



Número: **0847156-41.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	JAILSON FLORENCIO DE LIMA
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16255 759	29/08/2018 10:29	jailson florencio BAM1	Documento de Comprovação
16255 775	29/08/2018 10:29	jailson florencio BAM2	Documento de Comprovação
16255 788	29/08/2018 10:29	jailson florencio proc	Procuração
16255 799	29/08/2018 10:29	jailson flrencia proc adm BO SAmu	Documento de Comprovação



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Jeilson Flávio Góes Límer</u>			Registro:		
Idade:	Sexo: M.	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão:	<u>30/8/15</u>		Data da alta:	<u>17/10/15</u>	
Diagnóstico inicial:	<u>Fractura femur + olecranon</u>				
Diagnóstico final:	<u>Isolada ITOM anterior</u>				
Outros diagnósticos:					
Principais exames:	<u>R-X Coxas e antebraços.</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe:	<u>Ortopedista Dr. Leônidas Límer. Fractura femur e olecranon.</u>				
Terapêutica medicamentosa:	<u>Tiludol, dipirona e cefalexina</u>				
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (x)	Coleta de material: sim () não (x)				
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado (x) Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:					
<hr/> <hr/> <hr/>					
Dieta: <u>Livre</u>	Orientações Pós Alta				
Reposo:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Filtac, Cefalexina</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em <u>18/10/15 + 00h</u> para retirada de ponto					
Ao ambulatório <u>Hospital Senador Humberto Lucena</u> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>17 de 10 de 15</u>					
Ass. Médico / CRM: <u>Dr. Francisco Cesar da Costa</u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

2

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 862135 e PRONTUÁRIO nº 90050

PACIENTE: JAILSON FLORENCIO DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 09.11.98

Data e Hora do Atendimento: 30.08.15

Horário: 17:56h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de rebaixamento do nível de consciência, trauma no cotovelo direito e na coxa direita. Atendido pelo Dr. Marcos Marchi CRM 3796, Dr. André Cristiano CRM 9714, Dr. José Lopes de Sousa CRM 6676, Dr. Breno Torres CRM 7232.

DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATISMO + FRATURA DO OLÉCRANO DIREITO
+ FRATURA DO FEMUR DIREITO CID 10 S 52 0, S 72 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, avaliação da traumatologia, Rx da coluna cervical AP e Perfil, RX de Tórax AP, Rx do antebraço direito AP e Perfil, Rx do cotovelo direito AP e Perfil, Rx da bacia AP, Rx da perna direita AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio e tratamento cirúrgico em 30.08.15 com colocação de tração transesquelética tibial. Em 21.09.15 realizado retirada cirúrgica de tração trasesquelética e redução e fixação de fratura do fêmur direito. Em 09.10.15 realizado tratamento cirúrgico com redução e fixação de fratura do olécrano direito.

ALTA HOSPITALAR: 11.10.15

Data da Emissão: 19.09.16

DR. GLENDEN TÉRCIO G. G. DA TRINDADE
MÉDICO AUDITOR - HETSHL
CRM- 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

CADASTRAR PACIENTE - Saúde

gram Files (x86)

images/boletimE...

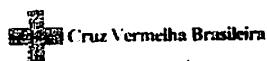
RX, TC, US

Leito Clínico:

Internação sob Reque-

rimo

-D
ATC



ACOLHIMENTO, 0 -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 862135



Identificação do paciente

ID 937723	Nome JAILSON FLOURENCO DE LIMA			Sexo Masculino
Data de nascimento 09/11/1998	Idade 16 anos 9 meses 21 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário
Mãe NAO INFORMADO				Pai NAO INFORMADO
Escolaridade NAO INFORMADO				Responsável (Parentesco) JOAO PAULO GOMES DA SILVA - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996617443	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência DUAS ESTRADAS		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade PIRIPITUBA	CBO/R		

Endereço

CEP 58265000	Município de residência DUAS ESTRADAS	UF PB	Logradouro ARLIA BRANCA
Número SN	Complemento	Bairro	ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora Prevista 30/08/2015 17:56:59	Número da pulseira 1000003839279	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou AMB SAMU		

Sinais Vitais

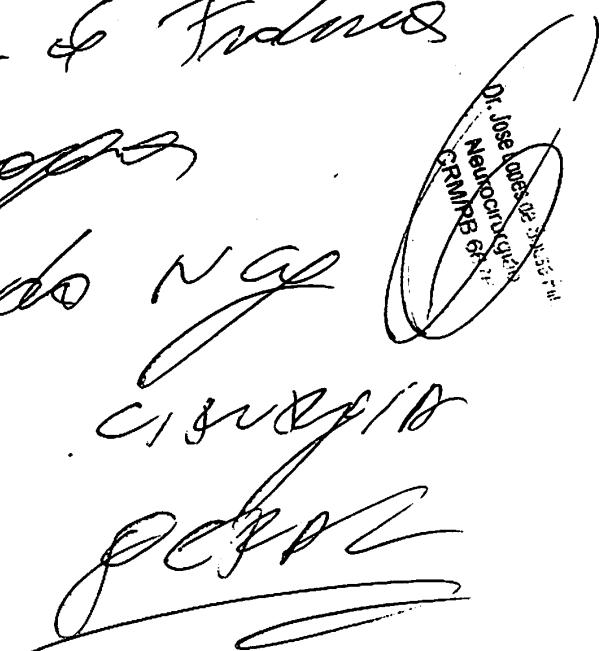
PA 128 x 76 mmHg | Pulso 81 | Temperatura

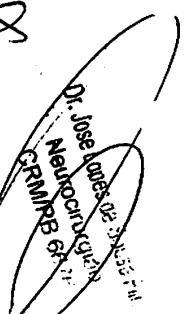
Exames complementares

Raios X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

② febre 22/08	Clínico
VS Pulseira	30/08/2015
Diagnóstico	CID
Atendido por ANIELLY RAMOS DOS SANTOS	Tempo 07min 30seg

30/07/15 #NCF#
P.TL E fisi & Diclofenac
↓ good tolerance
good quality analgesic
Elg-551 von Diclofenac
good tolerance motor
P.TL e Guanicoe & Fratino
Good tolerance
CS: Ativo do NCF
As methods conseguidos




Primeiro Atendimento Méc

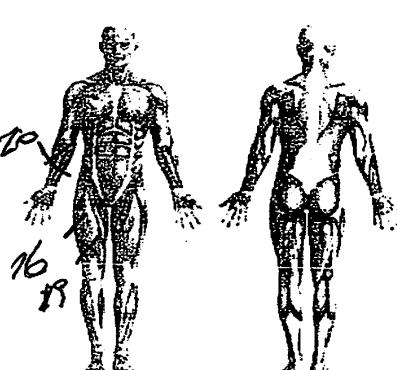
CRITICAL

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE	IDADE:	END. 1 KM 100 N. 50 - ZONA RURAL DUAS ESTRADAS
DADOS CLÍNICOS	MECANISMOS DO TRAUMA	FONE: (16) 988617443 CELLULAR: (93) 988617443 IDADE: 16 DT. ENTRADA: 30/09/2015 17:56:59
<p>Quedou de moto por capacete.</p> <p>Vaga paralela concussiva e contusão tóxica alcoólica</p> <p>Petiscando concussivo?!!</p>		

EXAME PRIMÁRIO	
VIAS AÉREAS	<input checked="" type="checkbox"/> Vias (<input type="checkbox"/>) Obstruídas <input checked="" type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/>) Não
CERVICAL IMOBORIZADA: <input checked="" type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/>) Não	
VENTILAÇÃO:	
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA	<input checked="" type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/>) Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	<input checked="" type="checkbox"/> Sem dificuldade (<input type="checkbox"/>) Com dificuldade
() VENTILAÇÃO MECÂNICA	
() APNÉIA	
AUSCUTA PULMONAR:	
1- MURMÚRIO TESTICULAR	
HTD	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente
HTE	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente
2- RUIDOS	
HTD	<input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não
HTE	<input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores
	<input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores
CIRCULAÇÃO	
COR DA PELE:	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/>) Pálida (<input type="checkbox"/>) Cianótica <input type="checkbox"/> Pletórica (<input type="checkbox"/>) Ictérica	
TEMPERATURA DA PELE	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/>) Quente (<input type="checkbox"/>) Fria	
PULSO	
<input type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/>) Aumentado <input type="checkbox"/> Fino (<input type="checkbox"/>) Ausente	
AUSCUTA CARDÍACA	
RÍTIMO	<input type="checkbox"/> Regular (<input type="checkbox"/>) Irregular (<input type="checkbox"/>) Ausente
BULHAS	<input checked="" type="checkbox"/> Brômatonéticas (<input type="checkbox"/>) Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas (<input type="checkbox"/>) Ausente
SOPRO	<input type="checkbox"/> Presente (<input type="checkbox"/>) Ausente
BE OU B4	<input type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/>) Não
FC:	_____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C
ECG:	
ABDOMEN: <i>Parado rebato dpo</i>	

DÉFÍCIT NEUROLOGICO					
Pupilas: () Fotorreagente		() Paralisadas	() Isocôricas	() Anisocôricas	(diferença = mm)
escala de Glasgow:					
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea		Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

EXAME SECUNDÁRIO					
ALERGIA:	() Não	() Sim: 9			
MEDICAMENTOS:	() Não	() Sim: _____			
IMUNIZAÇÃO	() Não	() Sim: _____			
PATOLOGIA	() Não	() Sim: _____			
ALIMENTOS INGERIDOS:	() Não	() Sim: _____			
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado	 <ul style="list-style-type: none"> 1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorrágia 35 Sinais de Isquemia 36 			
OBS.:					
QUEIMADURA:	Superfície corporal lesada (regra da palma%)	% Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau			
EXAMES SOLICITADOS	<input type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada				
<input type="checkbox"/> Lavado peritoneal <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS					
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS <i>1º atendimento ambulatorial</i>		CÓDIGO			
1		<i>Chirurgia de Lesões e Carimbo</i>			
2		<i>Ortopedia</i>			
3		<i>Ortopedia</i>			
4		<i>Ortopedia</i>			
5		<i>Ortopedia</i>			
6		<i>Ortopedia</i>			
7		<i>Ortopedia</i>			
8		<i>Ortopedia</i>			
9		<i>Ortopedia</i>			
10		<i>Ortopedia</i>			
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO					
Solicito parecer da	<i>ana raquel de souza</i>	às <i>10:15</i> do dia <i>30/3/16</i>			
Solicito parecer da		às : do dia / /			
DESTINO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde) <input type="checkbox"/> Internado (setor)				
DATA					
DA					
SAÍDA					
HORAS:	() Alta hospitalar () Óbito	() Decisão médica () Até 48 hs.	() A pedido () Após 48 hs.	() A revália () Família	() Desistência () IML () SVO
ASSIN		ASSIN			
ATURA/CARIMBO		ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL			

F(NG).CC.001-1



Evolução do Paciente



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Jairson F. de Lima

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
32/08/15	10:30	Paciente evoluí EGR, consciente, orientado, afébril, em pé. Em AVP em MSE. Segue aos cuidados da enfermagem.
		Elenice da Silva Oliveira Enfermeira COREN-PB 235.714
03/09/15	10:08	Psicólogo Paciente no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, confortável, interage bem. Realizou apoio psicológico.
		Laura Dantas de Oliveira Mendes Psicóloga Clínica Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 04/249
03/09/15	10:53	Psicólogo Paciente consciente, orientado, emocionalmente estável, confortável, interage bem. Realizou apoio psicológico.
		Ward Dantas de Oliveira Mendes Psicólogo Clínico Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 13/249

SUS

Sistema Único de
Saúde
Ministério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

2 - CNES

2593262

4 - CHES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.T.O.P.

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JAILSON FLORENCIO DE LIMA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

862135

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

X

Feminino

3

10 - RACACOR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - 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

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36-QTDE

✓ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38-QTDE

8.8000N - Aguda Bloco. Pexo 50m m 61 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

costoplan - CX. 3,5

Placa 1/3 Tubular 10 F

pequena Fraturamento. cortical.

Panquecas. N° 20122-11241261281

Espofato N° 501

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPP

46 - ASSINATURA CARTEIRA PROFISSIONAL (Nº DO CONSELHO)

Dr. FREDERICO MARQUES JUNIOR

DELEGADO DO CONSELHO

Nº 12666 / CRM-PB 9301

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPP

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - CÓD. DE EMISSOR / 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Cristiano José Pinto

CRM-PB 9301

Nº 12666 / CRM-PB 9301



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	JAILSON FLORESCO DE Lima			Registro:	862135						
Idade:	16	Sexo:	M	Cor:	P	Clínica:	H+07	EMP:	16	LR:	04
Data:	09/10/15	Cirurgião:	Dr. Humberto Linc			1º Assistente:	Dr Francisco B.				
2º Assistente	André M.R.S			3º Assistente	Instrumentador:						
Anestesista:	Dr Sergio			Tipo de Anestesia:	Rogam	Hora Início:	Hora termino:				

Diagnóstico(s) Pós-Operatório	CID
Ex de óssea d	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
t+o cirurgia de óssea d.	

Acidente durante ato cirúrgico	1º sim	2º não	Descriva:
Biopsia de congelação:	1º sim	2º não	
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermaria	2º terapia intensiva	
	3º residência	4º óbito durante ato cirúrgico	

09 / 10 / 2015
João Pessoa - Data

André Cristiano
Médico
CRM-PB: 9714

Ass. do Médico / CRM

Descrição da Cirurgia

Posição e Preparo:

O Pélvis na Anestesia:
A mezzan + Antitromboz
Aconsel de coagulo Estérile

Incisão:

Via de Acesso Posterior sobre o Osteo

Achados:

- Fr. de Osteo L.

Conduta:

- Mídia Osteoartrite Tor. Plano.
- Desbridamento Calcareo.
- Redução Cefálica + fixação (1 Osteopla)
- Interponer ossos + placar, uso de Eros 3 S
- Mediocondro + Tornáculos articular e Ilióspina
- Enxerto de Ossos + Ilióspina de Escápula.
- Limpeza mecânica
- Fechamento Tor. Plano,
- Curativo Estéril
- Rx de Controle

Fechamento:**Observação:**

Data, João Pessoa de de

Assinatura/carimbo

FICHA DE ANESTESIA

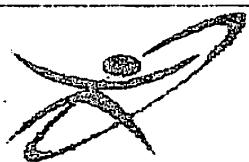
81

REC-100

DATA: 07/10/13

PRONTUÁRIO:

PACIENTE:	<i>Jailson Florencio</i>		SEXO: M	COR:	IDADE: 16			
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 100	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO			
ESTADO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES			AP. CIRCULATORI					
AP. RESPIRATÓRIO	relax		ESTADO MENTAL	3		DROGAS EM USO		
AP. DIGESTIVO	~		ESTADO MENTAL		3	ESTADO FÍSICO (ASA)		
PRÉ-ANESTÉSICO								
DOSE/HORA								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	<i>Int. pleural i)</i>							
CIRURGIA REALIZADA	<i>Osteosíntese</i>							
CIRURGIÃO	<i>Dra Luciana</i>							
AUXILIARES								
INÍCIO DA ANESTESIA	0820		TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.	VALORES R\$				
ANESTESISTA	<i>Sergio Lobo</i>		CPF	CRM-PB 1176				
AGENTE HORA	0820							
LIGADOS VENOSOS	R		500					
PULSO O	220							
CÓDIGO CRÔNIQUE	200							
● CÓDIGO X	180							
● CÓDIGO Y	160							
● CÓDIGO Z	140							
● CÓDIGO A	120							
● CÓDIGO B	100							
● CÓDIGO C	80							
● CÓDIGO D	60							
● CÓDIGO E	40							
● CÓDIGO F	20							
● CÓDIGO G	10							
● CÓDIGO H	5							
● CÓDIGO I	2							
● CÓDIGO J	1							
● CÓDIGO K	0							
● CÓDIGO L								
● CÓDIGO M								
● CÓDIGO N								
● CÓDIGO O								
● CÓDIGO P								
● CÓDIGO Q								
● CÓDIGO R								
● CÓDIGO S								
● CÓDIGO T								
● CÓDIGO U								
● CÓDIGO V								
● CÓDIGO W								
● CÓDIGO X								
● CÓDIGO Y								
● CÓDIGO Z								
● CÓDIGO A								
● CÓDIGO B								
● CÓDIGO C								
● CÓDIGO D								
● CÓDIGO E								
● CÓDIGO F								
● CÓDIGO G								
● CÓDIGO H								
● CÓDIGO I								
● CÓDIGO J								
● CÓDIGO K								
● CÓDIGO L								
● CÓDIGO M								
● CÓDIGO N								
● CÓDIGO O								
● CÓDIGO P								
● CÓDIGO Q								
● CÓDIGO R								
● CÓDIGO S								
● CÓDIGO T								
● CÓDIGO U								
● CÓDIGO V								
● CÓDIGO W								
● CÓDIGO X								
● CÓDIGO Y								
● CÓDIGO Z								
● CÓDIGO A								
● CÓDIGO B								
● CÓDIGO C								
● CÓDIGO D								
● CÓDIGO E								
● CÓDIGO F								
● CÓDIGO G								
● CÓDIGO H								
● CÓDIGO I								
● CÓDIGO J								
● CÓDIGO K								
● CÓDIGO L								
● CÓDIGO M								
● CÓDIGO N								
● CÓDIGO O								
● CÓDIGO P								
● CÓDIGO Q								
● CÓDIGO R								
● CÓDIGO S								
● CÓDIGO T								
● CÓDIGO U								
● CÓDIGO V								
● CÓDIGO W								
● CÓDIGO X								
● CÓDIGO Y								
● CÓDIGO Z								
● CÓDIGO A								
● CÓDIGO B								
● CÓDIGO C								
● CÓDIGO D								
● CÓDIGO E								
● CÓDIGO F								
● CÓDIGO G								
● CÓDIGO H								
● CÓDIGO I								
● CÓDIGO J								
● CÓDIGO K								
● CÓDIGO L								
● CÓDIGO M								
● CÓDIGO N								
● CÓDIGO O								
● CÓDIGO P								
● CÓDIGO Q								
● CÓDIGO R								
● CÓDIGO S								
● CÓDIGO T								
● CÓDIGO U								
● CÓDIGO V								
● CÓDIGO W								
● CÓDIGO X								
● CÓDIGO Y								
● CÓDIGO Z								
● CÓDIGO A								
● CÓDIGO B								
● CÓDIGO C								
● CÓDIGO D								
● CÓDIGO E								
● CÓDIGO F								
● CÓDIGO G								
● CÓDIGO H								
● CÓDIGO I								
● CÓDIGO J								
● CÓDIGO K								
● CÓDIGO L								
● CÓDIGO M								
● CÓDIGO N								
● CÓDIGO O								
● CÓDIGO P								
● CÓDIGO Q								
● CÓDIGO R								
● CÓDIGO S								
● CÓDIGO T								
● CÓDIGO U								
● CÓDIGO V								
● CÓDIGO W								
● CÓDIGO X								
● CÓDIGO Y								
● CÓDIGO Z								
● CÓDIGO A								
● CÓDIGO B								
● CÓDIGO C								
● CÓDIGO D								
● CÓDIGO E								
● CÓDIGO F								
● CÓDIGO G								
● CÓDIGO H								
● CÓDIGO I								
● CÓDIGO J								
● CÓDIGO K								
● CÓDIGO L								
● CÓDIGO M								
● CÓDIGO N								
● CÓDIGO O								
● CÓDIGO P								
● CÓDIGO Q								
● CÓDIGO R								
● CÓDIGO S								
● CÓDIGO T								
● CÓDIGO U								
● CÓDIGO V								
● CÓDIGO W								
● CÓDIGO X								
● CÓDIGO Y								
● CÓDIGO Z								
● CÓDIGO A								
● CÓDIGO B								
● CÓDIGO C								
● CÓDIGO D								
● CÓDIGO E								
● CÓDIGO F								
● CÓDIGO G								
● CÓDIGO H								
● CÓDIGO I								
● CÓDIGO J								
● CÓDIGO K								
● CÓDIGO L								
● CÓDIGO M								
● CÓDIGO N								
● CÓDIGO O								
● CÓDIGO P								
● CÓDIGO Q								
● CÓDIGO R								
● CÓDIGO S								
● CÓDIGO T								
● CÓDIGO U								
● CÓDIGO V								
● CÓDIGO W								
● CÓDIGO X								
● CÓDIGO Y								
● CÓDIGO Z								
● CÓDIGO A								
● CÓDIGO B								
● CÓDIGO C								
● CÓDIGO D								
● CÓDIGO E								
● CÓDIGO F								
● CÓDIGO G								
● CÓDIGO H								
● CÓDIGO I								
● CÓDIGO J								
● CÓDIGO K								
● CÓDIGO L								
● CÓDIGO M								
● CÓDIGO N								
● CÓDIGO O								
● CÓDIGO P								
● CÓDIGO Q								
● CÓDIGO R								
● CÓDIGO S								
● CÓDIGO T								
● CÓDIGO U								
● CÓDIGO V								



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: Jailson F. de Lima

BE: 862135

DATA: 30/08/2015 18:39:44

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL – FAST

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Demais órgãos abdominais sem alterações evidentes.

OBS: exame realizado em condições de urgência / emergência.


Dr. Igor Motta de Aquino
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM 6512

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



HEFTSHL

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Jailson Florêncio de Souza

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
01/09/2015	11:20 - Pronto	<p><u>Serviço Social</u> pedeclarado que trazia, anexado termo de admissão, solicitando doadores de sangue e fotos dos documentos</p> <p><i>Kelly de Medeiros L. Coutinho Barreto</i> Assistente Social CRESS 4396134 Região/PB</p>
02/09/2015	11:20 - Pronto	<p>Paciente no momento consciente, orientado, evolução muito estável, humor ligeiro. Realizou todas suas atividades.</p> <p>Lugar: Dantinha Olivença Hospital: Psiquiátrico Endereço: Espécie: Cadastrado 13/3/2013</p>

F(NG).ENF.018-I



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO MÍDIA DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA



**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

DATA: / /

Número: 00

PACIENTE: Fábio Flávio de Lima

PRONTUÁRIO: 862135

PROCEDIMENTO: Ortop. Crânio. Fratura de diáfise da fêmur (D)

DATA: 21/09/15

SUS () NÃO SUS ()

REPOSIÇÃO: _____

MÉDICO: Dr. Ricardo

CAIXA PRONTA: _____

MÉDICO: Dr. Francisco Guedes → Dr. R. Raio

DISPENSAÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
ortopedia	15 Panct. cart. n° 30	03		
	11 11 n° 32	03		
	n° 34	02		
	n° 36	01		
	n° 38	01		
	<i>Fixo longo 50 cm</i>			

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
3-braun	aplype de plexi p 26	04		

Vanessa Gomes Sacramento Santos
ENFERMEIRA
COREN 36012

ASSINATURA ENFERMEIRAS - COREN

*(4250/13) J.
Jurema G.*
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM



HMEETSHL



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número: 00

ACIENTE: Aurilene Souza de SouzaPROCEDIMENTO: shot enxiguel de flúor e plásticoSUS: 1NAO SUS: 1

MÉDICO: _____

DATA: 20/06/15
PRONTUÁRIO: 869135
DATA: 20/06/15
REPOSIÇÃO: _____
CAIXA PRONTA: _____

FORNECEDOR	DESCRICAÇÃO DO PRODUTO	DISPENSADO	ENTREGA		
			QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<u>1 Agulha de plástico</u>				
FORNECEDOR	DESCRICAÇÃO DO PRODUTO	DISPENSADO	ENTREGA		
			QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Em nome da Dr. A. Mário
ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN 199775-ENF.

Abel Brumal
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
22/6/15

Identificação do Paciente		5 - Nome do Paciente 6 - N° DC Prontuário 7 - CRM do Médico(a) Responsável 8 - Data de Nascimento (CNS) 9 - Sexo 10 - Nome da mãe ou responsável 11 - Telefone de contato 12 - Endereço Rural nº. s/arro 13 - Município de residência 14 - CDD 1336 Município 15 - UF 16 - Descrição do procedimento solicitado anterior 17 - Nome do autorizado de internação hospitalar (AIIH) 18 - Descrição do procedimento solicitado mudanca 19 - CDD PROcedimento - ANTERIOR 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO MUDANÇA 21 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 22 - DIAGNÓSTICO GERAL 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADES 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 27 - CDE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 28 - SOLICITAÇÃO DE DIRA DE UTI/EU DIRA DE ACCOMPAHAMENTO 29 - CDE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - CDE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - CDE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CDE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - CDE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 35 - CDE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTDE 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO 39 - Nome do profissional solicitante 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 41 - DOCUMENTO 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 43 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO 44 - Nome do profissional autorizador 45 - CDS () (CPF) 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DOCUMENTO 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 49 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO 50 - CDS () (SMS)
---------------------------	--	--

PROFESSIONAL SOLICITANTE

Gostaria que ex 45 e 25 sejam feitos a favor a todos

(A3) peça favor a todos

(A4) Batalha

FO 38 ~ N.º 36 ~ 01 ~ 84 - 02 ~ 32 - 03 ~ 30 - 04



RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente na仰卧位 sob anestesia
ortoflex + drogas (Remedio
de Trocas Transtornos e colagens
de coagulo.

Incisão:

região lateral da coda

Achados:

- Fx diafise de Fémur.

Conduta:

- Abertura por planos
- Redução cruenta, direta ou assistida
de figos de redução
- colocação de placa DCP de
10 furos + colocação de 8 parafusos corti-
cais.
- Curva de fêmulo operatório
- sutura por planos
- curvatura diáfisis
- Re controle.

Fechamento:**Observação:**

João Pessoa, 21/01/15

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Joelson F - 25 Lms BE/Prontuário: _____
 Idade: 16 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 30/8/16
 Clínica Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: TTO câncer de fôr expõe o osso
 Cirurgião: Dr. Francisco Bolívar 1º Assistente: Dr. Breno Torres
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>Fór expõe o osso</u>	(D)	
<u>Fór Kocher 15 Lems</u>	(D)	

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<u>TTO câncer fôr expõe o osso</u>	(D)	
<u>- trang orgânicos removíveis</u>	(D)	

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

Biópsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: Dr. Breno C. Torres
Ortopedia / Cirurgia do Quadril
CRM - PB 7232/TEOT 13940

João Pessoa, 30/8/16

F(NG).ASCIR.009-1



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEILSCHL

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Pct em ODH asepsia e antiséptico colostomia e copos de urina
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	Linfadenectomia - cirurgia q ret 0,9% 10 dias manutenção (D) ➡ drenamento de tecido peritoneal sangue fresco cavos fatores prothrombina injeções de sangue sanguíneas transfundir (D)
Fechamento:	
Observação:	

Dr. Breno C. Torres
Ortopedia / Cirurgia do Quadril
CRM - PB 7232 / TEOT 13940

Joā

João Pessoa, 30 / 3 11

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.001

CORBN 175025 IS

ch988

NOTAS DE CONSULTA - ASA 3 (ASA 5)						
NOTAS DE CONSULTA - ASA 3 (ASA 5) - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CRITICAS ANESTÉSICAS (SBCA)						
DATA:	TEMPO CRITICO:	ANESTESIA NÚCIO	FIM	CIRURGIA: NÚCIO	FIM	DATA:
04/01/15	08:00 as	ZAYK				
NOTA DE CONSULTA - ASA 3 (ASA 5) - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CRITICAS ANESTÉSICAS (SBCA)						
ALIMENTAÇÃO	FELOC 19	FIO CAT GUT GOMMADÓ N°				
BURRIVATAM	FELOC 20	FIO CAT GUT GOMMADÓ N°				
SPONTÂNEA	FELOC 22	FIO DE ACO N°				
SPONTÂNEA	FELOC 24	FIO DE ACO N°				
SOLUÇÕES	QTD.	LAMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°			
TENSÔMETRAS	ACCOOL FILLICO 10%	LAMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°			
DROPERIDOL	SOLOQUES	QTD.	LAMINA TORAXICA N°	FIO DE NYLON N°		
TRAMADOL		KIT SIST. DRN. TORAXICA N°	FIO DE NYLON N°			
TRAMADOL		ELCO 19				
TRAMADOL		ELCO 20				
TRAMADOL		ELCO 22				
TRAMADOL		ELCO 24				
TRAMADOL		ELCO 26				
TRAMADOL		ELCO 28				
TRAMADOL		ELCO 30				
TRAMADOL		ELCO 32				
TRAMADOL		ELCO 34				
TRAMADOL		ELCO 36				
TRAMADOL		ELCO 38				
TRAMADOL		ELCO 40				
TRAMADOL		ELCO 42				
TRAMADOL		ELCO 44				
TRAMADOL		ELCO 46				
TRAMADOL		ELCO 48				
TRAMADOL		ELCO 50				
TRAMADOL		ELCO 52				
TRAMADOL		ELCO 54				
TRAMADOL		ELCO 56				
TRAMADOL		ELCO 58				
TRAMADOL		ELCO 60				
TRAMADOL		ELCO 62				
TRAMADOL		ELCO 64				
TRAMADOL		ELCO 66				
TRAMADOL		ELCO 68				
TRAMADOL		ELCO 70				
TRAMADOL		ELCO 72				
TRAMADOL		ELCO 74				
TRAMADOL		ELCO 76				
TRAMADOL		ELCO 78				
TRAMADOL		ELCO 80				
TRAMADOL		ELCO 82				
TRAMADOL		ELCO 84				
TRAMADOL		ELCO 86				
TRAMADOL		ELCO 88				
TRAMADOL		ELCO 90				
TRAMADOL		ELCO 92				
TRAMADOL		ELCO 94				
TRAMADOL		ELCO 96				
TRAMADOL		ELCO 98				
TRAMADOL		ELCO 100				
TRAMADOL		ELCO 102				
TRAMADOL		ELCO 104				
TRAMADOL		ELCO 106				
TRAMADOL		ELCO 108				
TRAMADOL		ELCO 110				
TRAMADOL		ELCO 112				
TRAMADOL		ELCO 114				
TRAMADOL		ELCO 116				
TRAMADOL		ELCO 118				
TRAMADOL		ELCO 120				
TRAMADOL		ELCO 122				
TRAMADOL		ELCO 124				
TRAMADOL		ELCO 126				
TRAMADOL		ELCO 128				
TRAMADOL		ELCO 130				
TRAMADOL		ELCO 132				
TRAMADOL		ELCO 134				
TRAMADOL		ELCO 136				
TRAMADOL		ELCO 138				
TRAMADOL		ELCO 140				
TRAMADOL		ELCO 142				
TRAMADOL		ELCO 144				
TRAMADOL		ELCO 146				
TRAMADOL		ELCO 148				
TRAMADOL		ELCO 150				
TRAMADOL		ELCO 152				
TRAMADOL		ELCO 154				
TRAMADOL		ELCO 156				
TRAMADOL		ELCO 158				
TRAMADOL		ELCO 160				
TRAMADOL		ELCO 162				
TRAMADOL		ELCO 164				
TRAMADOL		ELCO 166				
TRAMADOL		ELCO 168				
TRAMADOL		ELCO 170				
TRAMADOL		ELCO 172				
TRAMADOL		ELCO 174				
TRAMADOL		ELCO 176				
TRAMADOL		ELCO 178				
TRAMADOL		ELCO 180				
TRAMADOL		ELCO 182				
TRAMADOL		ELCO 184				
TRAMADOL		ELCO 186				
TRAMADOL		ELCO 188				
TRAMADOL		ELCO 190				
TRAMADOL		ELCO 192				
TRAMADOL		ELCO 194				
TRAMADOL		ELCO 196				
TRAMADOL		ELCO 198				
TRAMADOL		ELCO 200				
TRAMADOL		ELCO 202				
TRAMADOL		ELCO 204				
TRAMADOL		ELCO 206				
TRAMADOL		ELCO 208				
TRAMADOL		ELCO 210				
TRAMADOL		ELCO 212				
TRAMADOL		ELCO 214				
TRAMADOL		ELCO 216				
TRAMADOL		ELCO 218				
TRAMADOL		ELCO 220				
TRAMADOL		ELCO 222				
TRAMADOL		ELCO 224				
TRAMADOL		ELCO 226				
TRAMADOL		ELCO 228				
TRAMADOL		ELCO 230				
TRAMADOL		ELCO 232				
TRAMADOL		ELCO 234				
TRAMADOL		ELCO 236				
TRAMADOL		ELCO 238				
TRAMADOL		ELCO 240				
TRAMADOL		ELCO 242				
TRAMADOL		ELCO 244				
TRAMADOL		ELCO 246				
TRAMADOL		ELCO 248				
TRAMADOL		ELCO 250				
TRAMADOL		ELCO 252				
TRAMADOL		ELCO 254				
TRAMADOL		ELCO 256				
TRAMADOL		ELCO 258				
TRAMADOL		ELCO 260				
TRAMADOL		ELCO 262				
TRAMADOL		ELCO 264				
TRAMADOL		ELCO 266				
TRAMADOL		ELCO 268				
TRAMADOL		ELCO 270				
TRAMADOL		ELCO 272				
TRAMADOL		ELCO 274				
TRAMADOL		ELCO 276				
TRAMADOL		ELCO 278				
TRAMADOL		ELCO 280				
TRAMADOL		ELCO 282				
TRAMADOL		ELCO 284				
TRAMADOL		ELCO 286				
TRAMADOL		ELCO 288				
TRAMADOL		ELCO 290				
TRAMADOL		ELCO 292				
TRAMADOL		ELCO 294				
TRAMADOL		ELCO 296				
TRAMADOL		ELCO 298				
TRAMADOL		ELCO 300				
TRAMADOL		ELCO 302				
TRAMADOL		ELCO 304				
TRAMADOL		ELCO 306				
TRAMADOL		ELCO 308				
TRAMADOL		ELCO 310				
TRAMADOL		ELCO 312				
TRAMADOL		ELCO 314				
TRAMADOL		ELCO 316				
TRAMADOL		ELCO 318				
TRAMADOL		ELCO 320				
TRAMADOL		ELCO 322				
TRAMADOL		ELCO 324				
TRAMADOL		ELCO 326				
TRAMADOL		ELCO 328				
TRAMADOL		ELCO 330				
TRAMADOL		ELCO 332				
TRAMADOL		ELCO 334				
TRAMADOL		ELCO 336				
TRAMADOL		ELCO 338				
TRAMADOL		ELCO 340				
TRAMADOL		ELCO 342				
TRAMADOL		ELCO 344				
TRAMADOL		ELCO 346				
TRAMADOL		ELCO 348				
TRAMADOL		ELCO 350				
TRAMADOL		ELCO 352				
TRAMADOL		ELCO 354				
TRAMADOL		ELCO 356				
TRAMADOL		ELCO 358				
TRAMADOL		ELCO 360				
TRAMADOL		ELCO 362				
TRAMADOL		ELCO 364				
TRAMADOL		ELCO 366				
TRAMADOL		ELCO 368				
TRAMADOL		ELCO 370				
TRAMADOL		ELCO 372				
TRAMADOL		ELCO 374				
TRAMADOL		ELCO 376				
TRAMADOL		ELCO 378				
TRAMADOL		ELCO 380				
TRAMADOL		ELCO 382				
TRAMADOL		ELCO 384				
TRAMADOL		ELCO 386				
TRAMADOL		ELCO 388				
TRAMADOL		ELCO 390				
TRAMADOL		ELCO 392				
TRAMADOL		ELCO 394				
TRAMADOL		ELCO 396				
TRAMADOL		ELCO 398				
TRAMADOL		ELCO 400				
TRAMADOL		ELCO 402				
TRAMADOL		ELCO 404				
TRAMADOL		ELCO 406				
TRAMADOL		ELCO 408				
TRAMADOL		ELCO 410				
TRAMADOL		ELCO 412				
TRAMADOL		ELCO 414				
TRAMADOL		ELCO 416				
TRAMADOL		ELCO 418				
TRAMADOL		ELCO 420				
TRAMADOL		ELCO 422				
TRAMADOL		ELCO 424				
TRAMADOL		ELCO 426				
TRAMADOL		ELCO 428				
TRAMADOL		ELCO 430				
TRAMADOL		ELCO 432				
TRAMADOL		ELCO 434				
TRAMADOL		ELCO 436				
TRAMADOL		ELCO 438				
TRAMADOL		ELCO 440				
TRAMADOL		ELCO 442				
TRAMADOL		ELCO 444				
TRAMADOL		ELCO 446				
TRAMADOL		ELCO 448				
TRAMADOL		ELCO 450				
TRAMADOL		ELCO 452				
TRAMADOL		ELCO 454				
TRAMADOL		ELCO 456				
TRAMADOL		ELCO 458				
TRAMADOL		ELCO 460				
TRAMADOL		ELCO 462				
TRAMADOL		ELCO 464				
TRAMADOL		ELCO 466				
TRAMADOL		ELCO 468				
TRAMADOL		ELCO 470				
TRAMADOL		ELCO 472				
TRAMADOL		ELCO 474				
TRAMADOL		ELCO 476				
TRAMADOL		ELCO 478				
TRAMADOL		ELCO 480				
TRAMADOL		ELCO 482				
TRAMADOL		ELCO 484				
TRAMADOL		ELCO 486				
TRAMADOL		ELCO 488				
TRAMADOL		ELCO 490				
TRAMADOL		ELCO 492				
TRAMADOL		ELCO 494				
TRAMADOL		ELCO 496				
TRAMADOL		ELCO 498				
TRAMADOL		ELCO 500				
TRAMADOL		ELCO 502				
TRAMADOL		ELCO 504				
TRAMADOL		ELCO 506				
TRAMADOL		ELCO 508				
TRAMADOL		ELCO 510				
TRAMADOL		ELCO 512				
TRAMADOL		ELCO 514				
TRAMADOL		ELCO 516				
TRAMADOL		ELCO 518				
TRAMADOL		ELCO 520				
TRAMADOL		ELCO 522				
TRAMADOL		ELCO 524				
TRAMADOL		ELCO 526	</td			

Nota de Sala Cirúrgica

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 30/08/15

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <i>Dilma Rosalia de Souza</i>		SEXO: <i>M</i>	COR: <i>B</i>	IDADE: <i>62</i>	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO	<i>f=10 Asymetrico</i>		AP. CIRCULATÓRIO	<i>P=120/80 P=85 bpm</i>	
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL	<i>Lote</i>	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO				ESTADO FÍSICO (ASA)	
DOSE/HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
CIRURGIA REALIZADA	<i>Prostata enxerto de próstata de cálculos prostatite</i>				
CIRURGIÃO	<i>Dr. Júnior</i>				
AUXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES R\$		
ANESTESISTA <i>21-ach. Marques</i>	CPF		CRM-PB		
AGENTES/HORA					
O ₂					
N ₂ O					
JUDOS VENOSOS	<i>Solo 500</i>				
O	220				
●	200				
○	180				
●	160				
○	140				
●	120				
○	100				
●	80				
○	60				
●	40				
○	20				
●	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				
○	40				
●	20				
○	0				
●	140				
○	120				
●	100				
○	80				
●	60				

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Julson Florêncio de Lima

Iniciou, estudante

CPF/MF: 214.600.594-46 RG: 44.895.44

Endereço: Sítio Areia Branca, m, Área Rural
Dous Estados - PB.

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa - PB, 01 de agosto de 2018.

Julson Florêncio de Lima
Outorgante

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Fiscais



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
714.400.594-46

Nome
JAILSON FLORENCIO DE LIMA

Nascimento
09/11/1998

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 4.489.544	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/12/2016
NOME JAILSON FLORENCIO DE LIMA	
FILIAÇÃO JAIR FLORENCIO DE LIMA MARIA LINDALVA SALVINO DOS SANTOS	
NATURALIDADE PIRIPITUBA-PB	DATA DE NASCIMENTO 09/11/1998
OCORRÊNCIA CERT. NASC. Nº5892 - LIV.A07 - FLS.198V - CARTÓRIO DUAS ESTRADAS-PB	
CPF 714.400.594-46	
DATA DE EXPED. 06/12/2016	O+
MATERIAL: CÓDIGO DO FRETAMENTO Data de emissão: 06/12/2016 DE 20/08/03	



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
714.400.594-46

Nome
JAILSON FLORENCIO DE LIMA

Nascimento
09/11/1998

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO 4489.544	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/12/2016
GERAL	
NOME JAILSON FLORENCIO DE LIMA	
FILIAÇÃO JAIR FLORENCIO DE LIMA MARIA LINDALVA SALVINO DOS SANTOS	
NATURALIDADE PIRIPITUBA-PB	DATA DE NASCIMENTO 09/11/1998
PÔD. ORIGEM CERT. NASC. Nº5892 - LIV.A07 - FLS.188V - CARTÓRIO DUAS ESTRADAS-PB	
CPF 714.400.594-46	
Local Póssível PB	O+
Data de Nascimento 29/08/83	





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mae, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI: **714 600 594 - 46** Nome completo da vítima: **Jaílson Florêncio de Lima**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jaílson Florêncio de Lima	CPF da Vítima	714 600 594-46	Profissão	estudante	
Endereço	Sítio Areia Branca	PL. Titular da conta	714 600 594-46	Número	0m	
Bairro	Área Rural	Cidade	Deus Estes	Estado	PB	
Email						CEP
						Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço constante. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	ATE R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
	R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)		CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	AGÊNCIA Nº	CONTA Nº
0042	61981 18		
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
BANCO			
Agência		CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
Número		Número	
AGÊNCIA Nº		CONTA Nº	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

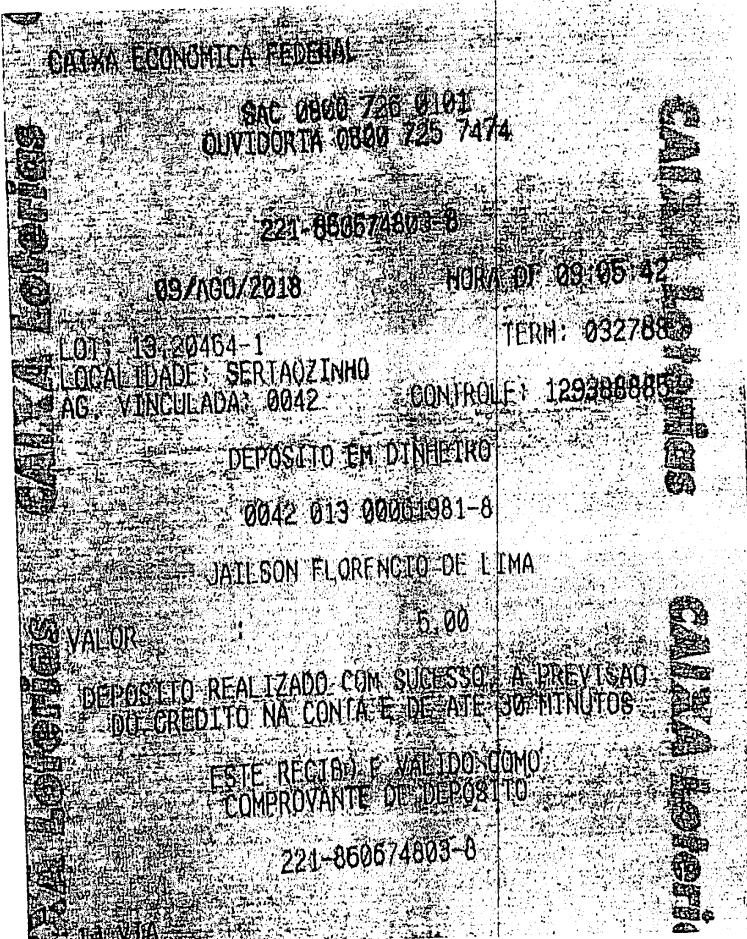
Jaílson 09 de agosto de 2018

Local e Data

Jaílson Florêncio de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO E DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE DUAS ESTRADAS/PB
Rua do Comercio s/n, centro Duas Estradas/PB, Fone (83) 9993.1456-99300.1021..

C E R T I D Ã O

C E R T I F I C O que em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de Registro de Queixas de nº 001/2015 desta Delegacia de Polícia, nele encontrei as folhas 083 registro de nº 083/15, cujo teor passo a transcrever na íntegra: aos dez (10) dias mês de Novembro (11) de dois mil e quinze (2015), nesta cidade de Duas Estradas/PB, na Delegacia de Polícia, presente, o Bel. JOSÉ DE ARIMATEIA MORAES DA SILVA, Delegado de Polícia Civil, comigo, TARCISO NOBERTO DA SILVA, escrivão(a) de Polícia Civil, do seu cargo, ao final assinado, ai, por volta das 10H18min, compareceu: o (a) Sr(a) MARIA LINDALVA DOS SANTOS, brasileira, solteira, natural de Duas Estradas/PB, com 38 anos de idade, nascida em 22/06/1977, RG ° 2.296.335-2ª Via-SSP/PB, filha de Antônio Salvino dos Santos e de Nazaré Salvino dos Santos, Residente no Sítio Areia Branca, Município de Duas Estradas/PB, Fez o seguinte registro: QUE Informa a Noticiante que no dia 30/08/2015, por volta das 16H30 horas aproximadamente, o seu filho Adolescente JAILSON FLORENCIO DE LIMA, brasileiro, solteiro, natural Pirpirituba/PB, 17 anos de idade, nascido em 09/11/1998, RG não possui, CPF não possui, Profissão Agricultor, filho de Jair Florêncio de Lima e de Maria Lindalva Salviano dos Santos, residente no Sítio Areia Branca Município de Duas Estradas/PB, quando trafegava dirigindo uma Motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO E MODELO 2011/2011, COR PRETA, DE PLACA OET6818/PB, CHASSI 9C2KC1670BR611527, RENAVAM 0034093106-0, CADASTRADA EM NOME DE DOMICIA DOS SANTOS OLIVEIRA, Na Rua São Francisco de Assis, Perímetro Urbano desta cidade, ao passar na linha Férrea, derrapou o Pneu dianteiro da moto e caindo com a Moto, sofrendo fratura na perna Direita e braço direito, sendo socorrido pelo SAMO da cidade de Lagoa de Dentro/PB, para o Hospital de Trauma em João Pessoa/PB, onde foi cirurgiado, conforme laudos anexo. A Noticiante registra e solicita Certidão para poder requerer o seguro junto ao DPVAT. Nada Mais haver, encerrar esta Certidão. Ass. (MARIA LINDALVA DOS SANTOS). Dou fé.

OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DENUNCIANTE

Contato Fone (83) 98818.3129-OI/PB.

JOSÉ GUILHERME DA SILVA, "TITIO" RG Nº 2844248-SSP/PB
SITIO AREIA BRANCA, MUNICÍPIO DE DUAS ESTRADAS/PB.
SEVERINO ANTONIO DA SILVA RG Nº 722.522-SSP/MA
SITIO AREIA BRANCA, MUNICÍPIO DE DUAS ESTRADAS/PB.

Duas Estradas/PB, 10 de Novembro de 2015.

Tarciso Noberto da Silva
Comissário de Polícia Civil
Mat. 82662-6
Que o Digitel

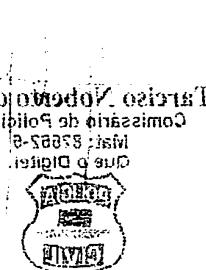


Rua do Comercio 210, Centro - Dnis Estadual, Fone (83) 3003-1442-3030-1001
- DELEGACIA MUNICIPAL DE DUAIS ESTRADAS/PIB
- DELEGACIA DE POLICIA DO CANTO (83) 3003-1442-3030-1001
DA PARRAIBA 8. DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
GOVERNO SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA E DELESA SOCIAL

CARTÍDAO

SITIO AREIA BRANCA MUNICÍPIO DE Duas Estradas/SP
SEVERINO ANTÔNIO DA SILVA RG N° 155-225-S2PIIBR
SITIO AREIA BRANCA MUNICÍPIO DE Duas Estradas/SP
JOSE GUILHERME DA SILVA "TITICO" RG N° 3894348-S2PIIBR
Couto do Póne (83) 888183153-01PIIBR.
DENUNCIA/NE

2105 ab ordnunglich ab 01.09.2018



Prefeitura Municipal de Lagoa de Dentro
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU



192

DATA	HORA	Nº Equipe	Plano:	Hora de Saída da Base	Hora de Chegada no Local
30/08/15	923424	36	<input checked="" type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Nota	: Hs	: Hs
Paciente / Usuário				Idade	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Jaison Flávio de Lima				46a	Telefone:
Localização Ocorrência: <input type="checkbox"/> LAGOA DE DENTRO <input type="checkbox"/> DUNAS ESTRADAS <input type="checkbox"/> SERTÃOZINHO <input checked="" type="checkbox"/> SERRADARAS <input type="checkbox"/> PIRIPITIBA <input type="checkbox"/> OUTRO:					
Logradouro: R400 SOL		Bairro: CENTRO		Médico Regulador: Dr. Poliana	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input checked="" type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três.					
Ativ. no Local: <input type="checkbox"/> USB <input checked="" type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:					
OCA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terciários <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evacuação do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:					
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Outra Unidade de Saúde para o atendimento					
<i>H. TRAUMA-BP</i>					
Destino (Unidade Hospitalar)					
X <i>DR MARCOS Nogueira</i> Responsável e Função (Assinatura e Crimô)					

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: <i>TRAUMA</i>	Hospital de Origem: _____
CAUSAS EXTERNAS	Responsável: _____
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Apropriação por _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Outro: _____	Hospital de Destino: _____
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Queda + Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Sofrimento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____	Responsável: _____

<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES
Hospital de Origem: _____	Hospital de Destino: _____
Responsável: _____	Antecedentes:
<input type="checkbox"/> Fatos: <input type="checkbox"/> Acidentes <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infeccio-contagiosa	<input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Infartos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo

DADOS VITAIS

PA: *110x80* PC: *59* FR: _____ HGT: *918* SxO2 - SpO2: *99* SpO2 - CO2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS).

DOOR na CERVICAL, BRAZO D. MID.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos da Enfermagem: _____

Intervenções: _____

F. de: _____ Enfermeiro

PCT CONSCIENTE E ORIENTADO, COM DORES E ENFOSAS MORNAS CORADAS, COM CERVICALGIA, FRATURA EXPARTA DO RÁDIO D, FRACTURA FECHADA NO CÚMBO D, FRATURA FECHADA AO FÓLIO D, LORTE ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA.

*E REAGIU ATACO D. FATO PROTOCOLO DE ENERGILIZAÇÃO, ALVO COM GRL E ODELCO nº 54, FORAM NECESSÁRIOS 8000 UVTAS DE AVULSAÇÃO, NO CAMINHO O PCT REAGIU ONDE FOI NECESSÁRIA A CONSISTÊNCIA. O PCT FOI ENCAMPADO AO H. TRAUMA-BP, ONDE FOI ORGANIZADO. *Dr. José Cesar Souza Campos*
Enfermeiro
COREN-PB 400104*

*Clínica São João da Costa
Enfermeira
COREN-PB 413.72*

2 - MIA AÉREA:
 Azul Ocorrida parcialmente Constitui totalmente Coxa estreita Estreita de gata Bruxos-expansão

2.1 - VENTILAÇÃO:
 Disponível Asséptica Fisco irregular Parede respiratória

2.2 - CIRCULAÇÃO:
 Normal Sustentada Regular Irregular

2.3 - ADAPTADOS:
 Hidratação Hipotermia Expansão Enfase subcutânea Mártil-Esco

3 - CIRCULAÇÃO:
 Pura Urina Pálida Quente Seca Fria

3.1 - ENTRADA:
 Não Sim - Local MIO

3.2 - PERFURAÇÃO:
 Normal Disponível (exigido) Ausente

3.3 - HEMORRAGIA:
 Sustentada Irregular Frio Seco Ausente

3.4 - ECG:
 Normal Alterado não realizado

4 - EXAME NEUROLOGICO:
 75

5 - EXAME GENÉCO-OBSTÉTRICO:
 Abertura Hemorragia vaginal Trabalho de parto Normal Semanas

Encardídio: <input type="checkbox"/> Descolado Dorsal <input type="checkbox"/> I. ventral <input checked="" type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Desembolado <input type="checkbox"/> Externo	Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Distorcido <input type="checkbox"/> Algo Desorientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sondante <input type="checkbox"/> Agitado	
PRINCIPAIS SINTOMAS:	<input type="checkbox"/> DIZA <input type="checkbox"/> NED Adulto <input type="checkbox"/> Desconstrução nas órtes <input type="checkbox"/> NED Infantil <input type="checkbox"/> Distensão tóxica <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca exagerada <input type="checkbox"/> Descolágio / Descolamento <input type="checkbox"/> Protrusão <input type="checkbox"/> Endotaxia / Ortopedias <input type="checkbox"/> Pressão Longa <input type="checkbox"/> Inchaço do Canguru (02) <input type="checkbox"/> Pungência venosa <input type="checkbox"/> Infibulação de mamas <input type="checkbox"/> Sintomas gástricos <input type="checkbox"/> Infibulação de mamas <input type="checkbox"/> Sintomas gástricos	<input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Tensão / Tropismo <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (respirador automático) <input type="checkbox"/> VAS <input type="checkbox"/> Válvula <input type="checkbox"/> Vávula

Descrição da(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (EXPERIMENTOS)

PERTINÊNCIAS DA VÍTIMA
 2150
 SIM
 Capto:

Entregue a / Local: _____ Recolhido pelo Corpo ou receptor: _____

IDENTIFICAÇÃO DAQUELE QUE PRESTOU ATENÇÃO/ESTEVE - CONDUTOR: DANIANO MATRÍCULA: _____

REC. ENFERMEIGRA: BALUCLINE COREN: _____

ENFERMEIRIA: BOATO CESAR COREN: 4001004

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações do Precedente Consulta do Paciente - Recusa Rotulação Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (PÚBLICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Jailson Florêncio de Lima | CPF da Vítima: 714.400.594-46 | Data do Acidente: 30.08.2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML - para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jailson Florêncio de Lima
Local e Data

Jailson Florêncio de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal