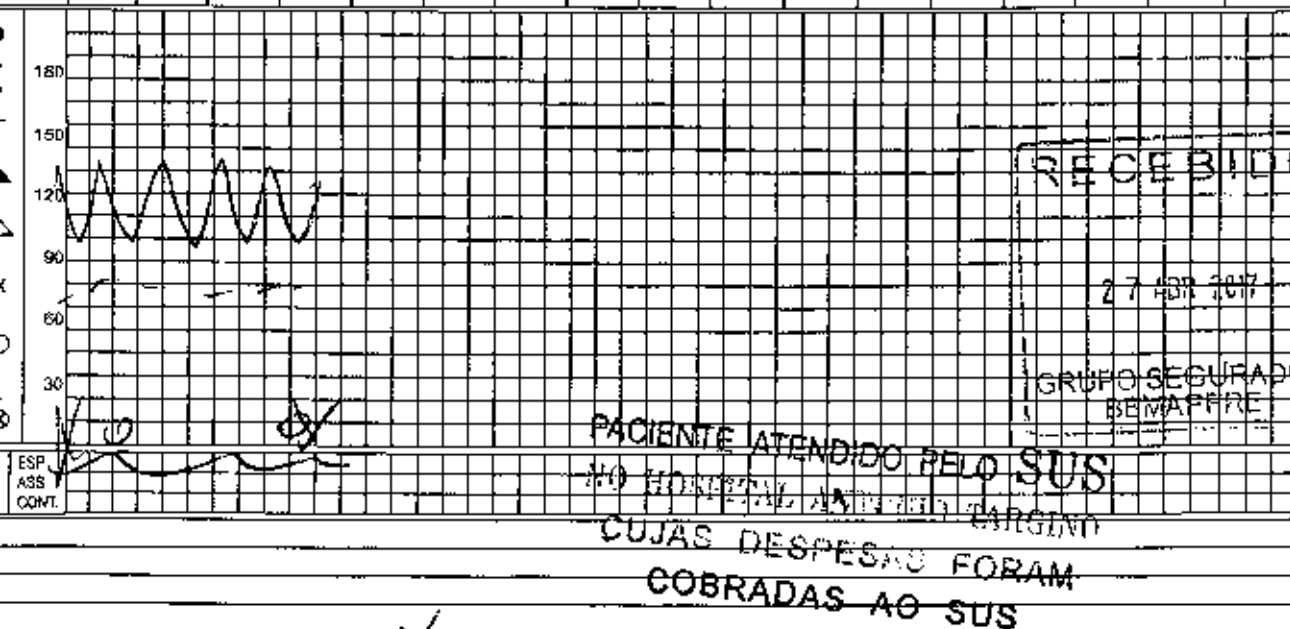
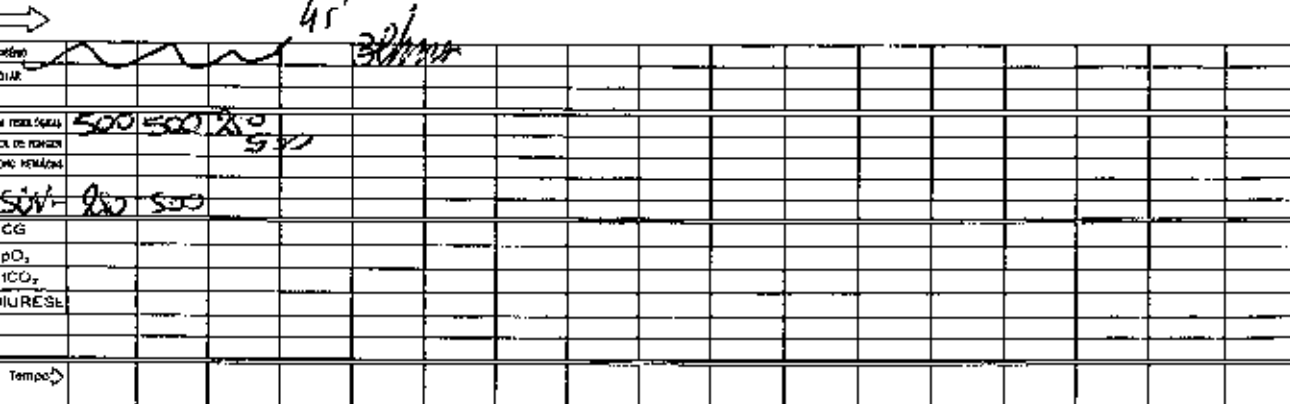
Nome: Roberto Pereira da Silva APTO. _____
Nº: 50 IDADE: 58 SEXO: ☒ M ☐ F
O DA CARTEIRA: _____ INÍCIO: _____
E INTERNAÇÃO: 021352/2223274 TERMINIO: _____
HORAÍO ESPECIAL: ☐ SIM ☒ NÃO
NASCIMENTO: _____

CIRURGIA
☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA
☐ AMBULATORIAL
ESTADO FÍSICO (ASA) ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
DATA: 31/1/17

AGENTES	QTD
Adrenalina	
Atropina	
Bextra	
Bupivacaina Isobarica	
Bupivacaina Hiperbarica	<u>12</u>
Bupivacaina % /adr	
Cipro	
Clexane	
Dacatron	<u>10g</u>
Diprona	
Diprivan	
Diprivan PFS	
Dobulrex	
Dormonid 15mg	<u>5mg</u>
Efedrina	<u>0,2g</u>
Esmeron	
Fentanil	<u>hml</u>
Flagyl	
Forane	
Halotano	
Hydrocortisona	
Hypnomilado	
Ketalar	<u>Epilatum 1g</u>
Ketalar	<u>vi 1g</u>
Ketalar	<u>copm - 15 - 01</u>
Lash	
Liquemide	<u>dicoma 1g - 01</u>
Methergin	
Morfina 0,2 mg	<u>01</u>
Narcan	
Naparin	
Nimbium	
Niprid	
Noradrenalina	
Norcuron	
Oxitocina	
Pavulon	<u>teritilma 4</u>
Prastin	
Profenid	
Prostigmine	
Qualicin	<u>reusachon 4</u>
Raplon	
Revivan	
Sevorane	
Sufenia	
Tilatil	
Tacrium (Atracúrio)	
Uliava	
Valium	
Xylocaina	
Xylocaina Hiperbarica	
Xylocaina Spray	
Zofran	

Pré-Operatório: Fratura de fêmur
Cirurgia (Cirurgião / 1º/2º/3º Auxiliares): Calção
2º Equipe Cirúrgica (Cirurgião / 1º/2º/3º Auxiliares):
Anestesiologia: Roberto Pereira da Silva
Instrumentador(a):

Procedimentos Realizados: 1ª cirurgia com fixação
Códigos:



PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

INTUBAÇÃO TUBO Nº: _____
ANESTESIA REGIONAL ☒ ANESTESIA GERAL ☐
PUNÇÃO ☒ Mediana ☐ Paramediana
EQUIPAMENTOS UTILIZADOS: ☒ Aspirador ☐ Bêrka ☐ ECG ☐ Rê ☐ Oxímetro ☐ Pa Invasiva ☐ VNI ☐ Capnógrafo ☐ Bomba de Infusão ☐ Ventilador Mecânico
DESCRÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA
Pressão venosa: ☐ SIM ☒ NÃO

AGENTES	QTD
Adrenalina	
Atropina	
Bextra	
Bupivacaina Isobarica	
Bupivacaina Hiperbarica	<u>12</u>
Bupivacaina % /adr	
Cipro	
Clexane	
Dacatron	<u>10g</u>
Diprona	
Diprivan	
Diprivan PFS	
Dobulrex	
Dormonid 15mg	<u>5mg</u>
Efedrina	<u>0,2g</u>
Esmeron	
Fentanil	<u>hml</u>
Flagyl	
Forane	
Halotano	
Hydrocortisona	
Hypnomilado	
Ketalar	<u>Epilatum 1g</u>
Ketalar	<u>vi 1g</u>
Ketalar	<u>copm - 15 - 01</u>
Lash	
Liquemide	<u>dicoma 1g - 01</u>
Methergin	
Morfina 0,2 mg	<u>01</u>
Narcan	
Naparin	
Nimbium	
Niprid	
Noradrenalina	
Norcuron	
Oxitocina	
Pavulon	<u>teritilma 4</u>
Prastin	
Profenid	
Prostigmine	
Qualicin	<u>reusachon 4</u>
Raplon	
Revivan	
Sevorane	
Sufenia	
Tilatil	
Tacrium (Atracúrio)	
Uliava	
Valium	
Xylocaina	
Xylocaina Hiperbarica	
Xylocaina Spray	
Zofran	
Água Destilada - 250ml	
Água Destilada - 10ml	<u>3</u>
Sí Fisiológico	
Sí Glicosado	
Sí de Ringer	
Chimacila	
Plasma	
Oxigênio (L/MIN)	<u>30lpm</u>
Nº (L/MIN)	
Ar Medicinal (L/MIN)	
Co2 (L/MIN)	
MATERIAL DESCARTÁVEL	
Aquecedor RANGER	
Aguilha Peridural 17 ou 18g	
Aguilha Raqui Ponta de Lâpis	
Aguilha Stimuplex a50, a100	
Cal Sodade pl gr	
Cateter Epidural 16 e 18g	
Cateter Nasal tipo Óculos	<u>01</u>
Cateter Venoso	<u>01</u>
Eletrodo ECG	<u>05</u>
Equipo de Soro	<u>01</u>
Equipo Perfusor SET	
Filtro Higrobako	
Guêdel	
Mania Térmica	
Equipo bomba de Infusão N	
Equipo bomba de infusão FS	
Máscara Laringea	
Tubo Remado	

LAUDO RADIOLOGICO

INICIAL=FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR

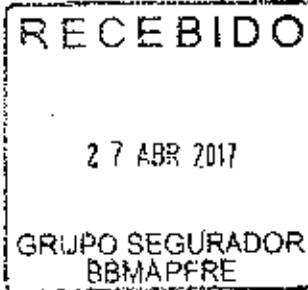
CONTROLE=FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR COM OSTEOSSINTESE

DATA 30 / 01 / 17

MÉDICO

Rosalia Andrade dos Santos
CRM 1508
RADIOLOGISTA

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS





GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

Ficha de Acolhimento

Nome:	Valente Pereira Silva		
End:	Rua da Liberdade, 100 - Bairro: 4035		
Data de Nascimento:	1990.10.28	Documento de Identificação:	9.999.999-99
Queixa:	Acid. Data do Atend: 27.04.17 Hora: 22:30 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fúteis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:						
Pressão arterial:	Temperatura axilar:						
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida						
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca				

Estratificação

MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISICÃO DE EXAMES

NOME:	ROBERTO	PEREIRA	DA SILVA	PRONTUÁRIO:	142
IDADE:					
SEXO:	M ☒ F ☐	COR:	B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	
				ALTURA:	
				CLÍNICA:	
				ENF:	
				LEITO:	

DADOS CLÍNICOS:

Trauma

RAIO X
REALIZADO EM:
27/04/17

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raio - X de tórax AP
Raio - X de cervical Perfil
Raio - X de Pelve AP
Raio - X de coxa (E) AP e Perfil.

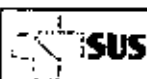
URGÊNCIA:	☒	ROTINA:	☐
DATA:	22/04/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:	22:10
<i>[Assinatura]</i> Carimbo e Assinatura do Médico			

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

Data da Internação: 28/01/2017 Hora: 00:10:21



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 DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

NOBERTO PEREIRA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1373759

7 - CARTÃO DO SUS

898000479899888

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/12/1958

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOZELINA FELICIA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 988171148

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

APRIGIO NEOPONUNCENO, 1035, JARDIM PAULISTANO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE FEMUR PROXIMAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CARLOS ANTONIO DA ROCHA CFILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/01/2017

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAS DA EMPRESA

41 - COOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

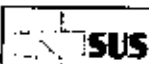
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

27 APR 2017

GRUPO SEGURADOR

Data da Internação: 28/01/2017 Hora: 00:10:21



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 DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

NOBERTO PEREIRA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1373759

7 - CARTÃO DO SUS

898000479899888

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/12/1958

9 - SEXO

Masc ☒ F ☐Fem ☐ ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOZELINA FELICIA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DE TELEFONE

83

988171148

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

APRIGIO NEOPONUNCENO, 1035, JARDIM PAULISTANO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE FEMUR PROXIMAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CARLOS ANTONIO DA ROCHA CFILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/01/2017

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNRE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

RECEBIDO

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR

BBMAPFRE



	SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) 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 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - SEXO Masc. ☐ 1 Fem. ☐ 3	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		19 - CDD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CDD. 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 - CDD. 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 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - QTOE		32 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - QTOE		34 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - QTOE		36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - QTOE		38 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO EMAT - MIE	
--	--

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO 27 ABR 2017	
41 - DOCUMENTO () CNS () CPF		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - DATA DE SOLICITAÇÃO	

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		46 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - DATA DE SOLICITAÇÃO	

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pat - Connor

Paciente

NOBATO DENNIS D SILVA

Alojamento

Leito

Convênio

ECB BID

27 APR 2017

GRUPO SEGURO DE
BENAFRE

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Prescription
Diane Lane

hello everybody

Thymus - Champ + RD, Ev, 6/6/64

Mexican 40 + 100 - 55 EV

Traverse 1007 + 1008 SP
Gru 12/124

Plasf Chang + AD, R, 8184 (Sd)

Desand 40g SC 1x/die

SSN + cc66

Dr. Carlos A. de
Oliveira, Diretor
de Ensino, Rua do Oito
de Maio, 100, 1º
andar, 01305-000
São Paulo, SP

Dr. Carlos Antônio do Carmo
Rua Curupira, 447 - 135
00131-004 - CEP 01315-010
São Paulo - SP

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto Pereira da Silva Registro: Leito: Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Fotorreagentes ☐ Mióticas ☐ Midríaticas

Mobilidade Física: ☐ Preservada ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Parestesia Local:

Linguagem: ☐ Qual? ☐ Disfonia ☐ Afasia ☐ Disfasia ☐ Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ☐ Cateter Nasal ☐ Venturi % l/min ☐ Traqueostomia ☐ Ayre/Tubo T

☐ VMNI ☐ VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispneia ☐ Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☐ Diminuídos ☐ D ☐ E

Ruídos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Outros:

Tosse: ☐ Improdutiva ☐ Produtiva Expectoração: ☐ Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: ☐ D ☐ E ☐ Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: 27/12/2017 Hora: 14:00

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ☐ Visão ☐ Audição ☐ Tato ☐ Olfato ☐ Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Agressivo. ☐ Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impalpável ☐ Filiforme ☐ Cheio.

GRUPO SEGUADOR
RAMAPFRE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nelito Pereira

Registro:

Leito: 3-4

Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

Paciente evolui
estável; aguar
da cirurgia, me
dicada C.P.M, te
que em observo
ção.
Renaly

Paciente evolui
S/intercorrência
conduta man
tida.

Teresinha

RECEBIDO
27-ABR-2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

North River

$$\tilde{\gamma}^0 = \gamma^0 \gamma^5, \quad \tilde{\gamma}^i = \gamma^i \gamma^5, \quad \tilde{\gamma}_5 = \gamma^5, \quad \tilde{\gamma}_\mu = \gamma_\mu \gamma^5.$$

DIAGNOSTIC

RECEBIDO

27 APR 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

Data		Prescrição Médica		Alojamento:		Latto		convenio	
30	1. Dieta 110/2								
	2. SGL 1500ml EV/24h								
	3. Dipirona 02ml + AD EV 06/06h								
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h								
	5. Omeprazol 40mg EV/julim								
	6. Trametil 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SH								
	7. Neuredron 01 FA + AD EV 8/8h SH								
	8. Cefazolin 40mg SC/dia								
	9. SSV + CCGG								

Edimar S. de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 0950 - TEOT: 11202

3. 11/4

15/10/01

Dr. D. Silva M. D.

Dr. D. Silva M. D.

Dr. D. Silva M. D.

Evolução Médica

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, 30 de Janeiro de 2017


Assinatura do doente ou responsávelTestemunhas: Roberto Pereira Duarte

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

RECEBIDO

27 ARR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

01701221-1

Just. Pénne. Martin

951:00

at 10 o'clock

Cheng

Dr. Carlos Conrado Filho
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TOLENO
(31) 3531-1111 (31) 3531-1234
033.159.674-50

RECEBIDO

27 APR 1967

GRUPO SEGUROS BBMAPFRE

DESTINO DO PACIENTE _____

Centro cirúrgico

(Internação (setor) _____ Alta hospitalar / { JA revela { Decisão Médica

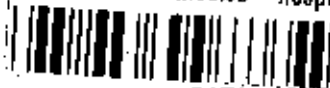
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Xéfige Gersoni A. Duarte
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

Documentação médico - hospitalar



DATA: 30/01/2017

HORA: 15:50:47

Prontuário
921352



Atendimento
2223279



Reserva/Gula

0

Data 30/01/2017

Hora 15:36

Paciente
NOBERTO PEREIRA DA SILVA [CPF: 33831840462]

Sexo Est. Civil
M

Dt Nasc.
19/12/1958

Telefone R.G.
6133152425 813189

Código CNS
704100468960650

Endereço
APRIGIO NEPOMUCENO

Num. Complemento
1035

Profissão

Bairro

Cidade
CAMPINA GRANDE

UF
PB

Nome da Mãe
M FONSECA DA SILVA

Responsável
NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Bairro
LIBERDADE

Endereço
RUA
Cidade
CAMPINA GRANDE

COMISSÃO DE ARQUIVO
Dr. Marluce
Dr. Ítalo César
Dr. Luciano Holanda
Enf. Andréza
Data 30/01/2017
Prof. Dr. Luciano Holanda
PROF. DR. LUCIANO HOLANDA
PROF. DR. LUCIANO HOLANDA
PROF. DR. LUCIANO HOLANDA

Médico Atendente
2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3965] [CPF: 45823562434]

Médico Acompanhante
2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3965] [CPF: 45823562434]

Procedimento

Sector
3009 SECRETARIA SUS

Convênio
50 SUS

Origem

Acomodação
POSTO - ENFERMARIA - LEITO:

Data mín. para alta - 30/01/2017

Data máx. para alta - 30/01/2017

Atendente - MARCELA CAVALCANTE NASCIMENTO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 30/01/2017

Data alta 02/02/17

Internação anterior...? [] Sim [] Não Hora admissão :

Hora alta 08:00

Alta.....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica...: Médica.....: []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []
Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []

Diagnóstico:

Interna m 0408050632 5,722

Definitivo...:

X,599

Histórico:

ORTOPEDIA PROTESE

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X:

[X] Simples

[] C/Contraste

Uti

Entrada ____/____/____

Saída ____/____/____

Motivo

Caract. Trat.

[] Sangue...: [] Rh...: [] [] A [] B [] O [] D [] E []

RECEBIDO

27 ABR 2017

Carimbo e Assinatura do Médico

GRUPO SEGURADOR
BBMAPERE

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 30/01/17

Assinatura
Jucelia dos Santos Ferreira
RCD EM RADIOLOGIA
CRTN Nº 00617

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO: cardíaca

DATA: 16.02.2017 LIGAD(OH): ASS.

DATA: 16.02.2017 DESLIGAD(OH): ASS.

DATA	MEDICAMENTOS	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
30/01	Alta livre	α	Alta livre
31/01	Dinam 10610	12	Alta livre
01/02	100/100/100	12	Alta livre
02/02	Alta livre	12	Alta livre
03/02	Alta livre	12	Alta livre
04/02	Alta livre	12	Alta livre
05/02	Alta livre	12	Alta livre
06/02	Alta livre	12	Alta livre
07/02	Alta livre	12	Alta livre
08/02	Alta livre	12	Alta livre
09/02	Alta livre	12	Alta livre
10/02	Alta livre	12	Alta livre
11/02	Alta livre	12	Alta livre
12/02	Alta livre	12	Alta livre
13/02	Alta livre	12	Alta livre
14/02	Alta livre	12	Alta livre
15/02	Alta livre	12	Alta livre
16/02	Alta livre	12	Alta livre
17/02	Alta livre	12	Alta livre
18/02	Alta livre	12	Alta livre
19/02	Alta livre	12	Alta livre
20/02	Alta livre	12	Alta livre
21/02	Alta livre	12	Alta livre
22/02	Alta livre	12	Alta livre
23/02	Alta livre	12	Alta livre
24/02	Alta livre	12	Alta livre
25/02	Alta livre	12	Alta livre
26/02	Alta livre	12	Alta livre
27/02	Alta livre	12	Alta livre
28/02	Alta livre	12	Alta livre
29/02	Alta livre	12	Alta livre
30/02	Alta livre	12	Alta livre
31/02	Alta livre	12	Alta livre

RECEBIDO

27 FEB 2017

GRUPO DE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Roberto Fereira

AA: Diabetes

LETO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

REBIDO

ABR 2017

DATA

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

GRUPO SEGUADOR BENEFICÁRIO

31/04/17 Aten. clínico 08:00 4.50

S. Paracetamol 1000

S. Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

Glimepirida 1000

02/10/2017

1000

1000

1000

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CULAS DESPESAS FORAM

COBRADAS AO SUS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ DATA DA OPERAÇÃO: 31/01/17 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: _____ 1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____
 3ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____
 TIPO DE OPERAÇÃO: _____
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____
 RELATÓRIO DO ATO DA PATOLOGIA: _____
 EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: _____
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

RELATORIO DE OBRAS
VIAS DE FERROVIARIAS E TÉCNICA-LIGADURAS DRENAGEM-SUTURA-MATEMPREGADO-ASPETTO-VIGERAS

[Handwritten notes:]

Heard we are not
suppose further
work R - ✓
no work
Heard for
to be camping
Gules some DKS
9 & R
extra

[Stamp:] HOSPITAL
OR

RECEBIDO

27 APR 2017

GRUPO SEGUADOR
BEMAPFRE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

PACIENTE: Roberto Pereira da Silva 58
CONVÊNIO: SUS SUS ☐ PRONTUÁRIO: 921352/2223279
DATA: 31/01/77 CIRURGIA: Fract. de fêmur esquerdo.
CIRURGIÃO: Dr. Raillon Unaiinho
AUXILIAR: _____
ANESTESISTA: Dr. Isabela Donato
CIRCULANTE: Cláudio N.º CARTÃO: 5.08 HORÁRIO: INÍCIO: 16:45 FINAL: 17:25

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	09
28819	RANITIDINA	01
2070	ATROPINA	
2020	DIPIRONA	02
70181	PROSTIGMBNE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	CARAMICINA	
5304	DEXAMETASDONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON	01
70572	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMFAX 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBILUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	
3042	FENTANIL	
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
1780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0.5% CV	
70750	NEOCAINA 0.5% SV	
9024	NILPERIDOL	
3212	ETOMIDATO	

PACIENTE A
 NO HOSPITAL
 CUJAS DE
 COBRAL

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% SV	
2801	LIDOCAINA 2% CV	
1996	NEOCAINA PESADA	01
	AGULHA RAQUI N° 25	01
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
4012	AGULHA DESCARTÁVEL N°	04
	ESCOVA DESCARTÁVEL	04
CIS	COMPRESSAS 25x28	25
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPORE LARGO	
3379	MICROPORE FINO	
	JELCON N° 18	01
	LÂMINA RISTURI N° 24	02
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	05
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	04
3719	SERINGA DE 05cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	04
341797	SERINGA DE 60cc (Bio-Tough)	01
3735	SERINGA DE 1lcc	
	SCALPS N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	27 AD
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	GRUPO SE 100CM
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	GILETE	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
	ATADURA CREPOM N° 15	04
	GNEDEL N°	
40126	LUVAS 7.5	03
3522	LUVAS 8.0	02
149870	LUVAS 7.0	02
	SONDA NSG	
3415	RELAXANTES MUSCULARES	
12800	GAZES 15x15	20
3549	LUVAS ESTERILIZADAS	08
	CONDUTOR CIRÚRGICO	
51837	SURGICAL FORAM	
	SUGUTRAQUEOSTOMIA N°	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
30	MONONYLON N° 20	02
	CROMADO S/A N°	
40	CROMADO C/A N° 1	01
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL	300 ml
2631	ÊTER	
3611	PVP TÓPICO	
3603	PVP DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA	70 ml
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	46 l/min
	OXÍDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	TC
DO	OXÍMETRO DE PULSO	TC
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	3500
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	2000
	RISOCEL	
URADOR	MANTOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
01	adaptada p/ son	
01	Draçma	
01	poliuretano	
01	óxido de zinco	
01	placa de lítio	
13	os fios	
01	fios desliza	
Nº 10		
01	Contro. fino	
	para o cateter	
	Nº 42 38	
	02 01	

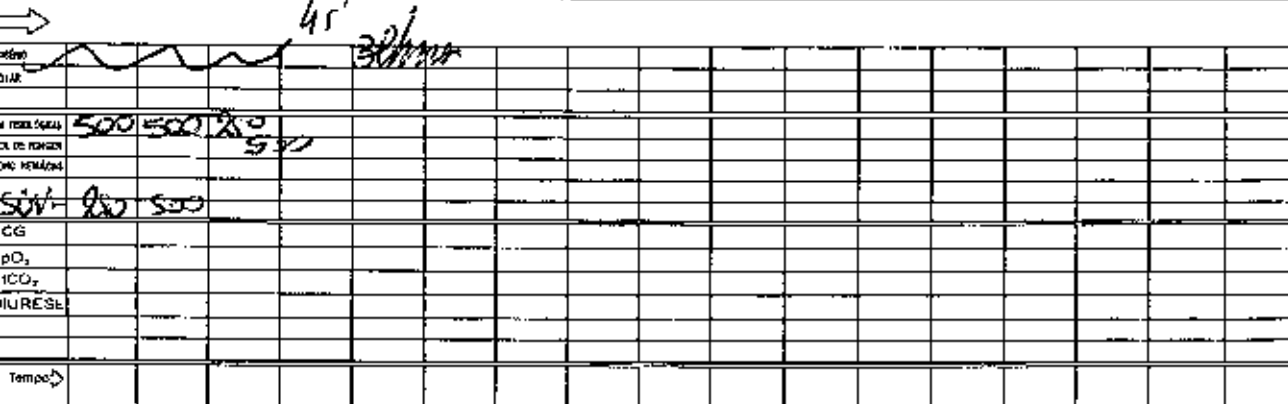
Nome: Roberto Pereira da Silva APTO. _____
 NÚMERO: 50 IDADE: 58 SEXO: ☒ M ☐ F
 O DA CARTEIRA: _____ INÍCIO: _____
 E INTERNAÇÃO: 021352/2223274 TÉRMINO: _____
 HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☒ NÃO
 NASCIMENTO: _____

CIRURGIA
☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA
☐ AMBULATORIAL
 ESTADO FÍSICO (ASA): ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 DATA: 31/1/17

AGENTES	QTD
Adrenalina	
Atropina	
Bextra	
Bupivacaina Isobarica	
Bupivacaina Hiperbarica	<u>12</u>
Bupivacaina % /adr	
Cipro	
Clexane	
Dacatron	<u>10g</u>
Dipirona	
Diprivan	
Diprivan PFS	
Dobutrex	
Dormonid 15mg	<u>5mg</u>
Efedrina	<u>0,5g</u>
Esmeron	
Fentanil	<u>hml</u>
Flagyl	
Forane	
Halotano	
Hydrocortisona	
Hypnomidate	
Ketalar	<u>Epilatum 1g</u>
Ketalar	<u>vi 1g</u>
Ketalar	<u>copyp 1g</u>
Lash	
Liquemex	<u>dicoma 1g</u>
Methergin	
Morfina 0,2 mg	<u>0,1</u>
Narcan	
Naropin	
Nimbium	
Niprid	
Noradrenalina	
Norcuron	
Oxitocina	
Pavulon	<u>teritilina 4</u>
Proflon	
Proflon	
Prostigmine	
Qualicin	<u>reuscion 4</u>
Raplon	
Revivan	
Sevorane	
Sufenta	
Tilatil	
Tacrium (Atracúrio)	
Uliava	
Valium	
Xylocaina	
Xylocaina Hiperbarica	
Xylocaina Spray	
Zofran	

Local Pré-Operatório: Fratura de fêmur
 Equipe Cirúrgica (Cirurgião / 1º/2º/3º Auxiliares): Calisto
 2º Equipe Cirúrgica (Cirurgião / 1º/2º/3º Auxiliares): _____
 Anestesiologista: Roberto Pereira da Silva
 Instrumentador(a): _____

Procedimentos Realizados: 1ª cirurgia com fixação
 Códigos: _____



PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS

Agua Destilada - 250ml	
Agua Destilada - 10ml	<u>3</u>
S1 Fisiológico	
S1 Glicosado	
S1 de Ringer	
C1 Hemacia	
Plasma	
O2 Gênio (L/MIN)	<u>30ml</u>
N2 (L/MIN)	
A1 Medicinal (L/MIN)	
C02 (L/MIN)	
MATERIAL DESCARTÁVEL	
Aquecedor RANGER	
Aguilha Peridural 17 ou 18g	
Aguilha Raqui Ponta de Lâpis	
Aguilha Stimuplex a50, a100	
Cal Sodade p/ gr	
Cateter Epidural 16 e 18g	
Cateter Nasal tipo Óculos	<u>01</u>
Cateter Venoso	<u>01</u>
Eletrodo ECG	<u>05</u>
Equipo de Soro	<u>01</u>
Equipo Perfusor SET	
Filtro Higrobako	
Guedel	
Manta Térmica	
Equipo bomba de infusão N	
Equipo bomba de infusão FS	
Máscara Laringea	
Tubo Remado	

INTUBAÇÃO TUBO Nº
☐ Oral ☐ Nasal
☐ C/ Balão ☐ S/ Balão
☐ Aramado ☐ Duplo Lúmen
☐ Máscara Laringea ☐ Traqueostomia

ANESTESIA REGIONAL
☒ Peridural ☐ Raqui-anestesia
☐ Epidural Sacra ☐ N. Periférico
☐ Simples ☐ Contínua
☐ Cateter nº _____

ANESTESIA GERAL
☐ P. Braqui/Carvical ☐ Supraclavicular
☐ Interscapular ☐ Axilar
☐ Venosa Regional ☐ Infiltração
☐ Sodação

PUNÇÃO
☒ Mediana ☐ Paramediana
☐ Sentada ☐ DL ☐ D ☐ E
 LOCAL: L4-5
 CALIBRE: 07-625
 TIPO: _____

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
☐ Aspirador ☐ Bêrka
☐ ECG ☐ R6
☒ Oxímetro ☐ Pa Invasiva
☐ VNI ☐ Capnógrafo
☐ Bomba de Infusão ☐ Ventilador Mecânico

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA: _____

Pressão venosa: ☐ SIM ☒ NÃO

LAUDO RADIOLOGICO

INICIAL=FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR

CONTROLE=FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR COM OSTEOSSINTESE

DATA 30 / 01 / 17

MÉDICO

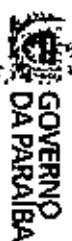
Rosalia Andrade dos Santos
CRM 1508
RADIOLOGISTA

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

GOVERNO
DA PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENÇÃO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 1373741

CARTÃO DE ATENDIMENTO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES (CNPJ: 08.778.268/0038-52)

Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/01/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Pamela Mayara Lima Guedes

PACIENTE: NOBERTO PEREIRA DA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 19/12/1958

SILVA Sexo: M Telefone: 988771148

Endereço: APRIJO NEOPONUNCENO Bairro: JARDIM PAULISTANO

Cidade: Campina Grande RG: 813189 Profissão: SERALHEIRO

Nome da Mãe: JOZELINA FELICIA DA SILVA CPF: 33831840482 CNS: 89800047989888

Responsável: THIAGO GEOVANNI

Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atendimento: 27/01/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 22:44:44

Médico: CRM: Especialidade: CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA: Morte e Morte

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hematoma
4. Contusão	22. Inguetimento Venoso
5. Crispação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendão
7. Edema	25. Luxação
8. Empalhamento	26. Mordedura
9. Entesão subcutânea	27. Movimento torçivo para dor
10. Entesamento	28. Objeto Enfiado
11. Equimose	29. Queimadura
12. F. Arma branca	30. Ferida
13. F. Arma de fogo	31. Ferida
14. F. Coriúse	32. Ferida
15. F. Coriúse	33. Ferida
16. F. Coriúse	34. Ferida
17. F. Coriúse	35. Ferida
18. F. Coriúse	36. Ferida

OBS: Morte e Morte

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID: Polímero

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Análise - umolo x bidade, unidacem na bidade.

- Papir das unidacem's bidade x - cora E. - Amplitude

- unidacem's unidacem's

- unidacem's unidacem's

ALERGIA: N. P.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SAIOT

1. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

2. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

3. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

4. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

5. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

6. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

7. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

8. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

9. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

10. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

11. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

12. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

13. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

14. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

15. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

16. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

17. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

18. - unidacem's unidacem's unidacem's unidacem's

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGUADOR

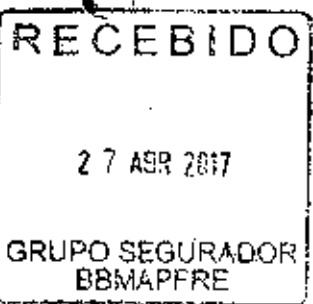
REALIZADO EM:

27-01-17



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Ficha de Acolhimento

Nome:	Valente Pereira Silva		
End:	Rua da Liberdade, 100 - Bairro: 4035		
Data de Nascimento:	1990.10.28	Documento de Identificação:	9.999.999-99
Queixa:	Dor no peito		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fúteis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:						
Pressão arterial:	Temperatura axilar:						
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocrada () Pálida						
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca				

Estratificação

MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISICÃO DE EXAMES

NOME:	ROBERTO	PEREIRA	DA SILVA	PRONTUÁRIO:	142
IDADE:					
SEXO:	M ☒ F ☐	COR:	B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	
				ALTURA:	
				CLÍNICA:	
				ENF:	
				LEITO:	

DADOS CLÍNICOS:

Trauma

RAIO X
REALIZADO EM:
27/04/17

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raio - X de tórax AP
Raio - X de cervical Perfil
Raio - X de Pelve AP
Raio - X de coxa (E) AP e Perfil.

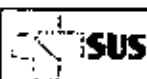
URGÊNCIA:	☒	ROTINA:	☐
DATA:	22/04/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:	22:10
Carimbo e Assinatura do Médico			

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

Data da Internação: 28/01/2017 Hora: 00:10:21



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 DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

NOBERTO PEREIRA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1373759

7 - CARTÃO DO SUS

898000479899888

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/12/1958

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOZELINA FELICIA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 988171148

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

APRIGIO NEOPONUNCENO, 1035, JARDIM PAULISTANO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE FEMUR PROXIMAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CARLOS ANTONIO DA ROCHA CFILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/01/2017

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAS DA EMPRESA

41 - COOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

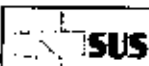
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

27 APR 2017

GRUPO SEGURADOR

BRASILPRE

Data da Internação: 28/01/2017 Hora: 00:10:21



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 DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

NOBERTO PEREIRA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1373759

7 - CARTÃO DO SUS

898000479899888

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/12/1958

9 - SEXO

Masc ☒ F ☐Fem ☐ ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOZELINA FELICIA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 988171148

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

APRIGIO NEOPONUNCENO, 1035, JARDIM PAULISTANO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE FEMUR PROXIMAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CARLOS ANTONIO DA ROCHA CFILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/01/2017

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNRE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

RECEBIDO

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR

BBMAPFRE



	SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) 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 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - SEXO Masc. ☐ 1 Fm. ☐ 3	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		19 - CDD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CDD. 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 - CDD. 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 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - QTOE	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - QTOE	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO EMAT - MIE	
---	--

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - DATA DE SOLICITAÇÃO	

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		46 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - DATA DE SOLICITAÇÃO	

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pat - Connor

Paciente

NOBATO DENNIS DIAZ

Alojamento

Leito

Convênio

ECBID
27 APR 2017

GRUPO SEGURO DE
BENAFRE

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Prescriber
Derek Smith

John Lindberg

Thymine - 200 + AD, 50, 6/64

7 months 40 + 100 of SE CV

Traverse 1007 + 1008 SP
Gru 12/124

Plasf Chang + AD, R, 8184 (Sd)

Desand 40g SC 1x/die

SSN + cccccc

[illegible]

Dr. Carlos Antônio do Carmo
OAB/SP 103.915-5
CNPJ 06.938.153/0001-50
Cep 05312-000

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto Pereira da Silva Registro: Leito: Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Fotorreagentes ☐ Mióticas ☐ Midríaticas

Mobilidade Física: ☐ Preservada ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Parestesia Local:

Linguagem: ☐ Qual? ☐ Disfonia ☐ Afasia ☐ Disfasia ☐ Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ☐ Cateter Nasal ☐ Venturi % l/min ☐ Traqueostomia ☐ Ayre/Tubo T

☐ VMNI ☐ VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispneia ☐ Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☐ Diminuídos ☐ D ☐ E

Ruídos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Outros:

Tosse: ☐ Improdutiva ☐ Produtiva Expectoração: ☐ Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: ☐ D ☐ E ☐ Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: 27/03/2017 Hora: 14:00

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ☐ Visão ☐ Audição ☐ Tato ☐ Olfato ☐ Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Agressivo. ☐ Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impalpável ☐ Filiforme ☐ Cheio.

GRUPO SEGURADOR
RAMAPFRE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

unidade ok.
Atendimento.

Paciente

Governo Federal da Silva

Alojamento

3

Leito

4

Convênio

07

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

GRUPO SEGURO
BOMAPFRE

Data

29/04

2017

1. Exame físico

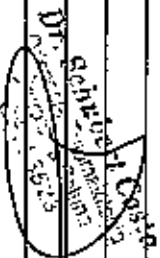
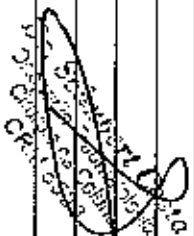
2. pulso

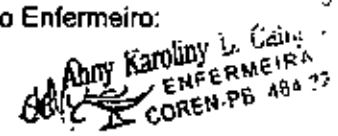
3. Exame físico

4. Exame físico

5. Exame físico

6. Exame físico



Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: ___/___/___
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:	Data: ___/___/___
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: ☒ Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há ___ dias () Outros:	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ___ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ___/___/___
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ___/___/___
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ___/___/___
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente com EGR, diabetes, dislipidemia, avaliação, consciente e orientado, nega alergias. Aguarda cirurgia e segue sob cuidados da equipe.	
RECEBIDO 27 ABR 2017 GRUPO SEGUROADOR BBMAPERE	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 29/01/17 HORA: ___ h
 Any Karoliny L. Gai ENFERMEIRA COREN-PB 48473	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nelito Pereira

Registro:

Leito: 3-4

Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

20101134

PA 110x70

Paciente evolui estável; aguar da cirurgia, me dicada C.P.M, te que em observao.

Renaly

PA 110x70

Paciente evolui S/intercorrência conduta man tida.

Teresinha

RECEBIDO
27-ABR-2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

North River

$$\tilde{\gamma}^0 = \gamma^0 \gamma^5, \quad \tilde{\gamma}^i = \gamma^i \gamma^5, \quad \tilde{\gamma}_5 = \gamma^5, \quad \tilde{\gamma}_\mu = \gamma_\mu \gamma^5.$$

DIAGNOSTIC

RECEBIDO

27 APR 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

Data		Prescrição Médica		Alojamento:		Larito		convenio	
30	1. Dieta 110/2								
	2. SRI 1500ml EV/24h								
	3. Dipirona 02ml + AD EV 06/06h								
	4. Tiliat 20mg + AD EV 12/12h								
	5. Omeprazol 40mg EV/julim								
	6. Tramet 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SH								
	7. Neuredron 01 FA + AD EV 8/8h SH								
	8. Cefazone 40mg SC/dia								
	9. SSV + CCGG								

Edimar S. de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 0950 - TBO: 11202

3. 11/4
15/10/01
Dr. D. Silva M. E.
Dr. D. Silva M. E.
Dr. D. Silva M. E.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

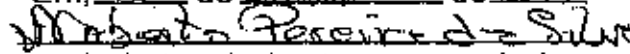
Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, 30 de Janeiro de 2017


Assinatura do doente ou responsávelTestemunhas: Roberto Pereira Duarte

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

RECEBIDO

27 ARR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

01701221-1

Just. Pénne. Martin

951-00

at 10 o'clock

Cheng-yen

Dr. Carlos Conrado Filho
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TOLENO
CRM-PA 15847 - RUA TIB. CAR. 10-235
FONE: 033.159.674-50

RECEBIDO

27 APR 1967

GRUPO SEGUROS BBMAPFRE

DESTINO DO PACIENTE _____

Centro cirúrgico

(Internação (setor) _____ Alta hospitalar / { JA revela { Decisão Médica

Transferência a outro Setor ou Hospital

Xéfige Gaspari Azeite
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Adriano Pereira da Silva		
End:	Avenida 27 de Agosto, 30.58 - Bairro: 30.35		
Data de Nascimento:	19/03/58	Documento de Identificação:	3.421.123-4
Queixa:	Acid. Data do Atendimento: 27.06.17 Hora: 22:30 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	(X) Calmo	() Fútil de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial



Assinatura e carimbo do profissional



Prontuário 921352	Atendimento 2223279	Reserva/Gula *0*
----------------------	------------------------	---------------------

Paciente NOBERTO PEREIRA DA SILVA [CPF: 33831840482]	Sexo Etl Civil M	Dt Nasc. 19/12/1958	Telefone R.G. 8133152425 813189	Código CNS 704100466960650
Endereço APRIGIO NEPOMUCENO Bairro LIBERDADE	Num. Complemento 1035	Cidade CAMPINA GRANDE	Profissão	UF PB
Nome da Mãe M.FONSECA DA SILVA	Endereço RUA	Cidade CAMPINA GRANDE	Cep 58105285	Teléfono 33152425
Responsável NOBERTO PEREIRA DA SILVA				
Bairro LIBERDADE				

COMISSÃO DE ADOLESCENTES
Dr. Mariucci
Dr. Ítalo César
Dr. Luciano Holanda
Enf. Anália
Pro. Dr. Luciano Holanda
Cirurgião
8133152425
www.luciano.holanda.med.br

Médico Atendente 2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3985] [CPF: 45623562434]	Médico Acompanhante 2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3985] [CPF: 45623562434]
--	---

Sector 3009 SECRETARIA-SUS	Convênio 50 SUS	Origem
Acomodação POSTO: - ENFERMARIA - LEITO:		
Data mín. para alta - 30/01/2017	Data máx. para alta - 30/01/2017	Atendente - MARCELA CAVALCANTE NASCIMENTO.

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....?	[] Sim [X] Não	Data admissão 30/01/2017	Data alta 02, 02, 17
Internação anterior..?	[] Sim [] Não	Hora admissão	Hora alta 08:00
Alta.....	Curado..... []	Melhorado..... [X]	Inalterado..... []
	Piorado..... []	A pedido..... []	Indisciplina..... []
	Transferido..... []	Falecimento..... []	Evasão..... []
			Clinica..: Médica..... []
			Cirúrgica..... []
			Obstétrica..... []

Diagnóstico:

Internação.: Inten m fur 0408050632 5, 72, 2 X, 59, 9

Definitivo...:

Histórico:

ORTODONTIA PROTESE

RECEBIDO

28 JUN 2017

GRUPO-SEGURADOR BBMAEPRE

Alta - 1	Raio X:	UTI
Perm - 2	[X] Simples	Entrada
Transf - 3	[] C/Contraste	Saída
Óbito - 4		
Motivo	Caract. Trat.	Carimbo e Assinatura do Médico
[] Sangue.. [] Rh.. [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G		

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 31/01/17
Jucélio dos Santos Fereira
REC EM RADIOLOGIA
CRM 10.000

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Roberto Pereira da Silva
ALIA: cinérgica
ID: 16
CONVÊNIO: 805

DATA: 28 JUN 2012
LIGADOUR: ASS
DESIGADOUR: ASS

RECEBIDO

28 JUN 2012

GRUPO SEGUADOR
BBM/AFPRE

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA

MEDICAMENTOS

HORA

Dr. Roberto Pereira da Silva
OPEDISTA - TEOT 12186
CRM 12.186/1-1

*Acque segue
de acordo com
do plano de
tratamento*

31/06/12
Alu. zero opo 2:30 CT

31/06/12
S. hipertensão / 1000

31/06/12
Ced. 1000 / 1000

31/06/12
Alu. zero opo 2:30 CT

Dr. Roberto Pereira da Silva
OPEDISTA - TEOT 12186
CRM 12.186/1-1

CHM HOSPITAL
CENTRO DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA
CRM 12.186/1-1

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

NO HOSPITAL ATUANDO GABRIEL

CUSTAS DESPESAS FORAM

COBRADAS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE:	
Nº DO PRONTO-SOLAR:	Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: 31/07/17	ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR: <i>[assinatura]</i>	
1ª AUXILIAR: <i>[assinatura]</i>	2ª AUXILIAR: <i>[assinatura]</i>
3ª AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:
ANESTESIA: <i>[assinatura]</i>	TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>fúrcula fratura esquerda</i>	
TIPO DE OPERAÇÃO: <i>fixação com placa e parafusos</i>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <i>[assinatura]</i>	
RELATÓRIO PRELIMINAR DA PATOLOGIA:	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: *[assinatura]* TÉCNICA: *[assinatura]* DRENAGEM: *[assinatura]* SUTURA-MATEMPREGADO: *[assinatura]* ASPECTO: *[assinatura]* VICERAS

[Handwritten surgical report text, including patient name, date, and procedure details.]

RECEBIDO
28 JUN 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFPE

**PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS**

HOSPITAL ANTONIO TARGINO LTD.
DE RALTON, MINISTRO DA COSTA
CNPJ nº 06.908.110/0001-00
CNPJ nº 06.908.110/0001-00



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME: Robert Ford

Ala: — 0000000000000000

LEITO:

CONVÊNIO

01/05/2015

RECEBIDO

28 JUN 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

DATA	MEDICAMENTOS	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
21/11	Aten - bino oxos - 18:00	15h	Aten - bino oxos - 18:00
22/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
23/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
24/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
25/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
26/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
27/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
28/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
29/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
30/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
01/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
02/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
03/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
04/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
05/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
06/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
07/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
08/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
09/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
10/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
11/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
12/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
13/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
14/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
15/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
16/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
17/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
18/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
19/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
20/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
21/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
22/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
23/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
24/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
25/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
26/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
27/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
28/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
29/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
30/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
31/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000

PACIENTE: Roberto Pereira da Silva 58
CONVÊNIO: SUS SUS ☐ PRONTUÁRIO: 321352/2223279
DATA: 31/01/77 CIRURGIÃO: Frat. de fêmur esquerdo.
CIRURGIÃO: Dr. Raillon Marinho
AUXILIAR: _____
ANESTESISTA: Dr. Isabela Donato
CIRCULANTE: Eliziane INTERO 5.08 HORÁRIO: INÍCIO: 16.45 FINAL: 17.25

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1890	ÁGUA DESTILADA	04
28819	RANITIDINA	01
2076	ATROPINA	
2020	DIPIRONA	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DIXAMETASODONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOEFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70013	NAUSEDRON 8mg	01
70572	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	ENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUTINATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	

CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
9885	DIEPAX 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NITRIBUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	
3042	FENTANI	
70548	TRACUR	
8934	HALOTANO	
128572	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0.5% CV	
70750	NEOCAINA 0.5% SV	
9024	NILPERIDOL	
3212	ETOMIDATO	

9093	LIDOCAINA GELEIA	
7119	LIDOCAINA 1% SV	
2801	LIDOCAINA 1% CV	
1296	NEOCAINA PESADA	0,1

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA BAQUI N° 25	01
	DRENO FENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
4002	AGULHA DESCARTÁVEL N°	04
	ESCOVA DESCARTÁVEL	04
215	COMPRESSAS 25x28	25
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27360	COLETOR URINA ABERTO	
59287	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGUTAS	01
2577	EQUIPO MICROGUTAS	
69752	MICROPORE LARGO	
3379	MICROPORE FINO	
	JELCON N° 18	01
	LÂMINA DISTURI N° 24	02
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	05
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	04
3718	SERINGA DE 05cc	03

3697	SERINGA DE 10cc	RECEB	04
341797	SERINGA DE 60cc (Diet)		
3735	SERINGA DE 01cc		
	SCALES Nº		
	SONDA POLEY Nº		
4081	TORNEIRA 03 VIAS		28 JUN
	SONDA NELATON		
	SONDA RETAL		
2615	ESPARADRAPO	GRUPO 555	
3468	INTRA-CATH	BBM	
20117	FITA GLICENIA		
60917	GILETE		01
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		
	ATADURA CRETOM Nº	IS	04
	GNEDEL Nº		
40126	LUVAS 7.5		03
3522	LUVAS 8.0		02
149870	LUVAS 9.0		02
NDIDO	SONDA NSG		
3425	REUSIS		
3500	CAIXA 5.0 S.CIS		20
3549	LIQUIDAMENTO		08
3532	CONDUTOR		
3532	SURGIMENTO		
3532	STENT TRACHEOSTOMIA Nº		

cód.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
3.0	MONONYLON N° 2.0	01
	CRONADO S/A N°	
4.0	CRONADO CIA N° 1	01
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO CIA N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	

CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL	100 m
2631	ÉTER	
3611	PVP TÓPICO	
3670	PVP DEGERMANTE	
3330	ÁGUA OXIGENADA	
411	VASELINA	
304001	CLOROXIDINA	70 m

CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	4L/min
	ÓXIDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	HISTÓRIAS ELÉTRICAS	
	CAENÓGRAFO	
	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	10
	OXÍMETRO DE PULSO	10
	ASPIRADOR ELÉTRICO	

CÓD.	SOROS	QUANT.
017	SORO FISIOLÓGICO 500ml	5500 ml
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	2000 ml
	HISOCCL.	
0208	MANITOL.	

QTD.	OUTROS	QUANT.
01	adaptada p/500	
01	Domum	
01	Adulvitomine	
01	Acido Citrico	
01	placa de lithe	
135	06 fios	
01	fio deslizar	
Nº 10		
01	Contro. fino	
	para catilal	
	Nº 42 38	
	02 01	

RECEBIDO

28 JUN 2017

GRUPO SEGUROS
BMAEP SOD.

		3522
PACIENTE ATENDIDO		149878
NO HOSPITAL		3125
CUJAS DESPESAS		175602
COBRADAS		3530
		41825

LAUDO RADIOLÓGICO

INICIAL=FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR

CONTROLE=FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR COM OSTEOSSÍNTESE

DATA 30 / 01 / 17

MÉDICO

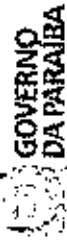
Rosângela Andrade dos Santos
CRM 1508
RADIOLOGISTA

RECEBIDO

28 JUN 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTÔNIO MARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



GOVERNO
DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1373741

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 07.778.263/0039-52
Av. Alde Floriano Pereira, 4760 - Madinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/01/2017
Boletim de Emergência (B.E) Modelo 07 Atendente: Pamela Mayara Lima Guedes

PACIENTE: NOBERTO PEREIRA DA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 19/12/1958

SILVA

Endereço: APT. 101 RUA DO AÇÚCAR

Cidade: Campina Grande

Nome do Mãe: JOZELINA FELICIA DA SILVA

Responsável: THIAGO GIOVANNI

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

Sexo: M Telefone: 988171148

Idade: 058 Bairro: JARDIM PAULISTANO

RG: 8.11.189 Profissão: SERRALHEIRO

CPF: 33831840402 CNS: 898000479899888

Data de Tipo:

Atend: 27/01/2017

Horas: 22:44:44

CRM:

CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA MOTO x BICICLETA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

- | | |
|--------------------|---------------------------------|
| 1. Cabeça | 19. Fratura da base do crânio |
| 2. Braço direito | 20. Fratura da base do pescoço |
| 3. Braço esquerdo | 21. Hematoma |
| 4. Costela | 22. Injúria do membro superior |
| 5. Costela | 23. Injúria do membro inferior |
| 6. Dor | 24. Lesão de tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Embrulhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfiado no ar | 27. Movimento torácico parietal |
| 10. Enfiado no ar | 28. Objeto penetrante |
| 11. Equilíbrio | 29. Cicatriz |
| 12. F. Alta branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Alta branca | 31. F. Alta branca |
| 14. F. Alta branca | 32. F. Alta branca |
| 15. F. Alta branca | 33. F. Alta branca |
| 16. F. Alta branca | 34. F. Alta branca |
| 17. F. Alta branca | 35. F. Alta branca |
| 18. F. Alta branca | 36. F. Alta branca |

OBS: Alterar e inovar.

QUANTO À:

Gravidade da lesão baseada em:

Gravidade da lesão baseada em:

Gravidade da lesão baseada em:

Gravidade da lesão baseada em:

Gravidade da lesão baseada em:

Gravidade da lesão baseada em:

anamnese

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Assimilação mola x bicicleta, encontraram no bico de
pneu das molas molas e com 6. Apresentando
enfiado superficial. Lesão a nível da musculatura

ALERGIA: N. F.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glaucoma PA HGT: 5402

1- Garganta, cervical lim (nada visto)

2- Enfiado, mola mola

3- Enfiado, mola mola

4- Enfiado, mola mola

5- Enfiado, mola mola

6- Enfiado, mola mola

7- Enfiado, mola mola

8- Enfiado, mola mola

9- Enfiado, mola mola

10- Enfiado, mola mola

11- Enfiado, mola mola

12- Enfiado, mola mola

13- Enfiado, mola mola

14- Enfiado, mola mola

15- Enfiado, mola mola

16- Enfiado, mola mola

17- Enfiado, mola mola

18- Enfiado, mola mola

19- Enfiado, mola mola

20- Enfiado, mola mola

21- Enfiado, mola mola

22- Enfiado, mola mola

23- Enfiado, mola mola

24- Enfiado, mola mola

25- Enfiado, mola mola

26- Enfiado, mola mola

27- Enfiado, mola mola

28- Enfiado, mola mola

29- Enfiado, mola mola

30- Enfiado, mola mola

31- Enfiado, mola mola





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Adriano Pereira da Silva		
End:	Avenida 27 de Abril, Bairro: 235		
Data de Nascimento:	19/10/58	Documento de Identificação:	2.421.117
Queixa:	Acid. Data do Atendimento: 27.06.17 Hora: 22:30 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	(X) Calmo	() Fútil de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Cama	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial



Assinatura e carimbo do profissional

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
Nº DO PRONTO-SOLAR: _____ DATA DA OPERAÇÃO: 31/01/17 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
OPERADOR: _____ 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
ANESTESIA: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____
TIPO DE OPERAÇÃO: _____
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____
RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA: _____
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: _____
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

5.1. ECONOMICA- LIGADURAS DRENAGEM- SUTURA-MAT EMPREGADO- ASPHALTO- VICERAS

via DE ?

RECEBIDO

28 JUN 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTERIO RINGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME: Robert Forster

LEITO:

-CONVÊNIO:

01/05/2015

RECEBIDO

28 JUN 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRF

DATA	MEDICAMENTOS	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
21/11	Aten - bino oxos - 18:00	15h	Aten - bino oxos - 18:00
22/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
23/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
24/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
25/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
26/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
27/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
28/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
29/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
30/11	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
01/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
02/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
03/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
04/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
05/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
06/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
07/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
08/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
09/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
10/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
11/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
12/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
13/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
14/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
15/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
16/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
17/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
18/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
19/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
20/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
21/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
22/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
23/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
24/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
25/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
26/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
27/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
28/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
29/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
30/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000
31/12	S. Paracetamol 1000	15h	S. Paracetamol 1000

PACIENTE: Roberto Pereira da Silva 58
CONVÊNIO: SUS SUS ☐ PRONTUÁRIO: 321352/2223279
DATA: 31/01/77 CIRURGIA: Trat. de fêmur esquerdo.
CIRURGIÃO: Dr. Raillon Marinho
AUXILIAR: _____
ANESTESISTA: Dr. Isabela Donato
CIRCULANTE: Eliziane INTERO 5.08 HORÁRIO: INÍCIO: 16.45 FINAL: 17.25

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1890	ÁGUA DESTILADA	04
28819	RANITIDINA	01
2076	ATROPINA	
3020	DIPIRONA	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DIXAMETASONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOEFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON 8mg	01
70572	THLATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	ENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLICONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	

CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
9885	DIEAIPAX 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NITRIBUM	
2216	PANCURON	
82831	PROPOFOL	
3042	FENTANI	
70548	TRACUR	
8934	HALOTANO	
128572	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0.5% CV	
70750	NEOCAINA 0.5% SV	
9024	NILPERIDOL	
3212	ETOMIDATO	

9093	LIDOCAINA GELEIA	
7119	LIDOCAINA 1% SV	
2801	LIDOCAINA 1% CV	
1296	NEOCAINA PESADA	0,1

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA BAQUI N° 25	01
	DRENO FENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
4002	AGULHA DESCARTÁVEL N°	04
	ESCOVA DESCARTÁVEL	04
215	COMPRESSAS 25x28	25
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27380	COLETOR URINA ABERTO	
39287	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGUTAS	01
2577	EQUIPO MICROGUTAS	
69752	MICROPORE LARGO	
3379	MICROPORE FINO	
	JECON N° 18	01
	LÂMINA DISTUR N° 24	02
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	05
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA CESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	04
3718	SERINGA DE 05cc	03

3697	SERINGA DE 10cc	04
341797	SERINGA DE 60cc (Dist)	RECEB
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALES N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	28 JUN
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	GRUPO 559
3468	INTRA-CATH	BBMAT
20117	FITA GLICENIA	
60917	GILETE	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
	ATADURA CRETOM N°	15 04
	GNEDEL N°	
40126	LUVAS 7.5	03
3522	LUVAS 8.0	02
149870	LUVAS 9.0	02
NDIDO	SONDA NSG	
3125	REUSUS	
1560	CAZES 15.5 CIS	20
1549	LAVAMENTO	08
ES49	CONDUTOR	
5332	SURGIMENTO	
540	STENT TRACHEOSTOMIA N°	

cód.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
3.0	MONONYLON N° 2.0	01
	CRONADO S/A N°	
4.0	CRONADO C/A N° 1	01
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	

CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL	100 m
2631	ÉTER	
3611	PVP TÓPICO	
3670	PVP DEGERMANTE	
3330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304001	CLOREXIDINA	70 m

CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	4 Litros
	ÓXIDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	HISTÓRIAS ELÉTRICAS	
	CAENÓGRAFO	
	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	10
	OXÍMETRO DE PULSO	10
	ASPIRADOR ELÉTRICO	

CÓD.	SOROS	QUANT.
017	SORO FISIOLÓGICO 500ml	5500 ml
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	2000 ml
	HISOCEL.	
008	MANITOL.	

200.	OUTROS	QUANT.
01	adotada p/son	
01	domin	
01	adotada p/son	
01	adotada p/son	
01	adotada p/son	
01	adotada p/son	
13	06 anos	
01	adotada p/son	
Nº 10		
01	adotada p/son	
	para catolical	
	Nº 42 38	
	02 01	

RECEBIDO

28 JUN 2017

GRUPO SEGUROS
BMAEP SOD.

		1522
PACIENTE ATENDIDO		149878
NO HOSPITAL		3125
CUJAS DESPESAS		15502
COBRADAS		3530
		41825

LAUDO RADIOLÓGICO

INICIAL=FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR

CONTROLE=FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR COM OSTEOSSÍNTESE

DATA 30 / 01 / 17

MÉDICO

Rosely Andrade dos Santos
CRM 1508
RADIOLOGISTA

RECEBIDO

28 JUN 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTÔNIO MARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

BRAZIL

Services Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

(http://www.vlbrs.gov.br/)

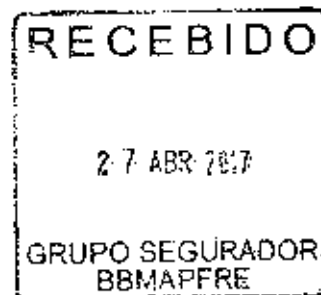


Documentos de identificação



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **338.318.404-82**Nome da Pessoa Física: **NOBERTO PEREIRA DA SILVA**Data de Nascimento: **19/12/1958**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **15:42:53** do dia **06/04/2017** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **7373.07A7.216A.89D9**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

(/Aplicacoes/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/CONSULTAIMPRESSAO.aspx).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Roberto Pereira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

813.189

2ª via

DATA DE
EXPIRAÇÃO

20/11/1985

ROBERTO PEREIRA DA SILVA

Jose Pereira da Silva

Jozelina Felicia da Silva

Capa Grande-PB

19/12/1958

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nas. Nº 8877; Fls. 123; Liv.

Cart. Sad. Jose de Espinheras-PB

338.318.404/82

Estado Paroico - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

BRAZIL

Services Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

(http://www.vlbrasil.gov.br/)



Documentos de identificação



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **338.318.404-82**

Nome da Pessoa Física: **NOBERTO PEREIRA DA SILVA**

Data de Nascimento: **19/12/1958**

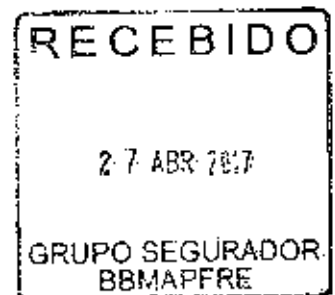
Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:42:53** do dia **06/04/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **7373.07A7.216A.89D9**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

(/Aplicacoes/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/CONSULTAIMPRESSAO.aspx).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Roberto Pereira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

813.189

2ª via

DATA DE
EXPIRAÇÃO

20/11/1985

ROBERTO PEREIRA DA SILVA

Jose Pereira da Silva

Jozelina Felicia da Silva

Capa Grande-PB

19/12/1958

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nas. Nº 8877; Fls. 123; Liv.
Cart. Sad. Jose de Espinheras-PB

338.318.404/82

Estado Paroico - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170235634

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 27/02/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA RELATA DOR À MOBILIZAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO. AO EXAME DISCRETA CLAUDICAÇÃO (DOR?) E EDEMA RESIDUAL NO JOELHO ESQUERDO. MOVIMENTOS PRESERVADOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 11/07/2017

Conduta mantida:

Observações: ALTERAÇÕES ATUAIS SÃO DE CARÁTER TEMPORÁRIO. NÃO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL ARTICULAR.

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

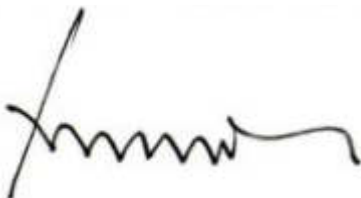
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Outros



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Alendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ARTHUR MAX ENKEL SABINO GOMES		Nome da Vitima NOBERTO PEREIRA DA SILVA	CPF da Vitima 33831840482
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima ☒ CPF da Vitima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidéz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO IML MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Data: _____ Hora: _____	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

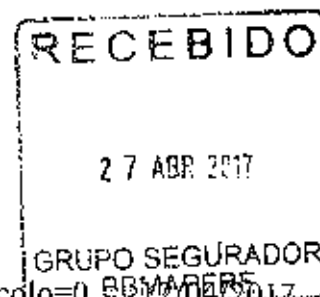


0118841

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vitima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



Outros



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Alendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ARTHUR MAX ENKEL SABINO GOMES		Nome da Vítima NOBERTO PEREIRA DA SILVA	CPF da Vítima 33831840482
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidéz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO IML MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Data: _____ Hora: _____	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

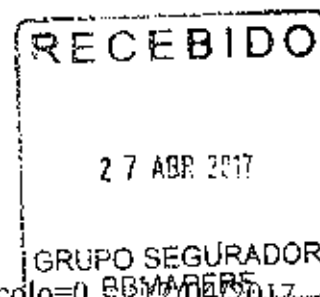


0118841

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ARTHUR MAX ENKEL SABINO GOMES		Nome da Vítima NOBERTO PEREIRA DA SILVA	CPF da Vítima 33831840482
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações <i>Remanta</i> 0163972/17	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0121639

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

RECEBIDO

28 JUN 2017

GRUPO SEGURO
BB MAPFRE



(7)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170235634 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** NOBERTO PEREIRA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624**BENEFICIÁRIO** NOBERTO PEREIRA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 33831840482**Posição em 12-06-2017 11:34:51**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
 Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)

Documentos invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

RECEBIDO

A A A O

28 JUN 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170235634

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 27/02/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

Documentos complementares: RELATÓRIO DE TRATAMENTO QUANTIFICANDO A SEQUELA

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170235634 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NOBERTO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI ESQUERDO :25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170235634

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NOBERTO PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 27/02/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA RELATA DOR À MOBILIZAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO. AO EXAME DISCRETA CLAUDICAÇÃO (DOR?) E EDEMA RESIDUAL NO JOELHO ESQUERDO. MOVIMENTOS PRESERVADOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 11/07/2017

Conduta mantida:

Observações: ALTERAÇÕES ATUAIS SÃO DE CARÁTER TEMPORÁRIO. NÃO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL ARTICULAR.

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

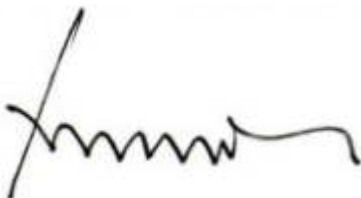
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **NOBERTO PEREIRA DA SILVA** Sinistro: **3170235634** Data: **27/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Aprígio Pereira Nepomuceno, 1035 - ROSA CRUZ - Campina Grande - PB - CEP 58415-310**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **813189**

Data local do exame: [**11/07/2017**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO. . VÍTIMA RELATA DOR À MOBILIZAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO. AO EXAME DISCRETA CLAUDICAÇÃO (DOR?) E EDEMA RESIDUAL NO JOELHO ESQUERDO. MOVIMENTOS PRESERVADOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

ALTERAÇÕES ATUAIS SÃO DE CARÁTER TEMPORÁRIO. NÃO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL ARTICULAR.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB