

---

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2017

Carta nº: 10911266

A/C: ADICARLOS CASSIMIRO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170229204 ASL-0158479/17

**Vitima:** ADICARLOS CASSIMIRO

**Data Acidente:** 06/08/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2017

Carta nº: 10923685

A/C: ADICARLOS CASSIMIRO

**Sinistro:** 3170229204 ASL-0158479/17  
**Vítima:** ADICARLOS CASSIMIRO  
**Data Acidente:** 06/08/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

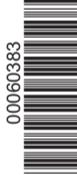
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2017

Carta n°: 11173319

A/C: ADICARLOS CASSIMIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170229204 ASL-0158479/17

Vitima: ADICARLOS CASSIMIRO

Data Acidente: 06/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **06/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

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

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

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2017

Carta nº: 11341954

A/C: ADICARLOS CASSIMIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170229204 ASL-0158479/17

Vitima: ADICARLOS CASSIMIRO

Data Acidente: 06/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **13/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ADICARLOS CASSIMIRO**

**Sinistro:** **3170229204**

**Vítima:** **ADICARLOS CASSIMIRO**

**Data do Acidente:** **06/08/2016**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170229204** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2017

Carta n°: 12115108

A/C: ADICARLOS CASSIMIRO

Nº Sinistro: 3170229204  
Vitima: ADICARLOS CASSIMIRO  
Data do Acidente: 06/08/2016  
Cobertura: INVALIDEZ

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ADICARLOS CASSIMIRO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000094431-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170229204      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADICARLOS CASSIMIRO      **Data do acidente:** 06/08/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do fêmur esquerdo diáfise.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica na coxa esquerda, claudicação da marcha, hipotrofia muscular da coxa esquerda, limitação de mobilidade articular do joelho esquerdo e deficit de força motora do membro inferior esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos, fez fisioterapia, resultados insatisfatórios. Não houve complicações neste caso.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional moderada do MIE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PE



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

EU, José Carlos Pereira

POR PORTADOR(A) DO RG Nº 3.586.150 EXPEDIDO POR 55025/PR EM 25/03/11 E  
 CPF 09053193423, CNPJ 00000000000000, PROFISSÃO Autônomo  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recebendo NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Carlos Pereira. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fala de renda mensal.

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

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

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº da BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

0

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

Nº da BANCO 1104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 94 430-3

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

José Carlos Pereira de 6 de Fevereiro de 2014

LOCAL E DATA

José Carlos Pereira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte 'val' que será pago aos legítimos/ beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.545/2009), e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271224.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 02/02/2017

>> NAO HA LANCAMENTOS PARA O PERIODO

| EXTRATO DE POUPANCA  
PAG: 001

AG: 1033 CRUZ DAS ARMAS  
PERIODO: 01122016 ATE: 02022017  
NOME: ADICARLOS CASSIMIRO

OPER: 013 CONTA: 94.431-3  
CPF: 090.541.074-21  
VLR.BLQ.JUD.: *VLR.001*

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	SALDO EM 01/02/2017 R\$	<i>Saldo</i>
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F7 VOLTAR PAG.	
		F8 AVANCAR PAG.	
			F12 FINALIZAR





## 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 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 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.

**SABEMI SEGURADORA S/A**

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.

20 NOV 2017

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

**RECEBEDOR**

**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 ASL <b>ASL - 0458475/17</b>	CPF da Vítima <b>080.541.074-21</b>	Nome completo da vítima <b>Alicídes Corrêmo</b>
------------------------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------------------------------

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <b>Alicídes Corrêmo</b>		CPF titular da conta <b>080.541.074-21</b>	Profissão <b>Segurança</b>
Endereço <b>Rua Siqueira Campos</b>		Número <b>393/1A</b>	Complemento <b>Casa</b>
Bairro <b>Cruz dos Armos</b>	Cidade <b>João Pessoa</b>	Estado <b>Paraíba</b>	CEP <b>58085-400</b>
Fone			Telefone (DDD) <b>(83) 98661-3863</b>

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RLCUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE 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 <b>5033</b>	DN <b>94431</b>	CONTA Nº <b>3</b>	AGÊNCIA Nº <b></b>	DN <b></b>	CONTA Nº <b></b>
(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 Líder 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.

**João Pessoa, 27 de novembro de 2017**

Local e Data

**Alicídes Corrêmo**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Page: 1 Document Name: untitled

CALXA ECONOMICA FEDERAL | A470

#20 | AUTO ATENDIMENTO

| 02/02/2017

>> NAO HA LANCAMENTOS PARA O PERIODO

EXTRATO DE POUPANCI

PAG: 001

AG: 1033 CRUZ DAS ARMAS  
PERIODO: 01122016 ATÉ: 02022017  
NOME: ADICARLOS CASSIMIRO

OPER: 013 CONTA: 94.431-3  
CPF: 090.541.074-21  
VLR BLQ: JUDY

VLR.001

DATA MOV NR.DOC.HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

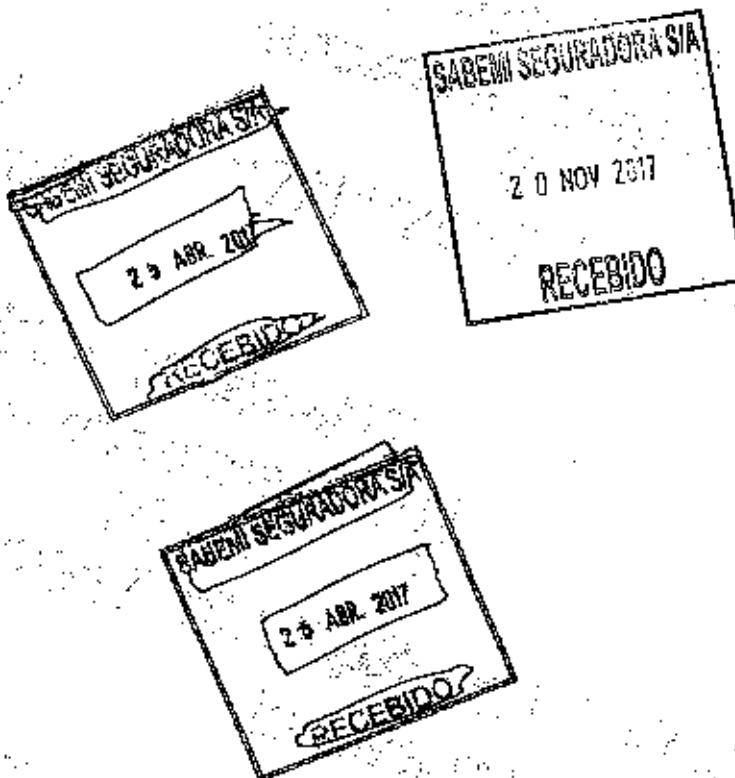
F1 AJUDA  
F3 RETORNAR

F4 SALDO POR DATA LIMITE  
F6 EXTRATO ANTERIOR

SALDO EM 01/02/2017 R\$

F7 VOLTAR PAG.  
F8 AVANCAR PAG.

F12 FINALIZAR





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00199.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00199.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:37 horas do dia 31 de janeiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, c nessa Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu Adicarlos Cassimiro, CPF nº 090.541.074-21, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente de Pedreiro, filho(a) de Maria do Socorro Cassimiro Gomes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/01/1990 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Ciquira Campus, Nº 391, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Por Trás da Maternidade Frei Damião, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98622-2613.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Próximo Ao Trevo Motel, João Pessoa/PB, bairro Rangel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/08/16 21:30h. Tipificação: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia 06/08/16, por volta das 21:30h, quando conduzia a motocicleta de marca YAMAHA/FACTOR YBR 125K, cor vermelha, ano 2011/2012, de placa OFB-1319/PB, chassi nº 9C6KE1520C0077960, registrada em nome de Marcelo Gomes de Lima Dioniz, pela Rua São Geraldo, no Bairro do Rangel, nesta cidade de João Pessoa/PB, ao desviar de um veículo que obstruiu sua passagem, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura diafisária do fêmur esquerdo, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

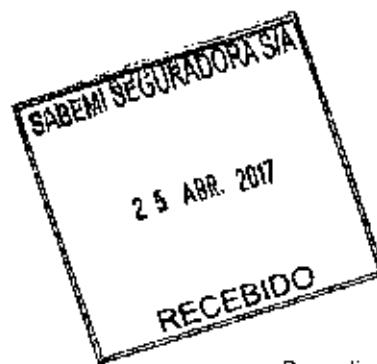
Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 31 de janeiro de 2017.

Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 135.601-0

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
Escrivão de Polícia

Adicarlos Cassimiro  
ADICARLOS CASSIMIRO  
Noticiante





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Adilcarlo Carvalho, portador da carteira de identidade nº 3546.150 e inscrito no CPF sob o nº 090.541.047-21 residente e domiciliado na Rua Siqueira Pamplona, 391 - Centro, João Pessoa, Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Adilcarlo Carvalho

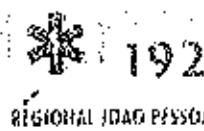
Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

João Pessoa, 01 de fevereiro de 2014

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME

REGIONAL JOÃO PESSOA

(CNPJ) 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

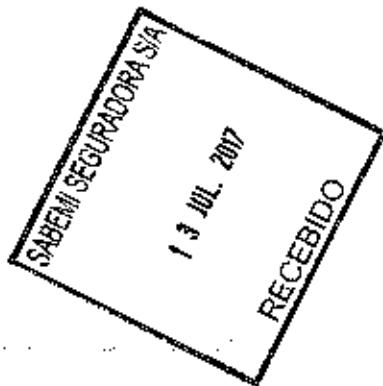
## DECLARAÇÃO

COMPROVAÇÃO  
ATO DECLARATÓRIO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 706/083, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1376358, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente ADICARLOS CASSIMIRO (idade 27 anos), vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 06/08/2017, na Rua Joana Moraes Lordão, Bairro: Cristo - João Pessoa - aproximadamente às 20:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração,

João Pessoa, 03 de Julho de 2017.



Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CREM Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADICARLOS CASSIMIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 00000094431-3

---

Nr. da Autenticação F6D4BA255B609C57

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Documentos de identidade

Eu, Alexandre Gazzinno

RG nº 3.546.150, data de expedição 25/03/11

Órgão SSS/PB, CPF nº 090.541.094-21, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Siqueira Campos</u>
Número	<u>399</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Joná Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3502-4900 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>alexandre.gazzinno@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Joná Pessoa PB, 01/02/14

Alexandre Gazzinno

Assinatura do Declarante



**ROSA MARIA SOUZA SILVIA  
RUA SUCIURA CARPOS, 211 A CRIVAS ARMA  
DOS PESOS 211 F/DEP. SANTANA (S-1)**

CLASSIC RESIDENTIAL RESIDENTIAL WORKSPACE  
Floor 11-2-318-1643 Reference Date 1/3/08  
Nimmo St. Etobicoke B6A 2B6 Expiry Date 26/12/2016

complemento 20 Diente B. 333337-4

ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE

Sample References \_\_\_\_\_ Current Description \_\_\_\_\_

*Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 35, No. 3, June 2010  
DOI 10.1215/03616878-35-3 © 2010 by The University of Chicago

Dez / 2016

Digitized by srujanika@gmail.com

28/12/2016

ପ୍ରକାଶକ ପତ୍ର

26/01/2017

Digitized by srujanika@gmail.com

Verde	177
Corte	177
Seis	177
Azul	177
Xan	177
Verde	177
Amarelo	177
Preto	177
Marrom	177
Fundo	177
Verde	177

	ESTIMACIONES	ALGORITMOS	VALORES
KOPS	103.95	21.73	21.73
FS	110.81	21.12	21.12
COPoS	103.51	23.18	23.18

-e- 9917048.1994.3284.6848.08ff.21e1

SABEM SEGURODORA SA  
23 ABR. 2017  
RECEBIDO



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Oliva, 220 - Bairro: Júlio Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 06.123.654/0001-87

PARA CONSULTA EXTERNA CAGEPA  
INFORME ENTREGUE NO  
ESTABELECIMENTO

68431716

REFERENCIA



000154

Rua das Flores, 1000 - Centro - João Pessoa - PB

**CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS**

SET/2017

**JAQUELINE COUTINHO BEZERRA  
RUA SICURIRÁ CAMPOS 39/A**

**CRUZ DAS ARMAS**

**58085-400**

**JOÃO PESSOA**

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável	
001.14.160.0190	0	0 0 0	68431716	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A05F134458	26/10/2005	4	LIGADO	POTENCIAL

**ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA**

1519 1529 18 31 06/10/2017  
**HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.**

MAR/2017	7	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2017	11	0	TURBIDEZ	294	300 298
MAI/2017	11	0	COR	77	181 181
JUN/2017	9	0	CLORO	294	300 299
JUL/2017	9	0	COL.TERMOT	0	0 0
AGO/2017	7	0	COL.TOTAIS	294	300 300
MÉDIA(m)	9		DADOS REFERENTES A JUL/2017		

**DATA DA LEITURA: 09/09/2017**

**HORA DA LEITURA: 09:45:24**

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 18m <sup>3</sup>	18	36,84		R\$36,84
647-JUROS DE HORA				R\$0,27
050-ACRESCIMO(S) MENSAL				R\$0,74

20 NOV 2017

RECEBIDO

**VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,41 PIS E COFINS, LEI 12.741/12.**

**VENCIMENTO:** Total a Pagar:

22/10/2017 R\$37,85

V.16.12 R. 1.0

**LEITURA DE LETTURA: REALIZADA  
CARRIÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL  
POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)  
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EN DEBITO.**

**INFORMAÇÕES GERAIS:**

**ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO  
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR**



**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SIEP é órgão responsável pela fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada, capitalização e reasseguração.  
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Intervenções Financeiras – CCIF é órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

9

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Passinino, do sinistro de DPVAT da natureza fucadeira da vítima Alexandre Passinino, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada - Renda Mensal: R\$ R\$ 2.000,00

Documentos comprobatórios: é Reverso

Alexandra Cesar Duarte  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SIEP é órgão responsável pela supervisão e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada, capitalização e reasseguração.  
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Operações Financeiras – CCIF é órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

9

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Passinino, do sinistro de DPVAT da natureza fucadeira da vítima Alexandre Passinino, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada - Renda Mensal: R\$ R\$ 2.000,00

Documentos comprobatórios: é Relevante

Alexandra Cesar Duarte  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Arquivo digitalizado

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcos Gomes de Lima DiGenuiz,  
RG nº 3101334, data de expedição 18/09/2003  
Órgão FUNDAE, portador do CPF nº 06152728436, com  
domicílio na cidade de Jacó Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Avenida Centenário, nº 834,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Glicério Carrinho, cujo o condutor era  
Ademar dos Passarinho.

Veículo: Moto  
Modelo: YAMAHA FACTOR YBR 125 K  
Ano: 2011/2012  
Placa: OFB 1319 103  
Chassi: 9C6KE1520C0044960  
Data do Acidente: 06/08/16  
Local e Data: Jacó Pessoa, 01/12/16



Marcos Gomes de Lima DiGenuiz

Assinatura do Declarante

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



Recomendo, para autenticação da verdadeira, a(s) Firma(s) El. de:  
MONTEIRO DA FRANCA - 5º Ofício de Notas  
Notário(a) - Poder Civil - Poder Notarial - Poder Notarial  
Endereço: Rua das Flores, 101, Centro, 56000-000, Pernambuco, Brazil  
Data: 01/02/2017 14:41:45  
Em testada verdade, Jacó Pessoa - 06/08/16 - Ferevente  
Luis Antônio A. Amorim da Faria e Barreto - Ferevente  
[2017-003432]ERJ:R3 07/02/2017 02:27 FEP:R3 07/02/2017 02:27  
SELLO DIGITAL: R3Q75329-244  
Confira a autenticidade em <https://ecodigital.tabelionato.com.br>



www.saude.pb.gov.br



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	ADICARLOS CASSIMIRO
DATA DE NASCIMENTO	13/01/90
NOME DA MÃE	MARIA DO SOCORRO CASSIMIRO GOMES

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	938.597
PRONTUÁRIO N.º	96.796
DATA DO ATENDIMENTO	06/08/16
HORA DO ATENDIMENTO	21:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR ESQUERDO
CID 10	V 29 + S 72.3.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, RESGATADO PELO SAMU, COM DOR + EDEMA + DEFORMIDADE E DESVIO ROTACIONAL DO MIE. GLASGOW 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE FÉMUR ESQUERDO- RELATO COT- FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR ESQUERDO  
EXAMES LABORATORIAIS

### TRATAMENTO:

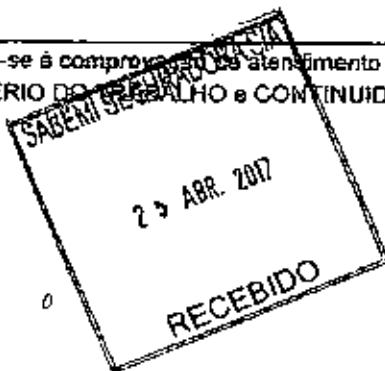
PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR ESQUERDO, COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO, OPERADO POR DR. STEFFERSON. MEDICADO.

ALTA HOSPITALAR: 15/08/2016 COM PRESCRIÇÃO + RETORNO AO HTOP  
DATA DA EMISSÃO: 07/12/2016

Dr. Joacília Braga Brandão

CRM: 1741/PB

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





www.saude.pb.gov.br



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	ADICARLOS CASSIMIRO
DATA DE NASCIMENTO	13/01/90
NOME DA MÃE	MARIA DO SOCORRO CASSIMIRO GOMES

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	938.597
PRONTUÁRIO N.º	96.796
DATA DO ATENDIMENTO	06/08/16
HORA DO ATENDIMENTO	21:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR ESQUERDO
CID 10	V 29 + S 72.3.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, RESGATADO PELO SAMU, COM DOR + EDEMA + DEFORMIDADE E DESVIO ROTACIONAL DO MIE. GLASGOW 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE FÉMUR ESQUERDO- RELATO COT- FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR ESQUERDO  
EXAMES LABORATORIAIS

### TRATAMENTO:

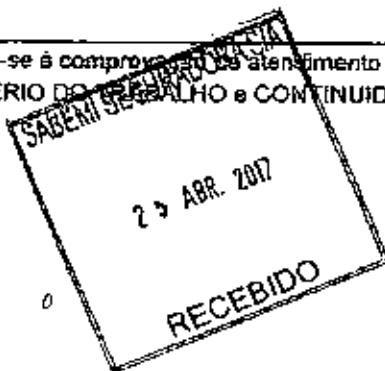
PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR ESQUERDO, COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO, OPERADO POR DR. STEFFERSON. MEDICADO.

ALTA HOSPITALAR: 15/08/2016 COM PRESCRIÇÃO + RETORNO AO HTOP  
DATA DA EMISSÃO: 07/12/2016

Dr. Joacília Braga Brandão

CRM: 1741/PB

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



SA



Autenticação da remetente



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

29 NOV 2007

RECEBIDO

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ADICARLOS CASSIMIRO
------------------	---------------------

DADOS DE NASCIMENTO	13/01/90
---------------------	----------

NOME DA MÃE	MARIA DO SOCORRO CASSIMIRO GOMES
-------------	----------------------------------

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	938.597
------------------------	---------

Nº PRONTUÁRIO	96.796
---------------	--------

DATA DO ATENDIMENTO	06/08/16
---------------------	----------

HORA DO ATENDIMENTO	21:43
---------------------	-------

MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
-----------------------	-------------------------

DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
-----------------	-------------------------------

CID 10	S 72.3
--------	--------

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, resgatado pelo SAMU, apresentando dor e edema e deformidade e desvio rotacional do membro inferior inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa E - AP e P

Exames de Laboratório

### TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Realizado intemamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Stefferson Diniz.

ALTA HOSPITALAR:	15/08/16
------------------	----------

DATA DA EMISSÃO:	14/11/17
------------------	----------

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 938597



## Identificação do paciente

D	Nome	ADICARLOS CASSIMIRO			Sexo	Masculino	
200217	Idade	26 anos 6 meses 24 dias			Estado civil	CASADO(A)	
					Religião	NAO INFORMADA	
					Pai		
	Mae	MARIA DO SOCORRO CASSIMIRO GOMES					
	Escolaridade				Responsável (Parentesco)	A ESPOSA - ESPOSO(A)	
	FUNDAMENTAL INCOMPLETO				DDD Fixo	Fone Fixo	
83	DDD Móvel	Fone Móvel	986490363				
	Tipo documento	Número documento	3576150			Nº Crns	
	RG (IDENTIDADE)						
	Lugar de procedência	RANGEL				Tipo	UF
	Email	JOAO PESSOA				CBOR	PB

## Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58085400	JOAO PESSOA	PB	SIQUEIRA CAMPOS
Número	Complemento		Bairro
391			CRUZDAS ARMAS

## Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convenio
06/08/2016 21:43:37	5485474	SUS
Especialidade	Clinica	Origem do paciente
CIRURGIA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL	SAMU
Classificação de risco		Detalhe do acidente
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	
URGENCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

## Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veículo de ambulância	Trezeira
Não	Não	Sim	Sim
Meio de transporte		Quem transportou	
SAMU		AMB SAMU	

## Sinais Vitais

X	mmHg	Pulso	Temperatura
---	------	-------	-------------

## Exames complementares

Sopro X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos



Diagnóstico

Atendido por

AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

CID

Tempo

03min 12seg

Imprimir

Ortopedista 06/08/16  
as 23:45h

Paciente refere que é  
agorista e que estivera  
nos trilhos quando sofreu  
acidente de moto.

Aproximadamente, edema, com  
movimento de volume nos exte-  
rimos e dor no rotacimento

do MIE.

Rx revela fratura da  
distal da fêmur E

di. As bolas cíngulo  
PL instala trâns.  
esquerdista tibial

Intervist

~~Dr. Rodrigo Gastro de Andrade~~  
~~Ortopedista~~  
~~CRM-PB 4647 / Soc. 5331~~

## Primeiro Atendimento Médico

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

REGISTRO  
ADICIONAL: CASSIMIRO  
DT. NASC.: 13/01/1998  
MRE: MARIA DO SOCORRO CASSIMIRO GOMES  
END.: SIQUEIRA CAMPOS  
N. 381 - CRUZ DAS ALMAS  
JORDA PESSOA  
PONTE: 03  
CELULAR: (81) 866400363  
IDADE: 26  
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

## DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Auto Moto SI FOE*

*Dol MTC*

*Fraqueza Sint. Sint.  
Massagem Coração*

## EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS  Pêrvias  Obstruídas

CERVICAL IMOBIZADA:  Sim  Não

## VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA  Sim  Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  Sem dificuldade

Com dificuldade  Sem

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNEIA

## AUSCULTAÇÃO PULMONAR:

## 1- MURMÚRIO VESICULAR

<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

## 2- RUIDOS

Sim

<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Roncos
<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Sibilos
<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Estertores

<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Roncos
<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Sibilos
<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Estertores

Não

FR: Imp 580 %

## DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas:  Fotorreageente  Paralisadas  Isocônicas  Anisocônicas (diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL			MELHOR RESPOSTA MOTORA
	ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)			
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticção)
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)
TOTAL:	15		Nenhuma	1

**EXAME SECUNDÁRIO**

ALERGIA:

 Não     Sim:

MEDICAMENTOS:

 Não     Sim:

IMUNIZAÇÃO:

 Não     Sim:

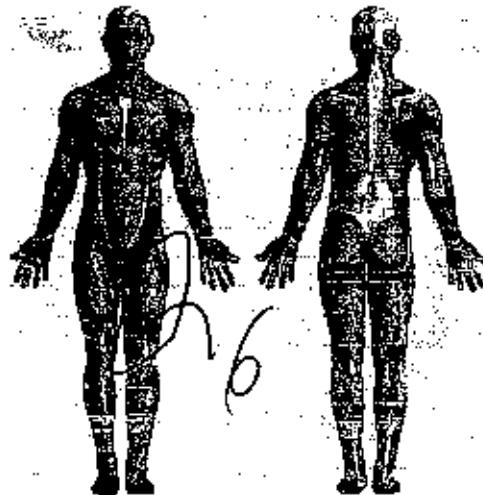
PATOLOGIA:

 Não     Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS:

 Não     Sim:
**LOCAL DA LESÃO**

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- 
- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Lacerção                     |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendinea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efiema subcutâneo    | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorrágia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 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"/> Lavado peritoneal   |
| <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST)    | <input type="checkbox"/> Gasometria arterial |
| <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada | <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea   |

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>10-A1</i>		<i>Dr. Fernando Mattos Braga</i>
2	<i>10-A2</i>		
3			
4	<i>10-A3</i>		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MEDICO**
Solicito parecer da *MAP* / às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

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)                         | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revista <input type="checkbox"/> Desistência |
| <input type="checkbox"/> 16h00 <input type="checkbox"/> Até 48 hs. | <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO                                                            |

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**BRASIL**

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



Número: 00

Paciente: Adicarlos Carrimiro

Procedimento: Trat. varieg. frat. diafise da fêmur (6) Reposição: \_\_\_\_\_ Caixa Prona: \_\_\_\_\_

SUS:  ) Não SUS ( )

Médico: Dr. Stevenson + Dr. Raiff (R2)

Prontuário: 938597

Data: 7/14/00

Data: 13/08/16

Caixa Pronva

## DISPENSAÇÃO CME

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
B.Braun	Aguilha de Pavor A-100	03		

Jéssica Emilia F. Rabélo  
Médica

ASSINATURA CORR. MDC043 / PB

**Vanessa Mendes** / R. da Silva  
**Enfermeira** / COREN-PE / CRM-PE 44.320  
**ASSESSORIA DE IMAGEM - COREN-PE**

**Laudemir M. de Oliveira**  
Assinatura permanente  
**LOREN-PB 622-1898**

ASSINATURA DE AUTORIDADES RESPONSÁVEIS  
CORON-PR 622-898



**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

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

Número: 00

Paciente: Adiearlos Coaximinoz

Procedimento: 100-019 - de Trabalho para inspeção

SUS: 1 Nao SUS: 1 Total: 2

SUS. ~~1~~ Nas SUS.

Médico: Dr. Rodrigo Amaral

Prontuário: 938597

Data: 06/07/16

Date: 9/15/07

**Caixa Pronta:**

## DISPENSAÇÃO CME

## **DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA**

Jessyka Emilia F. Rebêlo  
ASSINADA MÉDICO - CRM  
CRM 100437 MÉDICO - CRM

 Maria Liane / 440-700  
ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

*Adriane Gisvete*  
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
Germana Cruz Nunes  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 424976  
F(NG)APC

F(NG).APC.013-2

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia  
Perfusão + antiemética  
Esterilização de campos

### Incisão:

Abordagem lateral em Coxă (E) (lateral de coxa)  
Fissuras, sulcos e articulações por planos anatômicos  
Utilização de histerose

### Achados:

Fractura diafisária de fêmur (5)

### Conduta:

- (1) Redução da fratura com auxílio de pinça de rodízios
- (2) Fijação com fixador ósseo de fêmur
- (3) Fixação completa ICP com 12 fios (+) - 10 para:  
fixar ossos
- (4) Cirurgia fechada Cox SFO, 91

### Fechamento:

Por planos anatômicos  
Fistula estéril.

### Observação:

Rx controll

Médico/CRM:

Jéssyka Emilia F. Babélo  
Médica  
CRM 100451/PE

João Pessoa, 19/08/16

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Cidularo Lúcio BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino  
 Clínica/Setor: Ortopedia Cor: \_\_\_\_\_ Data: 13/08/16  
 Cirurgia: Mast. Cirúrgico frct. clavícula simple (E) EMP: 15 LR: 05  
 Cirurgião: Dr. Dufferson 1º Assistente: Kir. Raff (MR2)  
 2º Assistente: Ar. Jessyka (MR3) 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
<u>Fract. diafisária clavícula (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Mast. cirúrgico frct. diafisária de clavícula (E)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Jessyka Emilia F. Raffaelo  
CRM: 100.337 PB

João Pessoa, 13/08/16



# FICHA DE ANESTESIA



DATA: 13/08/16

PRONTUÁRIO: 938597

PACIENTE: Adelcimar Corrêa 120 SEXO: COR: IDADE: 26 A

PRESSORARTERIAL PULSO 80 RESPIRAÇÃO RUMPELOS TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

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

## EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO NV + em AHT DIREITA AP. CIRCULATÓRIO RCR em 27 c/ BCNF 5/200

AP. DIGESTIVO fejum ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE HORA ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura com pefra de diáfise de fêmur- Eng

CIRURGIA REALIZADA rto cirúrgico de fratura de diáfise de fêmur- Eng

CIRURGIÃO Dr. Collefonan AUXILIARES Dr. Raiff

INÍCIO DA ANESTESIA 08:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 11:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 03:30

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

ANESTETISTA Dr. João Bachtarz + Dr. Goriatti (RM-IB)

SENSIBILIDADE 10 11

 O<sub>2</sub> N<sub>2</sub>O

LIQUIDOS VENOSOS SRL SRL SRL

ANESTESIA CONSCIOS CIRURGIA PARTEIRAL Esterilizada A. Intraoperatoria

ANESTESIA X SISTEMICO P. Anestesia P. Anestesia P. Anestesia

ANOTACAO: RS RS RS RS RS RS

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

*[Signature]*  
MEDESSUL

Nome: Eduardo Leme Mello BE/Prontuário: 938594  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 04/08/16  
 Clínica/Setor: Gto pediatr EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ortoped Cirurgião: Dra. Rosângela Amorim 1º Assistente: M. Geraldy (MRS)  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fret. disfunctio de fémur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ortoped</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

*[Handwritten notes]*  
CRM 10000/16  
Médico de Plantão

João Pessoa, 04/08/16

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHI

## DESCRITIVO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

Paciente foi deitado dorsal com as pernas  
flexionadas + intubado

## Incisão:

Incisão realizada na parede abdominal.

## Achados:

Não se observaram lesões na parede abdominal.

## Conduta:

Passagem de fio de K n° 5 transtorial.

## Fechamento:

Fechamento da ferida com pontos dissolvíveis.

## Observação:

Não se observaram complicações pós-operatórias.

O paciente foi extubado e liberado para casa.

CAB 1004/16  
Medicina  
Assista Emergencial  
Ribeiro

João Pessoa, 04/09/16

Médico/CRM:

**Nota de Sala Cirúrgica**

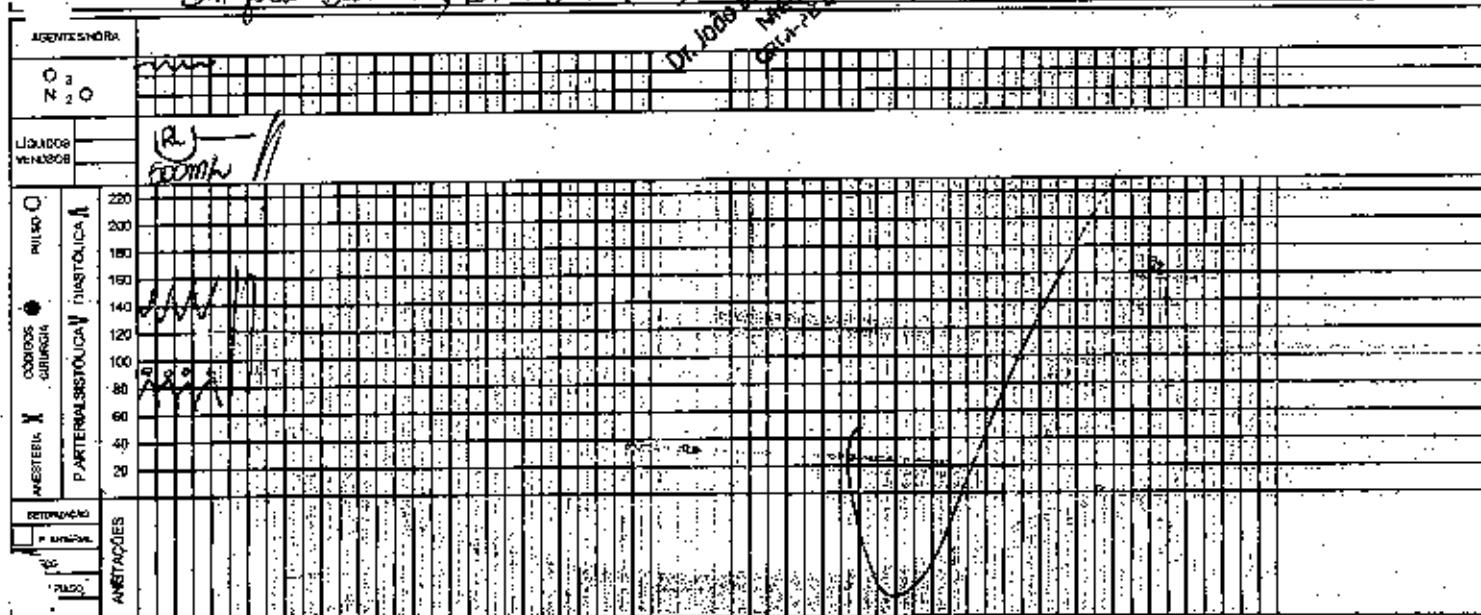
NO ME DO PACIENTE	Adicarlos Cassionino					
IBADES	RE 938	DEPARTAMENTO	ENFERMAGIA			
CIRÚRGICO	Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.					
CIRÚRGIO	Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.					
ANESTESIA	Sedação					
ANESTESISTA	Dr. Dr. Dr. Dr.					
INSTRUMENTADOR:						
DATA:	06/02/06	TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	PIM: CIRURGIA: INÍCIO: FIM:			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)						
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPIDA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA		JELCO NP18		FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO NP22		FIO DE AÇO N°		
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°		
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°		
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 10%		LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP/DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVP/TENTURA		LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVP/TOPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPÓTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	121	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIO POLICLECARPONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIACA	
NIMBÍUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	121	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETITINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19		CÚP. TITÂNIO LICADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREMOM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVÍVEL
AIRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		XIT. DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR
ATRÓPINA		CATETER EMBOLICA ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT BAM
DEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO
CEPAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASO. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASO. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	5	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP		FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO SA N°	1	( ) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	17	FIO ALGODÃO SA N°		( ) CARMÓGRAFO
		GAZES ALGODODADAS		FIO ALGODÃO CA N°	2	( ) CÁRDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO CA N°		( ) DESFIBRILADOR
		JELCO N°14		GOAGOS	13	( ) FOCO AUXILIAR
		JELCO N°16		GOAGOS	13	( ) FOCO CENTRAL
						( ) MICROSCOPIO
						( ) OXÍMETRO DE PULSO
						( ) P.A. INVASIVA/NO INVASIVA
						( ) PERFORADOR ELÉTRICO
						( ) SERRA
						CIRCULANTE
				Germinal BK Vilas Boas		
				Téc. de Enfermagem		

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 06/10/81 16

PRONTUÁRIO: 438597

PACIENTE: Adilbarleto Viana		SEXO: M	COR:	IDADE: 26 Anos
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 80 mmHg	RESPIRAÇÃO: Eufnézica	TEMPERATURA: 36,5°C	PESO: 70 kg
ESTADO GERAL: ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		GRUPO SANGUÍNEO:
EXAMES COMPLEMENTARES VPM				
AP. RESPIRATÓRIO: NDN		AP. CIRCULATÓRIO: NDN		
AP. DIGESTIVO: JEJUM		ESTADO MENTAL: NDE	DROGAS EM USO: VPM	
PRÉ-ANESTÉSICO: — DOSE/HORA: —				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura diafisária de fêmur (2)				
CIRURGIA REALIZADA: TTO CETOGENICO da fratura diafisária de fêmur (Incaio troncoquilitico)				
CIRURGIÃO: Dr. Rodriguez		AUXILIARES: Dra. Virgínia (R4)		
INÍCIO DA ANESTESIA: 23:55h		TERMINO DA ANESTESIA: 00:15h	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 20min	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:		QUANT. DE CIL:	VALORES R\$:	
ESTESISTA: Dr. João Batista, Belo Jardim (R4)			CRM-PB	



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> PACEDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: 500000
------------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------------------------

TECNICA:

LÍQUIDOS	VOLUME (ml)	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ÁTO ANESTÉSICO
GLICOSE	1	Fentanil 150mcg
KAO	2	Diazepam 200mcg
BANDE	3	
RINGER	4	
TOTAL	5	
DESTINO DO PACIENTE		
<input type="checkbox"/> APT	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	6
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	7
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: URPA		8
		9
		10

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ASSINATURA DO ANESTESESTA:

Dr. João Batista Virgílio  
Anestesia - 23/10/81

F. INCLASCR.006-1

15/04

DATA: 10/08/16

FRONTUÁRIO:

Nome do paciente:	Adriana Lecanda	
Idade:	26 anos	Sexo: M
Patologias principais:	Fractura de fíbula	
Cirurgia:	tto canino	
Anestesia proposta:	Narcose	

Dor no pé/pele/angina?	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] >6M	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pressão alta?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Arritmia, taquicardia? [ ] espontâneas [ ] médicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dois estertores? [ ] pes. [ ] médicos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Edema de MMH? [ ] Tardio [ ] Veno	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diplopia de descolamento? [ ]	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dois esforços? [ ] pes. [ ] médios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asteia-bronquite?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tosse/estertoro? (cor)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fumante: há ____ anos. Parou há ____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Desmaios, tonturas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Frequência muscular, miopia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
nas juntas, artrose, collagenose?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lombalgia de coluna?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
História social:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alcoolismo: há ____ anos. Padrão: [ ]	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Diabetes?	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
Doença da tireoide?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mudança no hábito mictorial?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificação nos esfínteres?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Queimadura, eriz. H. de fogo, dor?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Náuseas, vômitos? (cor)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mudanças no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alteração na cor das fezes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Perda de peso / adice?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hepatite, icterícia, melaria, Chegas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sangramento? (onde?)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hematomas/manchas roxas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gripe, febre, recente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Está ou pode estar grávida? (DUM)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tem problema de surdez, visão?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Teve febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Recebeu transfusão de sangue? (Ra)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Outras transplantações ou emergências?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Alergia a drogas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alergia a pó, lâ, odores, alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alergia a derivado de bovina?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A criança é prematura?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A criança tem 1 de desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A criança está gripada, estresse, febre?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A criança tem outra doença?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ATENDENTES FAMILIARES:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
[ ] idébels [ ] doente crvsc. [ ] miopia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
[ ] Febre alta durante a anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
[ ] Problemas durante a anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Qual?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Sintomas importantes da Anestesia (não EP)

Fator passo:	170	Sintomas:
--------------	-----	-----------

EXAME FÍSICO	
Peso: [ ] Alívio: [ ] Pál. [ ] Tensão arterial: [ ] Tonométrico: [ ]	Cardiopulmonar: [ ]
próstata: [ ] supraventricular: [ ] - canaliculoscópico: [ ] Endoscópico: [ ]	
Abdome: [ ]	
Dermoduroscopia: [ ] móveis [ ]	
Dermos: [ ]	
Abertura da boca: [ ] normal	
Perceção normal: [ ]	
Nasal: [ ]	
Impedimento: [ ] - distância extremidade: ≤ 12,5 cm > 12,5	

Altura de preparação exame com < 01 m:	<input type="checkbox"/>
Exames complementares: DATA: 25/08/16	<input type="checkbox"/>
Hb: 13,9 Hr: 41,5 Cr: 1,0 TC: 1,0 IS: 1,0	<input type="checkbox"/>
Name: K- Plug: 3341.000 CR: 1,0 N: 1,0 A: 1,0 D: 2016-08-25	<input type="checkbox"/>
RXT: [ ] ECG: [ ]	<input type="checkbox"/>

Analise clínica:	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------

RETORNOS: [ ] NÃO [ ] SIM Motivo: [ ] Exames complementares: [ ] Encaminhado à Clínica. Qual: (VIDE VERSO)

Dr. Wardell Costa  
Médico CRM-PB: 6615

CRM:

Se o paciente tiver Risco(s) prévio(s) CONDUÇA FINAL e PROBLEMAS GRAVES APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUÇA FINAL: DATA: / /	<input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia. <input type="checkbox"/> Reenviar na Intervenção - motivo(s): <input type="checkbox"/> Reenviar no SO - motivo(s): <input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO PATRIGRAF - motivo(s):
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROBLEMAS GRAVES	<input type="checkbox"/> N/A drogas/dose
------------------	------------------------------------------

MÉDICO:

CRM:

P(NQ)ASCIRLI27-1

SA

Autenticação da remessa postal



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

29 NOV 2007

RECEBIDO

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ADICARLOS CASSIMIRO
------------------	---------------------

DADOS DE NASCIMENTO	13/01/90
---------------------	----------

NOME DA MÃE	MARIA DO SOCORRO CASSIMIRO GOMES
-------------	----------------------------------

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	938.597
------------------------	---------

Nº PRONTUÁRIO	96.796
---------------	--------

DATA DO ATENDIMENTO	06/08/16
---------------------	----------

HORA DO ATENDIMENTO	21:43
---------------------	-------

MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
-----------------------	-------------------------

DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
-----------------	-------------------------------

CID 10	S 72.3
--------	--------

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, resgatado pelo SAMU, apresentando dor e edema e deformidade e desvio rotacional do membro inferior inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa E - AP e P

Exames de Laboratório

### TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Realizado intemamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Stefferson Diniz.

ALTA HOSPITALAR:	15/08/16
------------------	----------

DATA DA EMISSÃO:	14/11/17
------------------	----------

*Ewerton Noronha Teixeira*  
Dr. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
CRM: 2516/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 938597



## Identificação do paciente

D	Nome	ADICARLOS CASSIMIRO			Sexo	Masculino	
200217	Idade	26 anos 6 meses 24 dias			Estado civil	CASADO(A)	
					Religião	NAO INFORMADA	
					Pai		
	Mae	MARIA DO SOCORRO CASSIMIRO GOMES					
	Escolaridade				Responsável (Parentesco)	A ESPOSA - ESPOSO(A)	
	FUNDAMENTAL INCOMPLETO				DDD Fixo	Fone Fixo	
83	DDD Móvel	Fone Móvel	986490363				
	Tipo documento	Número documento	3576150			Nº Crns	
	RG (IDENTIDADE)						
	Lugar de procedência	RANGEL				Tipo	UF
	Email	JOAO PESSOA				CBOR	PB

## Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58085400	JOAO PESSOA	PB	SIQUEIRA CAMPOS
Número	Complemento		Bairro
391			CRUZDAS ARMAS

## Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convenio
06/08/2016 21:43:37	5485474	SUS
Especialidade	Clinica	Origem do paciente
CIRURGIA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL	SAMU
Classificação de risco		Detalhe do acidente
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	
URGENCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

## Indicadores e Transporte

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

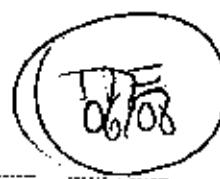
## Sinais Vitais

X	mmHg	Pulso	Temperatura
---	------	-------	-------------

## Exames complementares

Sopro X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos



Diagnóstico

Atendido por

AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

CID

Tempo

03min 12seg

Imprimir

Ortopedista 06/08/16  
as 23:45h

Paciente refere que é  
agorista e que estivera  
nos trilhos quando sofreu  
acidente de moto.

Aproximadamente, edema, com  
movimento de volume nos extre-  
mos e dor no lado direito

do MIE.

Rx revela fratura da  
distal da fíbula E

di. As bolas cinturão  
PL instala trincas  
esquerdista tibial

Intussus

~~Dr. Rodrigo Gastro de Andrade~~  
~~Ortopedista~~  
~~CRM-PB 4647~~  
~~1501 5331~~

## Primeiro Atendimento Médico

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

REGISTRO  
ADICIONAL: CASSIMIRO  
DT. NASC.: 13/01/1998  
MRE: MARIA DO SOCORRO CASSIMIRO GOMES  
END.: SIQUEIRA CAMPOS  
N. 381 - CRUZ DAS ALMAS  
JORDA PESSOA  
PONTE: 63  
CELULAR: (81) 866400363  
IDADE: 26  
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

## DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Auto Moto SI FOE*

*Dol MTC*

*Fraqueza Sint. Sint.  
desconforto Cervical*

## EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS  Pêrvias  Obstruídas

CERVICAL IMOBIZADA:  Sim  Não

## VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA  Sim  Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  Sem dificuldade

Com dificuldade  Sem

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNEIA

## AUSCULTAÇÃO PULMONAR:

## 1- MURMÚRIO VESICULAR

<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

## 2- RUIDOS

Sim

HTD: Roncos  
Sibilos  
Estertores

HTE: Roncos  
Sibilos  
Estertores

Não

FR: Imp 50% %

## DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas:  Fotorreageente  Paralisadas  Isocônicas  Anisocônicas (diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL			MELHOR RESPOSTA MOTORA
	ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)			
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticção)
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)
TOTAL:	15		Nenhuma	1

**EXAME SECUNDÁRIO**

ALERGIA:

 Não     Sim:

MEDICAMENTOS:

 Não     Sim:

IMUNIZAÇÃO:

 Não     Sim:

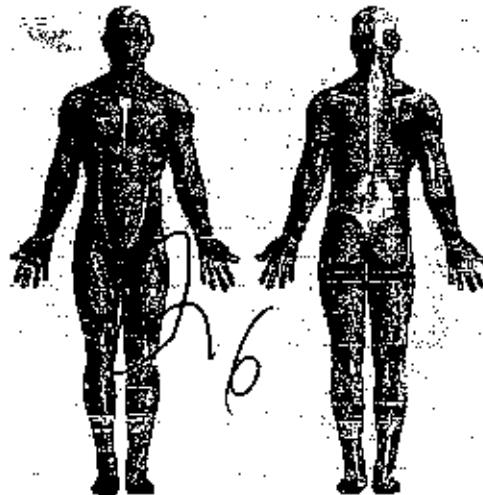
PATOLOGIA:

 Não     Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS:

 Não     Sim:
**LOCAL DA LESÃO**

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- 1 Abrasão  
2 Amputação  
3 Avulsão  
4 Contusão  
5 Crepitação  
6 Dor  
7 Edema  
8 Empalamento  
9 Efirsema 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 Tendinea  
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**

- Radiografias  
 Ultrassonografia (FAST)  
 Tomografia computadorizada

- Lavado peritoneal  
 Gasometria arterial  
 Tipagem sanguínea

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>10-A1</i>		<i>Dr. Fernando Mattos Braga</i>
2	<i>10-A1</i>		
3			
4	<i>10-A1</i>		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**SOLICITAÇÃO DE PARECER**
Solicito parecer da *MAP* / às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

Solicito parecer da \_\_\_\_\_ / às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

**DESTINO DO PACIENTE**
**DATA**

DA: \_\_\_\_\_

**SÁIDA**

HORAS: \_\_\_\_\_

- Centro cirúrgico  
 Transferência (unidade de saúde)  
 Internado (setor)  
 Alta hospitalar     Decisão médica     A pedido     A revista     Desistência  
 16h00     Até 48 hs.     Após 48 hs.     Família     IML     SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**CRÉDITO-VERMELHO**  
**BRASILEIRO**

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



Número: 00

Paciente: Adicarlos Carrimiro

Procedimento: Trat. varieg. frat. diafise da fêmur (6) Reposição: \_\_\_\_\_ Caixa Prona: \_\_\_\_\_

SUS:  ) Não SUS ( )

Médico: Dr. Stevenson + Dr. Raiff (R2)

Prontuário: 938597

Data: 7/14/00

Data: 30/08/16

Caixa Pronva

## DISPENSAÇÃO CME

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
B.Braun	Aguilha de Pavor A-100	03		

Jéssica Emilia F. Rabélo  
Médica

ASSINATURA CORR. MDC043/PRB

**IV**  
Anessa Mendes de F. da Silva  
**Enfermeira**  
**ASOCIATURA ENFERMAGEM - COREN-PB** 344.320

*Luan M. de Oliveira*  
Assinatura permanente  
ASSINATURA 622-1838

ASSINATURA DE FOLHA DE PONSAVÉL  
CORREIO PB 622-838



**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

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

Número: 00

Paciente: Adiearlos Coaximinoz

Procedimento: 100-019 - de Trabalho para inspeção

SUS: 1 Nao SUS: 1 Total: 2

SUS. ~~1~~ Nas SUS.

Médico: Dr. Rodrigos Amaral

Prontuário: 938597

Data: 06/07/16

Date: 9/15/07

Caixa Pronta:

## **DISPENSAÇÃO CME**

## **DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA**

Jessyka Emilia F. Rebêlo  
ASSINATURA  
CRM 100437/SC - CRM

 / 440-700  
ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

*Germano & Gisele*  
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
Germano & Gisele Nunes  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 424976  
F(NG)APC

F(NG).APC.013-2

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em TDT sob anestesia  
Perfusão + antiemética  
Esterilização de campos

### Início:

Abordagem lateral em Coxă (E) (lateral de coxa)  
Fissuras, sulcos e articulações por planos anatômicos  
Utilização de fixadores

### Achados:

Fractura diafisária de fêmur (5)

### Conduta:

- (1) Redução da fratura com auxílio de pinça de rodízios
- (2) Fijação com fixador externo
- (3) Fixação completa ICP com 12 fios (+) - 10 para
- (4) Ossificação retardada Cox 5º o, 9+

### Fechamento:

Por planos anatômicos  
Fistula estéril

### Observação:

Rx controll

Médico/CRM:

Jéssyka Emilia F. Babélo  
Médica  
CRM 100451/PE

João Pessoa, 19/08/16

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Cidularo Lúcio BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino  
 Clínica/Setor: Ortopedia Cor: \_\_\_\_\_ Data: 13/08/16  
 Cirurgia: Mast. Cirúrgico frct. clavícula simple (E) EMP: 15 LR: 05  
 Cirurgião: Dr. Dufferson 1º Assistente: Dr. Raff (MR2)  
 2º Assistente: Dr. Jessyka (MR3) 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
<u>Fract. diafisária clavícula (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Mast. cirúrgico frct. diafisária de clavícula (E)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Jessyka Emilia F. Ribeiro  
CRM: 100537 PB

João Pessoa, 13/08/16



# FICHA DE ANESTESIA



DATA: 13/08/16

PRONTUÁRIO: 938597

PACIENTE: Adelcimar Corrêa 120 SEXO: COR: IDADE: 26 A

PRESSORARTERIAL PULSO 80 RESPIRAÇÃO RUMPELOS TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

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

## EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO NV + em AHT DIREITA AP. CIRCULATÓRIO RCR em 27 c/ BCNF 5/2000

AP. DIGESTIVO fejum ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE HORA ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura com pefra de diáfise de fêmur- Eng

CIRURGIA REALIZADA rto cirúrgico de fratura de diáfise de fêmur- Eng

CIRURGIÃO Dr. Collefonan AUXILIARES Dr. Raiff

INÍCIO DA ANESTESIA 08:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 11:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 03:30

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

ANESTETISTA Dr. João Bachtarz + Dr. Goriatti (RM-IB)

SENSIBILIDADE 10 11

 O<sub>2</sub> N<sub>2</sub>O

LIQUIDOS VENOSOS SRL SRL SRL

ANESTESIA PARTEIRAL ESEPTICO A. INTRAVENOSA

CONSCIOS CIRURGIA

ANESTESIA PARTEIRAL ESEPTICO A. INTRAVENOSA

SEDATIVA

ANESTESIA PARTEIRAL ESEPTICO A. INTRAVENOSA

ANESTESIA PARTEIRAL ESEPTICO A. INTRAVENOSA

ANOTACAO

RS RS RS RS RS RS

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

*[Signature]*  
MEDESSUL

Nome: Eduardo Leme Mello BE/Prontuário: 938594  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 04/08/16  
 Clínica/Setor: 6to pediatria EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ortopedia   
 Cirurgião: Dra. Rosângela Amorim 1º Assistente: Mr. Geraldyne (MRI)  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Frust. disfunctio de fémur</u> <input checked="" type="checkbox"/>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ortopedia</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

*[Handwritten notes]*  
CRM 10000/16  
Médico de Plantão

João Pessoa, 04/08/16

Médico/CRM: \_\_\_\_\_



CRUZ FERMIERIA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



## **DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA**

#### **Posição e Preparo:**

Posição e Preparo:  
Ponto fixo dell'elito derale visto nas traseiras  
Crescendo + intensidade

### **Incision**

## Achadose

### **Conductors**

Passagem de fio de k n° 5 blindado.

#### **Fechamento:**

**Observação:**

Médico/CRM:

CBM 1045/PB  
Medical Library  
Jefferson Medical College

João Pessoa, 04/09/16

**Nota de Sala Cirúrgica**

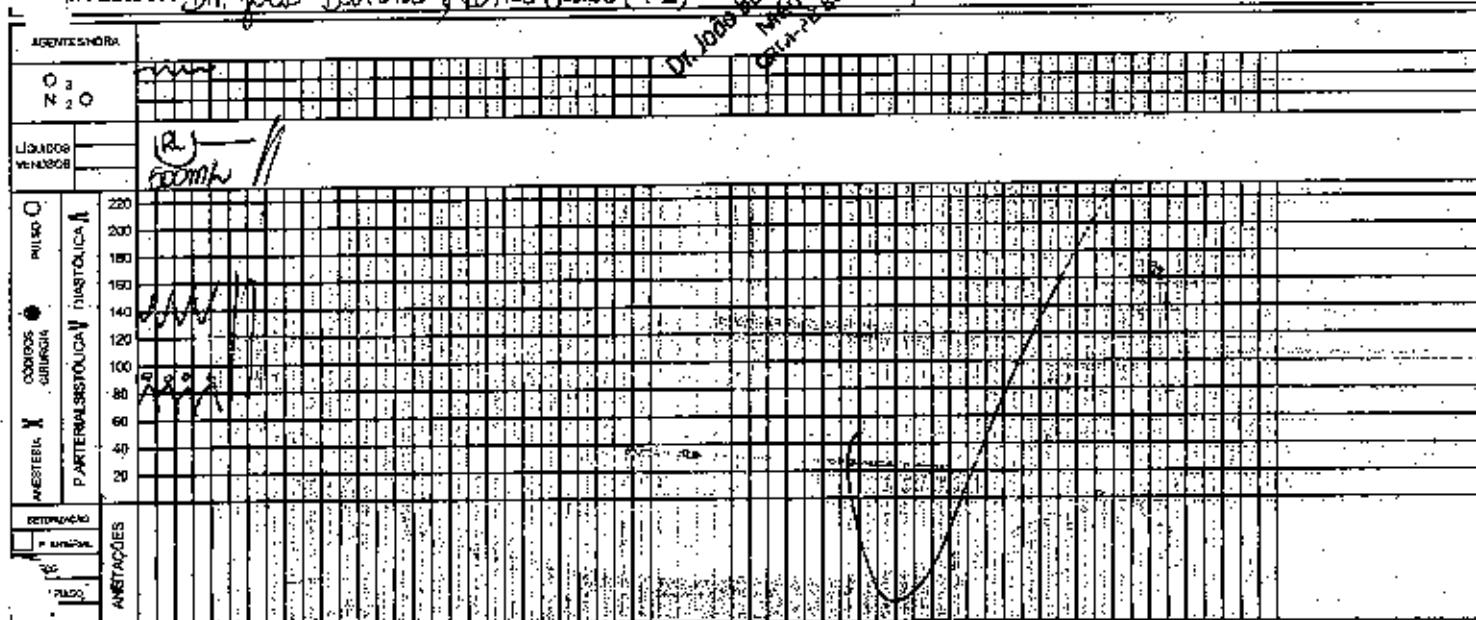
NO ME DO PACIENTE	Adicarlos Cassionino					
IBADES	RE 938	DEPARTAMENTO	ENFERMAGIA			
CIRÚRGICO	Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.					
CIRÚRGIO	Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.					
ANESTESIA	Sedação					
ANESTESISTA	Dr. Dr. Dr. Dr.					
INSTRUMENTADOR:						
DATA:	06/02/06	TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	PIM: CIRURGIA: INÍCIO: FIM:			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)						
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPIDA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA		JELCO NP18		FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO NP22		FIO DE AÇO N°		
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°		
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°		
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 10%		LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP/DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVP/TENTURA		LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVP/TOPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPÓTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	121	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIO POLICLECARPONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIACA	
NIMBÍUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	121	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETITINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19		CÚP. TITÂNIO LICADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVÍVEL
AIRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		XIT. DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR
ATRÓPINA		CATETER EMBOLICA ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT BAM
DEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO
CEPAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASO. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASO. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	5	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP		FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO SA N°	1	( ) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	17	FIO ALGODÃO SA N°		( ) CARMÓGRAFO
		GAZES ALGODODADAS		FIO ALGODÃO CA N°	2	( ) CÁRDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO CA N°		( ) DESFIBRILADOR
		JELCO N°14		GOAGOS	13	( ) FOCO AUXILIAR
		JELCO N°16		GOAGOS	13	( ) FOCO CENTRAL
						( ) MICROSCOPIO
						( ) OXÍMETRO DE PULSO
						( ) P.A. INVASIVA/NO INVASIVA
						( ) PERFORADOR ELÉTRICO
						( ) SERRA
						CIRCULANTE
				Germinal BK Vilas Boas		
				Téc. de Enfermagem		

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 06/08/16

PRONTUÁRIO: 438597

PACIENTE: Adriano Vassoura		SEXO: M	COR:	IDADE: 26 anos	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 80 mmHg	RESPIRAÇÃO: Eupneia	TEMPERATURA: 36,5°C	PESO: 70 kg	GRUPO SANGUÍNEO: O+
ESTADO GERAL: ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES: VPM					
AP. RESPIRATÓRIO: NDN		AP. CIRCULATÓRIO: NDN			
AP. DIGESTIVO: JEJUM		ESTADO MENTAL: NTE		DROGAS EM USO: VPM	
PRÉ-ANESTÉSICO: — DOSE/HORA: —					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura diafisária de fêmur (L)					
CIRURGIA REALIZADA: TTO cirúrgico da fratura diafisária de fêmur (fixação metacôndrica)					
CIRURGIÃO: Dr. Rodrigo		AUXILIARES: Dra. Virgínia (R4)			
INÍCIO DA ANESTESIA: 23:55h		TERMINO DA ANESTESIA: 00:15h		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 20min	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:		QUANT. DE CIL:		VALORES R\$:	
ESTESISTA: Dr. João Batista, Pneum/Anm (R4)		CRM-PB			



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> PACEDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: SICOMORF
------------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------------------------

TECNICA:

LÍQUIDOS	VOLUME (ml)	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ÁTO ANESTÉSICO
GLICOSE	1	Fentanil 150ug
KAO	2	Diazepam 200mg
BANDE	3	
RINGER	4	
TOTAL	5	
DESTINO DO PACIENTE		
<input type="checkbox"/> APT		16
<input type="checkbox"/> UTI		17
<input type="checkbox"/> OUTROS: URPA		18
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA		19
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ASSINATURA DO ANESTESESTA:

Dr. João Batista Virgílio  
Medico-Anestesista

CNPJ: 23.380.000/0001-01

F. INSCRICAO: 006-1

15/04

DATA: 10/08/16

FRONTUÁRIO:

Nome do paciente:	Adriana Lecanda	
Idade:	26 anos	Sexo: M
Patologias principais:	Fractura de fíbula	
Cirurgia:	tto canino	
Anestesia proposta:	Narcose	

Dor no pênis/gangrena?	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] >6M	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pressão alta?	<input checked="" type="checkbox"/>	
Sopro, febre reumática?	<input type="checkbox"/>	
Arritmia, taquicardia? [ ] espontâneas [ ] médicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dois estertores? [ ] pes. [ ] médicos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Edema de MMH? [ ] Tardio [ ] Veno	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diplopia de descolamento? [ ]	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dois esforços? [ ] pes. [ ] médios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asma-bronquite?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tosse/estertoro? (cor)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fumante: há ____ anos. Parou há ____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Desmaios, tonturas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Frequência muscular, miopia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
nas juntas, artrose, colagenose?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lombalgia de coluna?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
História social:	<input checked="" type="checkbox"/>	
Alcoolismo: há ____ anos. Padrão: _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Diabetes?	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
Doença da tireoide?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mudança no hábito mictorial?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificação nos esfínteres?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Queimadura, eriz. H. de fogo, dor?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Náuseas, vômitos? (cor)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mudanças no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alteração na cor das fezes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Perda de peso / adice?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hepatite, icterícia, melaria, Chegas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sangramento? (onde?)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hematomas/manchas roxas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gripe, febre, recente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Está ou pode estar grávida? (DUM)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tem problema de surdez, visão?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Teve febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Recebeu transfusão de sangue? (Ra)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Outras transplantações ou emergências?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Alergia a drogas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alergia a pó, li, odores, alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alergia a derivado de bovina?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A criança é prematura?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A criança tem 1 de desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A criança está gripada, estresse, febre?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A criança tem outra doença?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ATENDENTES FAMILIARES:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
[ ] idébels [ ] doente cravo. [ ] miopia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
[ ] Febre alta durante a anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
[ ] Problemas durante a anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Qual?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Sintomas importantes da Anestesia (não E.P.)

Fator passo:	170	Sintomas:
--------------	-----	-----------

EXAME FÍSICO	
Pele: [ ] Alaranjada [ ] Palidez [ ] Pálida [ ] Siderofagia [ ] Siderofagia intensa	Endocrinológico: [ ] Diabetes [ ] Hipertensão arterial [ ] Hipotensão arterial [ ] Endocrinologia
Cardiopulmonar: [ ] Cardiopatia aguda [ ] Cardiopatia crônica [ ] Cardiopatia crônica [ ] Endocrinologia	Oftalmológico: [ ] Glaucoma [ ] Retinopatia [ ] Opticopatia [ ] Endocrinologia
Dermaurogastroenterologia: [ ] (móveis) [ ]	Urologia: [ ]
Genitais: [ ]	Obstétrica: [ ]
Abdome: [ ]	Neurologia: [ ]
Perceção normal: [ ]	Endocrinologia: [ ]
Nasal: [ ]	Endocrinologia: [ ]
Respiratórios: [ ] (dissociação extremamente: ≤ 12.5 cm > 12.5)	Endocrinologia: [ ]

Altura de preparação exame com < 01 m:	<input type="checkbox"/>
Exames complementares: DATA: 25/08/16	<input type="checkbox"/>
Hb: 13.9 Hr: 41.5 Cr: 1.0 TC: 1.0 IS: 1.0	<input type="checkbox"/>
Na+: 9.2 K+: 3.3 Cl-: 102.0 CO2: 26.0	<input type="checkbox"/>
RX: [ ] TAC: [ ] ECG: [ ]	<input type="checkbox"/>

Analise clínica:	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------

RETORNOS: [ ] NÃO [ ] SIM Motivo: [ ] Exames complementares: [ ] Encaminhado à Clínica. Qual: (VIDE VERSO)

Dr. Wardell Costa  
Médico CRM-PB: 6615

CRM:

Se o paciente tiver Risco(s) prévio(s) CONDUITA FINAL e PROBLEMAS GRAVES APENAS após a liberação do Ambulatório

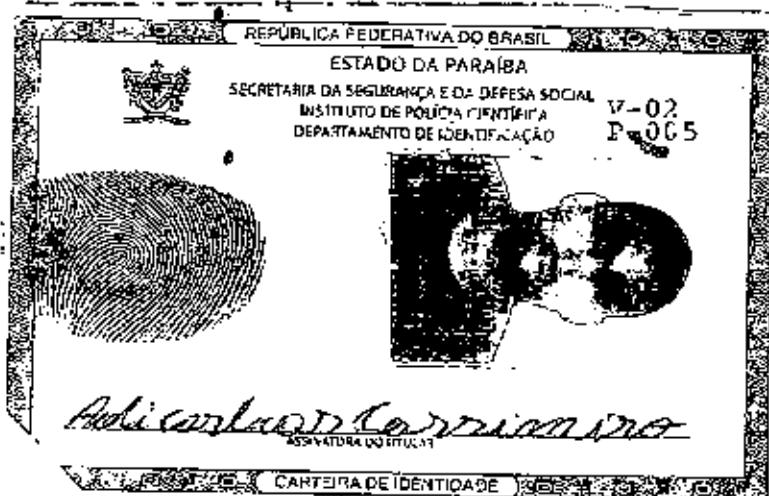
CONDUITA FINAL: DATA: / /	<input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia. <input type="checkbox"/> Reavaliar na Intervenção - motivo(s): <input type="checkbox"/> Reavaliar no SO - motivo(s): <input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO PÁTRIARIA - motivo(s):
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROBLEMAS GRAVES	<input type="checkbox"/> N/A drogas/dose
------------------	------------------------------------------

MÉDICO:

CRM:

P(NQ)ASCIRLI27-1



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL DATA DE EXPEDIÇÃO  
nº 3.576.150- 2 VIA 25/03/2011

ADICARLOS CASSIMIRO  
FRAÇÃO

MARIA DO SOCORRO CASSIMIRO GOMES  
NATURAL DAES DATA DE NASCIMENTO  
PESSOA-PB 13/01/1990

NASC. N. 4211 FLS. 11 LIV. B-5  
CARTORIO 11 JOAO PESSOA-PB

090.541.074-21 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 07833220



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA



ORDEN DOS ADVOGADOS

Alexandra Cesar Duarte



ORDER DOS ADVOGADOS DO BRASIL



CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
ORDENADO DE ADVOGADOS

ALEXANDRA CESAR DUARTE

REGISTRO:  
14436

NAME:  
ALEXANDRA DE ARAGÃO DUARTE  
MACHA CESAR DUARTE  
NASCIMENTO:  
RUA BEIRINHO, 83  
CEP: 58077-010 - BSB - PB  
PARAÍBA - BRASIL

DATA DE EXPEDICAO:  
21/08/1982  
07  
245 692 784-74  
NU. TÍPICO: 00  
01 13/01/2009

RÁO



PHEZANDOIS:



Impressão

Eu ADICIONO OS CASSIMIRO, VENHO POR MEIO  
DESTE SOLICITAR A RETIRADA DO MEU  
PROCURADOR(a) ALEXANDRA CESAR DUMONT,  
DO PROCESSO, ONDE EU MESMO SEREI  
RESPONSÁVEL PELO MEU PROCESSO, PESO E  
JA, OBVIAMENTE! Contato 083386222613/83386356452

Adicionei caminho

João Pessoa, 17/11/2017



## PROCURAÇÃO



## **OUTORGANTE:**

ESTUDANTE:  
Alican Poli Passimino

brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão  
Autônomo, CI RG nº 3.576.150 d<sup>r</sup> Via,

CPF/MF nº 090.543.074-21, residente e domiciliado(a) à Rua  
Siqueira Campos, 393, Cruz das Armas

Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58.000-000, telefone

Famalba, CEP: 15.100-000, telefone  
98622-2613, (83) 35127900.

(83) 98732636 L (83) 98666-2856

**OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.**

**PODERES: O OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

A rectangular stamp with a double-line border. The text 'SABEMI SEGURODACTASIA' is curved along the top edge. The date '25 APR. 2017' is in the center. The word 'RECEBIDO' is at the bottom. A signature 'J. CO' is partially visible on the right side.

José Pérez, ci de febrero de 2014

## Wolfsberg

## OUTORGANTE

