Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190226275 **Vítima: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 08/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190226275
Vítima: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS
Data do Acidente: 08/09/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 110.735.364-59

Nome completo da vítima: Felipe Constantino dos Santos

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Felipe Constantino dos Santos

CPF: 110.735.364-59

Profissão: Estoquista

Endereço: Rua Manoel Alves de Sousa

Número: 399

Complemento:

Bairro: Centro

Cidade: Pilõezinhos

Estado: PB

CEP: 58210-000

E-mail:

Tel.(DDD): (83) 99373-1041

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☑ ATÉ R 1.000,00 ☐ R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00 ☐ R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00 ☐ ACIMA DE R 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0042 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 000 000 064 639 4 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CO (Informar o dígito se existir)

Autorização de pagamento

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: PILÕEZINHOS 12/03/2019

Nome: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CPF: 110.735.364-59

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

051-727025425-8

20/FEV/2019 HORA DF 18:03:33

LOT. 13.022674-2 TERM 048333
LOCALIDADE: PILOEZINHOS
AG. VINCULADA: 0042 CONTROLE: 51403357

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS
AGENCIA: 0042
OPERAÇÃO: 013
CONTA-DV: 000.000.064.639-4
DATA DA ABERTURA: 20/02/2019

LOTERIAS CAIXA

051-727025425-8

1ª VIA

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
8ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
1ª Delegacia de Guarabira-Pb

GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de ocorrencia

Livro nº 001/2019
Ocorrência nº. 0088/2019

Ao PRIMEIRO dia de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOSINALDO FELIX RIBEIRO** Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 13h:58 min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

FELIPE COSTANTINO DOS SANTOS, brasileira, natural de JOÃO PESSOA-PB, nascido em 03-0910-1997, ESTADO VIVIL: SOLTEIRO, PROFISSÃO: AGRICULTOR, filho(a) de RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS E NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS, RG Nº: 3.950.446SSP-PB, CPF Nº: 110.735.364-59, residente e domiciliado À RUA: MANOEL ALVES DE SOUSA, Nº: 199, BAIRRO: CENTRO, CIDADE: PILÕEZINHO-PB, FONE: 83-9-9371-1041.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

1) Natureza do fato: ACIDENTE DE MOTO;
2) Data do fato: 08-09-2018;
4) Local do fato: GUARABIRA-PB;
5) Hora do fato: 15:08:08.

7) Breve resumo do fato:

Afirma O(a) NOTICIANTE QUE, NO LOCAL, DATA E HORA SUPRACITADOS, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA; QUE VINHA TRAFEGANDO NA VIA PRINCIPAL QUANDO UM AUTOMÓVEL FIAT UNO SAIU DE VEZ DE UMA RUA TRANSVERSAL, VINDO A COILIDIR NO VEÍCULO; QUE APÓS O ACIDENTE SÓ RETOMOU OS SENTIDOS NA AMBULÂNCIA DO SAMU; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA E LOGO APÓS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA EM JOÃO PESSOA-PB, ONDE PASSOU POR CIRURGIA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. MOTIVO PELO QUAL PROCUROU ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não há.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS
Comunicante

Escrivã(o)/Agente MTR.: 181.839-2

RECEBIDO
15 MAR 2019
Seguradora Líder DPVAT

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDÍRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av.Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-0502

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 25/02/2019 08:39:04
Rosero Fernandes Costa Filho - Escrevente
[2019-002004] EMOL:R$ 2,48 FAMPEN:R$ 0,29 FEPJ:R$ 0,50 ISS:R$ 0,12
SELO DIGITAL: AIF81289-4LKO
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

SAMU 192

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 - GUARABIRA

ATO

FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM E TÉCNICOS /ATENDIMENTO USB 49

11:00
16:00

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE/USUÁRIO	IDADE	SEXO
02-9-19	21 3 3475	Julio C. dos Santos	5	☒ MASC. ☐ FEM.

LOCAL DE OCORRÊNCIA: Foi que [illegible] que o Relacionado — BAIRRO: — MÉDICO REGULADOR: Gilmar

Apoio no Local	PM	Resgate/Bombeiros	Resgate/PRF	SPTRANS	TROTE	Outro
			☒			

OTA	Socorrido por terceiros	Recusou atendimento	Socorrido pelo Bombeiro	Local não encontrado	Outro

- TEMPO RESPOSTA – HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

- ANTECEDENTES

- TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

Comprovacao de ato declaratorio

☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ GINECO OBSTÉTRICO

☐ TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____

☐ OUTRO

CINEMÁTICA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIA (S):

ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO:

VACINAS:

EXAME FÍSICO

☒ PÁLIDO ☐ CIANÓTICO ☐ ICTÉRICO ☐ SUDOREICO ☐ PELE FRIA
☐ PELE ÚMIDA ☒ ISOCÓRICO ☐ ANISOCÓRICO ☐ MIÓTICO
☒ DOR LOCAL _____
☐ DESPNÉIA ☐ TAQUIPNÉIA ☐ HEMATÊMESE ☐ HEMOPTISE

☐ TCM ☐ TRM ☐ FRATURA ☐ CONTUSÃO ☐ ENTORSE
☒ LUXAÇÃO ☐ FACE ☐ PCR ☐ FAB ☐ AFOGAMENTO
☐ ATROPELAMENTO ☐ QUEIMADURA ☐ ELETROCUSSÃO
☐ DESABAMENTO / SOTERRAMENTO ☐ QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
☐ QUEDA MOTO ☐ QUEDA ALTURA _____ metros

TIPO DE FERIMENTO E LOCAL

—

DESTINO
Local 1 HCTSM Responsável _____ Função Médico
Local 2 _____ Responsável _____ Função _____

DADOS VITAIS
VVAA: ☒ livre ☐ Obstruída / RESPIRAÇÃO: ☐ <30irpm ☐ >30irpm / PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☒ Normal / PAS: ☐ 90mmHg ☐ < 90mmHg / PA: _____ PC: 89 FR: 18 TEMPERATURA: _____ GLICEMIA 135 E. COMA: 15

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO Não [illegible] Quedas [illegible] por trauma (colisão moto x carro)

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)
ENFERMEIRO: Geovanna COREN: 550172 TÉC. DE ENFERMAGEM _____ COREN: _____
CONDUTOR: Wellington

RECUSA
NOME: _____ RG: _____
ASSINATURA: _____ TESTEMUNHA: _____

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Felipe Constantino dos Santos	510.735.364-59	08.09.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Declaracao de Inexistencia de IML

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.

Rubezinhos, 12 de março de 2019

Local e Data

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

RAIMUNDO FERREIRA GOES BAIRRO
RUA MANOEL VIEIRA DE SOUSA, 1061 CENTRO
FILADELFIA - PB CEP: 58.910-000 (AB-79)

Emissão: 25/01/2019 Referência: Jan / 2019
Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONIFÁSICO
Roteiro: 16 - 27 - 485 - 0220
Nº medidor: 00000144550

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cliente: João Pessoa - PB - CEP: 58071-600
CNPJ: 09.283.183/0001-62 Inscr. Est.: 16015.673-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N 012.200.421
Dígito para Deb. Automático: 00004395115

0800 083 0196

Conta referente a: Abaixo Leitura Anterior: Próxima Leitura: CPF/CNPJ:
Jan / 2019 25/01/2019 25/02/2019 476.616.584-91

UC (Unidade Consumidora): 15/43351113

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (Lei nº 12.212, de 20 de abril de 2010). Over reiterar à cerca de luz? A boa higiene consumidor. Não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, isso é desperdício. Mantenha ventilação atrás da geladeira. Use lâmpadas econômicas. Desligue as luzes e aparelhos elétricos.

Comprovante de residencia

Anterior Atual Constante Consumido (kWh)

Data	Leitura	Data	Leitura
27/12/18	7899	25/01/19	7935

CO	Descrição	Quantidade	Tarifa (R$)	Valor (R$)	ICMS Base Calc.	ICMS Alíq. (%)	ICMS Valor	PIS Base Calc.	PIS Alíq. (%)	PIS Valor	COFINS Base Calc.	COFINS Alíq. (%)	COFINS Valor
0801	Consumo de 30kWh-pb	30,000	0,205370	6,16	0,00	0	0,00	6,16	0,01	0,20			
0810	Consumo - 31 a 100kWh-pb	4,000	0,251850	1,40	0,00	0	0,00	1,40	0,01	0,03			
0810	Subsídio			-13,16	0,00	0	0,00	-13,14	0,14	0,86			
DÉBB	DÉBITO COMPENSADO 12/2018			17,23	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
DEDE	Devolução Subsídio			-17,23	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
	TOTAL			15,96	0,00		0,00	30,69	0,22	1,05			

CO: Código de classificação do item

Média últimos meses (kWh): 31

VENCIMENTO: 01/02/2019

TOTAL A PAGAR: R$ 15,96

Histórico de Consumo (kWh)

30 | 31 | 28 | 30 | 29 | 35 | 36 | 28 | 25 | 24 | 26 | 35
Janeiro, Fevereiro, Março, Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto, Setembro, Outubro, Novembro, Dezembro

1e1c,8694,b3eb,9a88,c9ba,0f7d,2d62,9cba,

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão	
DIC MENSAL	7,26	0,00		
DIC TRIMESTRAL	14,67			
DIC ANUAL	29,08		NOMINAL	220
FIC MENSAL	5,42	0,00		
FIC TRIMESTRAL	9,85		CONTRATADA	
FIC ANUAL	13,70		LIMITE INFERIOR	202
DMIC	4,14	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
DMCR	12,22			

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Distribuição de Energia	2,57	15,60
Compra de Energia	3,58	22,42
Serviços de Transmissão	0,39	2,44
Encargos Setoriais	0,59	3,70
Impostos e Outros Encargos	1,25	7,83
Outros Ganhos	7,53	47,14
Total	15,96	100,00

Valor do Custo de Disponibilidade (01/2019): R$ 30,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais informações, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para a central de atendimento abaixo

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Declaração do proprietário do veículo

Eu, Maria Pereira Gomes Da Costa

RG nº 301146, data de expedição ___/___/___,

Órgão SSP PB, portador do CPF nº 096.221.444-20,

com domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Joe Ramimendos nº 523,

complemento Baixa Verde declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Felipe Constantino Dos Santos, cujo o condutor era Felipe Constantino Dos Santos.

Veículo: Moto Modelo: Honda/CG 125I fan Ano: 2016

Placa: OFG0371 Chassi: 9C2JC6900GR303946

Data do Acidente: 08/09/18

Local e Data:

Cartório Toscano de Sales

Maria Pereira Gomes Da Costa
Assinatura do Declarante

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TOSCANO DE SALES 1º Ofício de Notas FONE: 3271 1251 Guarabira PB

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av.Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-8502

Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
MARIA PEREIRA GOMES DA COSTA
Em test.da verdade. Guarabira-PB 18/02/2019 10:42:37
Wardiria Toscano de Sales - Titular
[2019-001246]EMOL:R$ 9,91 FARPEN:R$ 0,29 FEPJ:R$ 1,98 ISS:R$ 0,50
SELO DIGITAL: AIF33993-BORX
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av.Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-8502

Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS
Em test.da verdade. Guarabira-PB 18/02/2019 10:46:34
Wardiria Toscano de Sales - Titular
[2019-001247]EMOL:R$ 9,91 FARPEN:R$ 0,29 FEPJ:R$ 1,98 ISS:R$ 0,50
SELO DIGITAL: AIF33994-RD75
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

Documentação médico – hospitalar

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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Felipe Constantino dos Santos
DATA DE NASCIMENTO	03/09/97
NOME DA MÃE	Nilza Constantino dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110914
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1107014
DATA DO ATENDIMENTO	08/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de acetábulo + luxação de quadril D
CID 10	S32.4 S73.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto,trazido pelo SAMU,apresentando dor em membro inferior direito com limitação de movimentos e edema periorbital bilateral,nega perda da consciência ou vômitos,glasgow 15,pupilas iso/foto.Avaliado pele Cirurgia Geral,Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax,bacia,articulação coxo-femoral D.

USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX:fratura luxação de quadril D

TRATAMENTO:

Redução incruenta de luxação do quadril direito. Tratamento cirúrgico de fratura de acetábulo D.

ALTA HOSPITALAR: 22/09/18
DATA DA EMISSÃO: 29/11/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel

Boletim de Atendimento: 1107014

Identificação do paciente

ID 1324264	Nome FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/09/1997	Idade 21 anos 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110947
Mãe NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS			Pai RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - PRIMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993098622		DDD Fixo 83	Fone Fixo 991615138
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3950446		Nº Cns 700003899610807	
Local de procedência PILOEZINHOS			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58210000	Município de residência PILÕEZINHOS	UF PB	Logradouro MANOEL ALVES DE SOUSA
Número 190	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 08/09/2018 15:08:08	Número da pulseira **1000006936289**	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS	Tempo 01min 51seg

Imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS			**Número Prontuário:** 110947
Data de 03/09/1997	**Sexo:** Masculino	**Data de Internação:** 08/09/2018 22:49:16	**Data de Alta:** 22/09/2018 15:13:06

Motivo da alta:
ALTA HOSPITALAR

Conduta:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ACETABULO DIREITO REALIZADO POR DR JANSEN COM PLACA 3X2.

Resumo da Internação:
EVOLUINDO CLINICAMENTE BEM, SEM INTERCORRENCIAS.

Resultado de Exames:

Tratamento:
TRATAMENTO CIRURGICO DE ACETABULO DIREITO.

Diagnóstico:
S32.4 - Fratura do acetábulo

Recomendações:
REPOUSO. ANALGESIA. RETORNO AMBULATORIAL NO HTOP COM DR JANSEN. NÃO PISAR ATE O DIA DO RETORNO.

Dr Francinelia
Medica
CRM PB
CNS 7047...

Data: 22/09/2018

FRANCINELIA DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332166700

Boletim de Atendimento: 1107014

Identificação do paciente

ID 1324264	Nome FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/09/1997	Idade 21 anos 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS			Pai RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ELISANDRO VIEIRA DA SILVA - PRIMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993098622		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3950446		Nº Cns	
Local de procedência PILOEZINHOS			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58210000	Município de residência PILÕEZINHOS	UF PB	Logradouro MANOEL ALVES DE SOUSA
Número 100	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 08/09/2018 15:08:08	Número da pulseira 1000006936289	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

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

Dados clínicos

Pte segue p/ acidente de moto, segue p/ Hebeze e tomar segue DVD

Diagnóstico

CID

Atendido por
FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS

Tempo
01min 51seg

Imprimir

2ª Via

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1107014

Identificação do paciente

ID 1324264	Nome FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/09/1997	Idade 21 anos 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS			Pai RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ELISANDRO VIEIRA DA SILVA - PRIMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993098622		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3950446		Nº Cns	
Local de procedência PILOEZINHOS			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58210000	Município de residência PILÕEZINHOS	UF PB	Logradouro MANOEL ALVES DE SOUSA
Número 190	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 08/09/2018 15:06:08	Número de pulseira **1000006936289**	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Líquor [ ] ECG [ ] Ultrassonografia [ ]

Dados clínicos

Pte segue com HD colocado drenado segue prescrição exames segue dos cuidados.

Dr. Felipe Leite C. Andrade
Cirurgião Geral
CRM-PB 4.455

Diagnóstico	CID
Atendido por FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS	Tempo 01min 01seg

Imprimir

* Pte relata ser alérgico há varias medicações!

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090.
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS		BAE 1107014	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:08:08	Data Baixa
Data de nascimento 03/09/1997	Idade 21a 6d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 993098622
Mãe NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS				Prontuário
Endereço MANOEL ALVES DE SOUSA, 190		Bairro CENTRO	Município PILÕEZINHOS	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional BRUNO DE LUNA ROMA	Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2018 15:08:08			Data/Hora Prescrição 08/09/2018 22:04:38	

Anamnese

Feito redução incruenta da luxação do quadril direito sem intercorrência feito por Dr. Thales Seabra
ificado estabilidade do quadril direito pó-redução
. solicito TC da bacia para avaliação
internação hospitalar orientado por Dr. Edson Tinoco

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

PTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; ISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0.0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ) *

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

CUIDADOS

CURATIVO (OBSERVAÇÕES DIARIO)

Bilhete registrado por MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 08/09/2018 15:09:59

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA
INSULINA REGULAR CONFORME HGT
SSVV + CCGG
EXAME LABORATORIAL
HEMOGRAMA COMPLETO
COAGULOGRAMA COMPLETO
UREIA
CREATININA
EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO EM 3D)
Conduta
Internar Paciente

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS		BAE 1107014	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:08:08	Data Baixa
Data de nascimento 03/09/1997	Idade 21a 5d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 993096622
Mãe NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS				Prontuário
Endereço MANOEL ALVES DE SOUSA, 190		Bairro CENTRO	Município PILÕEZINHOS	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	Nº Cons. Regional 6311/
Data/Hora Classificação 08/09/2018 15:08:08			Data/Hora Prescrição 08/09/2018 15:20:14	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO,TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE CAPACETE, RESENTANDO DOR EM MID. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, VOMITOS E NAUSEAS.

A: VIAS AEREAS PERVEAS
EM AR AMBIENTE
HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL
D: GCS: 15, PUPILAS FOTORREAGENTES. COM EDEMA PERIORBITAL BILATERAL
E: DOR EM MID, SEM MOBILIZAÇÃO, COM LIMITAÇAO DOS MOVIMENTOS. SEM QUEIXAS NOS OUTROS APARELHOS.

CD. SOLICITO RX DE BACIA
SOLICITO RX DE COXO-FEMURAL DIREITA
AVALIACAO DA ORTOPEDIA
ALTA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Monica Soares Marina
MÉDICA
CRM-PB 11456

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311/)

Boletim registrado por: FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 08/09/2018 15:09:59

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS		BAE 1107014	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:08:08	Data Baixa
Data de nascimento 03/09/1997	Idade 21a 5d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 993098622
Mãe NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS				Prontuário
Endereço MANOEL ALVES DE SOUSA, 190		Bairro CENTRO	Município PILÕEZINHOS	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	Nº Cons. Regional 6311/
Data/Hora Classificação 08/09/2018 15:08:08			Data/Hora Prescrição 08/09/2018 16:10:39	

Anamnese

SOLICITO FAST + RX DE TÓRAX
AVALIAÇÃO PELA CIRURGIA GERAL APÓS EXAMES

EXAME DE IMAGEM

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

Conduta

Em observação

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311)

Boletim registrado por FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 08/09/2018 15:09:59

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**		BAE **1107014**	Data/Hora Entrada **08/09/2018 15:08:08**	Data Baixa
Data de nascimento **03/09/1997**	Idade **21a 5d**	Sexo **Masculino**	CNS	Telefone de Contato **(83) 993098622**
Mãe **NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS**				Prontuário
Endereço **MANOEL ALVES DE SOUSA, 190**		Bairro **CENTRO**	Município **PILÕEZINHOS**	UF **PB**
Acidente **VEICULO X MOTO**	Motivo **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Profissional **RAIFF LEITE SOARES**	Nº Cons. Regional **9350/PB**
Data/Hora Classificação **08/09/2018 15:08:08**			Data/Hora Prescrição **08/09/2018 19:57:22**	

Anamnese

SOLICITO FAST + RX DE TÓRAX
AVALIAÇÃO PELA CIRURGIA GERAL APÓS EXAMES

ortopedia
Vítima de acidentente de moto,com dor em quadril dir.
Rx com fratura-luxação do quadril dir .
conduta : solicito sala para para redução incruenta

CID10

Código	Descrição
S73.0	Luxação da articulação do quadril

Conduta

Em observação

Dr Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Teol: 15943

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

RAIFF LEITE SOARES
(CRM: 9350/PB)

Boletim registrado por: FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 08/09/2018 15:09:59

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**		BAE **1107014**	Data/Hora Entrada **08/09/2018 15:08:08**	Data Baixa
Data de nascimento **03/09/1997**	Idade **21a 5d**	Sexo **Masculino**	CNS	Telefone de Contato **(83) 993098622**
Mãe **NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS**				Prontuário
Endereço **MANOEL ALVES DE SOUSA, 190**		Bairro **CENTRO**	Município **PILÕEZINHOS**	UF **PB**
Acidente **VEICULO X MOTO**	Motivo **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Profissional **CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO**	Nº Cons. Regional **6311/**
Data/Hora Classificação **08/09/2018 15:08:08**			Data/Hora Prescrição **08/09/2018 15:20:14**	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO,TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE CAPACETE, APRESENTANDO DOR EM MID. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, VOMITOS E NAUSEAS.

A. VIAS AEREAS PERVEAS
B. EM AR AMBIENTE
C. HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL
D: GCS: 15, PUPILAS FOTORREAGENTES. COM EDEMA PERIORBITAL BILATERAL
E: DOR EM MID, SEM MOBILIZAÇÃO, COM LIMITAÇAO DOS MOVIMENTOS. SEM QUEIXAS NOS OUTROS APARELHOS.

CD: SOLICITO RX DE BACIA
SOLICITO RX DE COXO-FEMURAL DIREITA
AVALIACAO DA ORTOPEDIA
ALTA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311/)

Boletim registrado por: FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 08/09/2018 15:09:59

REETSHL

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

Número:
Paciente: Felipe Constantino dos Santos
Procedimento: TC acetabulo MTD.
SUS: (X) Não SUS ( )
Médico: DRE Jansen + Pedro

Prontuário: 1107014
Data: 19/09/18
Reposição:

Data: / /
Caixa Pronta:

DISPENSAÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
TMC	CX 35 =			
	Placa em T 3x2	(01)		
	Parafuso cortical Nº 26	(02)		
	Parafuso esponjoso Nº 45	(01)		
	" " Nº 35	(01)		

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
B. Braun	Agulha de Pleko A 80	(01)		

Dr. Pedro Henrique Freitas Médico CRM-PB 10575
ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

366308
ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2

Anexo II

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HEETSAL

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Felipe Constantino dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1107014

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. [X] 1 Fem. [ ] 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

[ ] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO I [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO II [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: Farmaco / TMC

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Agulha de Bisco ASO (01).

Cx 3,5 = Placa em T 3x2

Parafuso cortical Nº 26 (02)

" esponjoso Nº 45 (01)

" " Nº 35 (01)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 19/09/18

41 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

47 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CRUZ VERDE DO SUL
HOSPITAL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HCVS/SHL

NOME: ANTONIO CARNEIRO BE/PRONTUÁRIO 1101690
IDADE: 40 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 19/9/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ACETABULO DIREITO

CIRURGIÃO: DR UMBERTO JANSEN 1º ASS: DR SANTINO
2º ASS: MR2 PEDRO HENRIQUE 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DRA. GIZEUDA
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ACETABULO DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

Dr. Pedro Henrique
Médico
CRM/RS 10575

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
X ENFERMARIA ____ TERAPIA INTENSIVA
____ METEORÍNICA ____ CONTROLE DIÁRIO ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 19/9/2018

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DECUBITO DORSAL LATERAL ESQUERDO SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO POSTERIOR DO QUADRIL DIREITO
AVULSAO, DIVULSAO E DISSECCAO POR PLANOS ANATOMICOS
HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO
Conduta:
REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO COM PLACA EM T 3X2 DA CAIXA 3,5 + PARAFUSOS CORTICAIS
REVISÃO DE HEMOSTASIA
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS
CURATIVOS
RX DE CONTROLE
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM: Médico CRM-PB 10575

João Pessoa, 23/3/2018

Nota de Sala Cirúrgica

HSJ 2/3FL

NOME DO PACIENTE: Felipe Constantino dos Santos
IDADE: 21 DE NASCIMENTO: 11/07/14 ENFERMARIA: 12 LEITO: 03
CIRURGIA: T.C. acetabulo MID
CIRURGIÃO: DRa Janaina + Pedro
ANESTESIA: Raqui + Bloqueio Plexo + Sedação
ANESTESISTA: DRa Gisenaldo
INSTRUMENTADOR:
DATA: 19/09/18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO: 13:30 CIRURGIA INICIO: 14:00 15:00

INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS)
ASA I ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

INDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAINA ISOBÁRICA	
BUPIVACAINA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
FENTOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANILA	
FLUMAZENIL	
INFOFLURANO	
BUPIVACAINA C/ VASO	
BUPIVACAINA S/ VASO	
LIDOCAINA C/ VASO	
LIDOCAINA S/ VASO	
MIDAZOLAN	
MORFINA	
NIMBIUM	
PANCURÔNIO	
PETIDINA	
PROPOFOL	
RANITIDINA	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
ÁGUA DESTILADA	X
ATROPINA	
BETRA	
CEFAZOLINA	
DEXAMETASONA	
DIPIRONA SÓDICA	X
EFEDRINA	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CÁLCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAÍNA GELÉIA	
ONDASENTRONA	
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENOXICAN	

SRL
SF 9%

SOLUÇÕES	QTD.
ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK
PVPI DEGERMANTE	OK
PVPI TINTURA	OK
PVPI TÓPICO	
SABÃO ANTISÉPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4,5	
AGULHA 25X07	
AGULHA 25X08	
AGULHA 40X12	
AGULHA PERIDURAL Nº16	
AGULHA PERIDURAL Nº17	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	
AGULHA RAQUI Nº26G	
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	X
ATADURA DE CREPOM	X
ATADURA GESSADA	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	
CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CEPAL Urológico	
COLET. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	X
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	X
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	X
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	X
ESPARADRAPO	OK
GAZES	X
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLÍTICO	OK
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº15	
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA BISTURI Nº24	
LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK
LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
MÁSCARA CIRÚRGICA	OK
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	OK
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	X
SERINGA 5ML	X
SERINGA 10ML	X
SERINGA 20ML	X
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SILICONE (LATEX)	

FIOS	QTD.
FIO CATGUT CROMADO Nº	
FIO CATGUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIGLECAPRONE Nº	
FIO SEDA Nº	
FITA CARDÍACA	

MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRÚRGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNER Nº	
FIO DE KIRSCHNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEMOST. ABSORVÍVEL	
KIT DERIVA. VENTRICULAR	
PRÓTESE VASCULAR	
KIT PAM	
FIXADOR EXTERNO	

EMPRESA
PARAFUSO CORTICAIS
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MALEOLAR
PLACA
PLACA

EQUIPAMENTOS
( ) ASPIRADOR
(X) BISTURI ELETRICO
( ) CAPNÓGRAFO
(X) CARDIOMONITOR
( ) DESFIBRILADOR
( ) FOCO AUXILIAR
(X) FOCO CENTRAL
(X) MICROSCOPIO
(X) OXÍMETRO DE PULSO
( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
(X) PERFURADOR ELÉTRICO
( ) BERÇO
( ) CUBA BRILHANTE

B. Braun agulha de Plexo A 50 (01)
Cx 35
Placa em Ti 3x2 (01)
Parafusos corticais Nº 26 (02)
Parafusos esponjosos Nº 35 (04)
" " Nº 45 (01)

FORO ASCIR.0212

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 19/04/19 PRONTUÁRIO: 1109014

PACIENTE: Felipe Constantino dos Santos SEXO: COR: IDADE: 21 anos

PRESSÃO ARTERIAL: 12x7 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: Espontânea TEMPERATURA: PESO: 70 GRUPO SANGUÍNEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: VNP

AP. RESPIRATÓRIO: Eupnéico AP. CIRCULATÓRIO:

AP. DIGESTIVO: Jejum ESTADO MENTAL: LOTG DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: ESTADO FÍSICO (ASA): ASA I

DOSE/HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do Acetábulo (D)

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO

CIRURGIÃO: Dr Jonathan AUXILIARES: Dr Sandro

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 17:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 3h 30min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES R$:

ANESTESISTA: Dr Gouveia / Ref Lima CRM-PB:

HORA	13:30	14:30							
									Paciente acordado e estável
	RL 500	RL 500	RL 500	RL 500					
PA	100/80	100/80	100/80	100/80	100/80	100/80			PA 100/80
FC	70	70	70	70	70	70			FC 70
SpO2	100%	100%	100%	100%	100%	100%			SpO2 100%
ANOTAÇÕES									

☐ ANESTESIA GERAL ☑ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☑ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

Bloqueio femoral + Raquianestesia lombar (sentada)

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Bupi pesado 0,5% 20mg	11	
2	Morfina 2mg	12	
3	Cefalina 2g	13	
4	Bupivacaína 50mg	14	
5	Cudalitrona 8mg	15	
6	Dexametasona 10mg	16	
7	Cloroquina 100mg	17	
8		18	
9		19	
10		20	

Dr Gouveia L. Pereira
Médico
CRM 4010

DESTINO DO PACIENTE: ☐ SPA ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

DESCRIÇÕES IMPORTANTES: Paciente monitorizado SVP 18 em 20h
Mantido estável e eupnéico com discreta dor em pequena
quantidade 20% paramediale única, LCE (+) clara, sem
fístula (D) + (2) NS I6
Em uso de cânula espontânea, estável mesmo O2 2L/min
Posicionamento OK
Usando no intraoperatório.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

FORM. ASCIR 025-1

12103

GOVERNO DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim
João Pessoa - PB - CEP: 58031-090
CNES: 2593262
Telefone: (83) 3216-5736 / (83) 3216-5775

Sr(a): **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**
Idade: 21 ANOS
RA: 0010002103 BE: **1107014** Dt Coleta: 18/09/2018 - 07:30:17
Dr(a): FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS/9603
Setor: POSTO 1B - ENF 12
Emissão: 18/09/2018 - 11:27:12

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	VALORES ENCONTRADOS		VALOR DE REFERÊNCIA		
Eritrócitos	4,5		Homens: 1 a 12 anos: 3.8 - 5.4; 13 ou maior: 4.4 - 6.1 Mulheres: 1 a 12 anos: 3.8 - 5.4; 13 ou maior: 4.2 - 5.4		mm3
Hemoglobina	13,6		12,0 - 15,0		g/dL
Hematócrito	40,3		36 - 45		%
V.C.M.	89,5		Crianças: 77 - 95 Adultos: 80 - 98		u3
H.C.M.	30,1		25.0 - 35.0		pg
C.H.C.M.	34,0		31.0 - 36.0		g/dL
RDW	10,3		11.5 - 14.5		
LEUCOGRAMA					
Leucócitos	6710		3800 - 10000		/mm3
Bastonetes	0,00	0	0-5	0 500	
Segmentados	69,07	4635	46-67	1.920-6.700	
Eosinófilos	3,36	225	36	- 500	
Basófilos	0,00	0	0	- 220	
Linfócitos	19,85	1332	900	- 3500	
Monócitos	7,72	518	2-10	72-1000	
Série Branca:	Leucócitos morfologicamente conservados.				
PLAQUETAS	293,000		140.000	- 450.000	/mm3

Resultados Anteriores: 09/09/18 (224,000)

Método: AUTOMAÇÃO (BIT
Material: SANGUE TOTAL (EM EDTA

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 18/09/2018 11:28:20

Assinado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

A interpretação de qualquer resultado laboratorial requer conhecimento de dados clínico-epidemiológicos, devendo ser realizada apenas pelo(a) médico. Dúvidas, entre em contato com o laboratório

GOVERNO DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim
João Pessoa - PB - CEP: 58031-090
CNES: 2593262
Telefone: (83) 3216-5736 / (83) 3216-5775

Sr(a): **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**
Idade: 21 ANOS
RA: 0010002103 BE: 1107014 Dt Coleta: 18/09/2018 - 07:30:17
Dr(a): FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS/9603
Setor: POSTO 1B - ENF 12
Emissão: 18/09/2018 - 11:27:12

GLICEMIA

		Valor(es) de referência	
Resultado	106	60,0 a 99,0	mg/dL

Método: AUTOMAÇÃO - PKL
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 18/09/2018 11:28:20

IONOGRAMA

		Valor(es) de referência	
SÓDIO	140,0	133 a 150	mmol/L
Método: ELETRÓDO ÍON SELETIVO (ISE)			
POTÁSSIO	4,1	3,5 a 5,1	mmol/L
Método: ELETRÓDO ÍON SELETIVO (ISE)			
CÁLCIO	8,9	8,5 a 11,0	mg/dL
Método: AUTOMAÇÃO (PKL)			
CLORETO	105,6	95 a 105	mEq/L
Método: ELETRÓDO ÍON SELETIVO (ISE)			
FÓSFORO	4,3	Menores de 1 ano: Até 13,0 Crianças: 3,0 a 7,0 Adultos : 2,5 a 4,8	mg/dL
Método: AUTOMAÇÃO (PKL)			
MAGNÉSIO	1,3	1,9 a 2,5	mg/dL
Método: AUTOMAÇÃO (PKL)			

Método: AUTOMAÇÃO (PKL)
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 18/09/2018 11:28:20

CREATININA

		Valor(es) de referência	
Resultado	1,12	Homens : 0,7 a 1,2 Mulheres: 0,5 a 1,0	mg/dL

Resultados Anteriores: 09/09/18 (0,83)

Método: AUTOMAÇÃO (PKL)
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 18/09/2018 11:28:20

UREIA

		Valor(es) de referência	
Resultado	45	10 a 45	mg/dL

Resultados Anteriores: 09/09/18 (44)

Método: AUTOMAÇÃO (PKL)
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 18/09/2018 11:28:20

Assinado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

GOVERNO DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim
João Pessoa - PB - CEP: 58031-090
CNES: 2593262
Telefone: (83) 3216-5736 / (83) 3216-5775

Sr(a): **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**
Idade: 21 ANOS
RA: 0010002103 BE: **1107014** Dt Coleta: 18/09/2018 - 07:30:17
Dr(a): FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS/9603
Setor: POSTO 1B - ENF 12
Emissão: 18/09/2018 - 11:27:12

GLICEMIA

		Valor(es) de referência	
Resultado	106	60,0 a 99,0	mg/dL

Metodo: AUTOMAÇÃO - PKL
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 18/09/2018 11:28:20

IONOGRAMA

		Valor(es) de referência	
SÓDIO	140,0	133 a 150	mmol/L
Metodo: ELETRODO ÍON SELETIVO (ISE)			
POTÁSSIO	4,1	3,5 a 5,1	mmol/L
Metodo: ELETRODO ÍON SELETIVO (ISE)			
CÁLCIO	8,9	8,5 a 11,0	mg/dL
Metodo: AUTOMAÇÃO (PKL)			
CLORETO	105,6	95 a 105	mEq/L
Metodo: ELETRODO ÍON SELETIVO (ISE)			
FÓSFORO	4,3	Menores de 1 ano: Até 13,0 Crianças: 3,0 a 7,0 Adultos : 2,5 a 4,8	mg/dL
Metodo: AUTOMAÇÃO (PKL)			
MAGNÉSIO	1,3	1,9 a 2,5	mg/dL
Metodo: AUTOMAÇÃO (PKL)			

Metodo: AUTOMAÇÃO (PKL)
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 18/09/2018 11:28:20

CREATININA

		Valor(es) de referência	
Resultado	1,12	Homens : 0,7 a 1,2 Mulheres: 0,5 a 1,0	mg/dL

Resultados Anteriores: 09/09/18 (0,8)

Metodo: AUTOMAÇÃO (PKL)
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 18/09/2018 11:28:20

UREIA

		Valor(es) de referência	
Resultado	45	10 a 45	mg/dL

Resultados Anteriores: 09/09/18 (44)

Metodo: AUTOMAÇÃO (PKL)
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 18/09/2018 11:28:20

Assinado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

GOVERNO DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim
João Pessoa - PB - CEP: 58031-090
CNES: 2593262
Telefone: (83) 3216-5736 / (83) 3216-5775

Sr(a): **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**
Idade: 21 ANOS
RA: 0010002103 BE: 1107014 Dt Coleta: 18/09/2018 - 07:30:17
Dr(a): FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS/9603
Setor: POSTO 1B - ENF 12
Emissão: 18/09/2018 - 11:27:12

COAGULOGRAMA COMPLETO		Valor(es) de referência	
TEMPO DE PROTROMBINA			
Paciente	13,8	11 a 16	Seg.
TP - Controle Normal	13,5		Seg.
Atividade Protrombínica	94,10	70 a 120	%
INR	1,02		
Resultados Anteriores: 09/09/18 (1,10)			
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL			
Paciente	21,0	21 a 32	Seg.
TTPA - Controle Normal	32,0		Seg.
Diferença	-11	Inferior a 8	

Método: QUICK
Material: PLASMA CON CITRATO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 18/09/2018 11:28:10

Assinado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Felipe Conceição dos Santos BE/Prontuário: _____

Idade: ____ Sexo: (X)Masculino ( )Feminino Cor: _____ Data: ___/___/___

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Redução incruenta de luxação do ombro (D)

Cirurgião: Dr. Edson Tinoco 1º Assistente: Dr. Thales Santos

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Luxação do ombro direito	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Redução incruenta da luxação do ombro direito	

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 08/09/2017

Médico/CRM: _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Paciente em DDH sob anestesia

Incisão:

Achados:

Conduta: Feito redução incruenta da luxação do ombro direito
Verificado estabilidade do ombro direito

Fechamento:

Observação: Pacientes e conforto. Solicitado TC para avaliação e definição de conduta

João Pessoa, 08/09/2018

Médico/CRM: _____

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/09/18 PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Felipe Conceição SEXO: M COR: B IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

PRÉ ANESTÉSICO

DOSE HORA ESTADO FÍSICO (A)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA Retirada lacração do dreno direito

CIRURGIÃO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 20:10 TÉRMINO DA ANESTESIA 20:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 20'

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CR. VALORES R$

ANESTESISTA CPF CRM-PB

ANESTESIADA

O N U

DADOS VENOSOS

PULSO ● PARTE ANESTÉSICA ✱ PARTE CIRÚRGICA ✱ PARTE ANESTÉSICA (A) DIASTÓLICA

220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

ANOTAÇÕES

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ PEDURAL ☐ BLOQ.PLEXO ☐ BLOQ.NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA

TÉCNICOS

ENFERMEIROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Propofol 150mg	11	
2	Fentanil 100mcg	12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

TOTAL

DESTINO DO PACIENTE

☐ APA ☐ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA

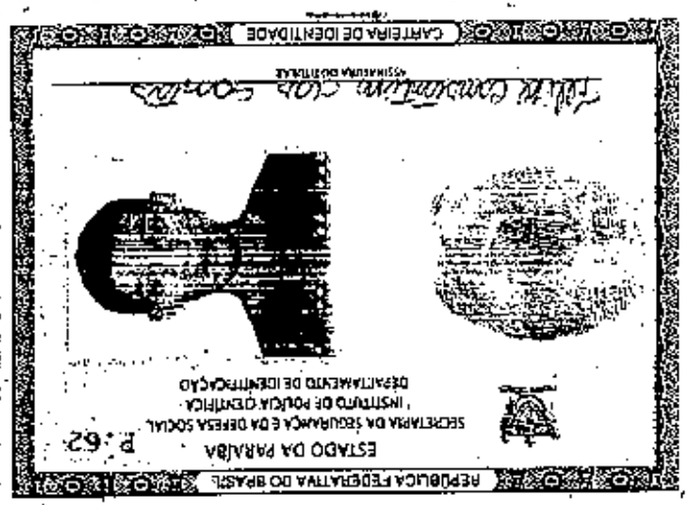
☐ OUTROS

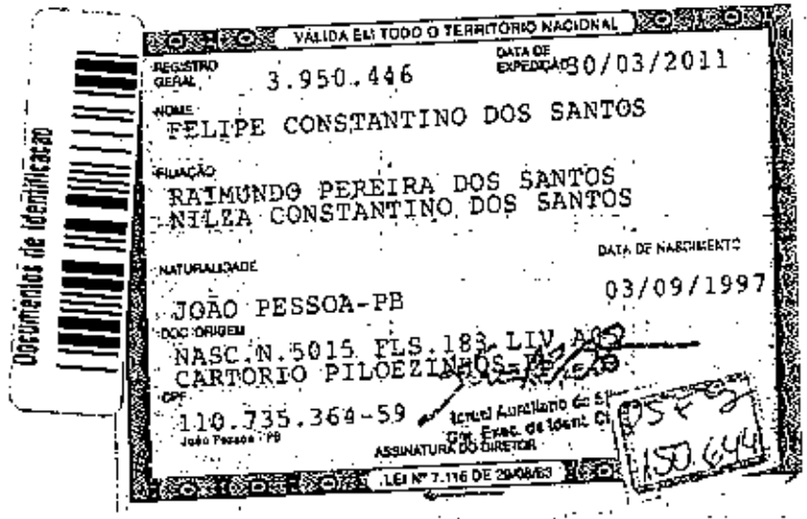
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Marcus Vinicius
Anestesiologista
CRM-PB

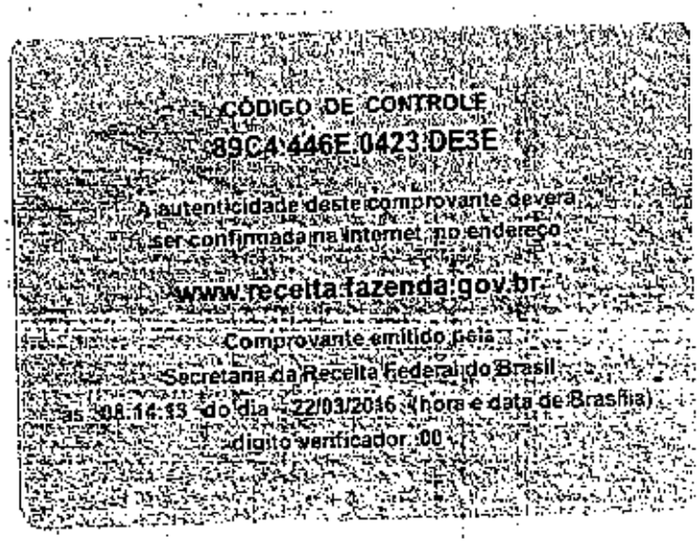
ASSINATURA DO ANESTESISTA

F-(NS) ASCIR 026-1


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA DE IDENTIDADE
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P. 62
ASSINATURA DO TITULAR


Documento de identificação
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 3.950.446
DATA DE EXPEDIÇÃO 30/03/2011
NOME
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS
FILIAÇÃO
RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS
NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO
03/09/1997
NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB
DOC ORIGEM
NASC.N.5015 FLS.183 LIV A02
CARTORIO PILOEZINHOS-PB
CPF
110.735.364-59
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
110.735.364-59
Nome
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS
Nascimento
03/09/1997
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO


CÓDIGO DE CONTROLE
89CA.446E.0423.DE3E
A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:14:13 do dia 22/03/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

DUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 01420177714

VIA	CÓD. RENAVAM	ANTTRC	EXERCÍCIO
1	01130710979	00/00000000	2018

NOME
MARIA PEREIRA GOMES DA COSTA

CPF/CNPJ	PLACA
09622144420	OIG0371/PB

PLACA ANT./UF	CHASSI
NOVO PB	9C2JC6900GR303946

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO/APLIC	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN	2016	2016

CAP./POT./CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
P/124 0/CI	PARTIC	PRETA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
1		00/00/0000	1ª
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO COTAS	2ª
		0	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	SOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*******	SEGURO	P A G O	15/10/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL	DATA
CABEDELO-PB	17/10/2018

16497 14834

DENATRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
3.950.446

DATA DE EXPEDIÇÃO
30/03/2011

NOME
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

FILIAÇÃO
RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS
NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB.

DATA DE NASCIMENTO
03/09/1997

DOC ORIGEM
NASC.N.5015 FLS.183 LIV.A08
CARTORIO PILOEZINHOS

CPF
110.735.364-59
João Pessoa - PB

Israel Auxiliadora de Sá
Gr. Exec. de Ident. Ci

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

15 F 3
150.644

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100187/19

Vítima: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Data do acidente: 08/09/2018

CPF: 110.735.364-59

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS : 110.735.364-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 25/03/2019	Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS	Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 110.735.364-59	CPF: 041.380.364-31
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS	Cristina Limeira Alves

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100187/19

Vítima: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Data do acidente: 08/09/2018

CPF: 110.735.364-59

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS : 110.735.364-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 25/03/2019	Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS	Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 110.735.364-59	CPF: 041.380.364-31
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS	Cristina Limeira Alves