
Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190349688

Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS

Data do Acidente: 12/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TIAGO DOS REIS FARIAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190349688

Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS

Data do Acidente: 12/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), TIAGO DOS REIS FARIAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA
DEL. DE ACIDENTES DE VEÍCULOS
RUA RAIMUNDO NONATO DE ARAÚJO, S/N - CATOLÉ - CAMPINA GRANDE - 58.410160 -

OCORRÊNCIA Nº 000346/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000346/18 registrada em 26/01/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e seis dias do mês de janeiro do ano de 2018, nesta cidade de CAMPINA GRANDE, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DEL. DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente o Bel. SEVERINO DE CARVALHO LOPES, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:07 horas, compareceu o Sr. TIAGO DOS REIS FARIAS, com 33 anos de idade, filho de SEBASTIÃO DOS SANTOS FARIAS e MARLI DOS REIS FARIAS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Casado, escolaridade Medio Completo, profissão INSPETOR DE MALL, portador da Cédula de Identidade Nº 3001391, expedido pela SSP-PB, residindo à rua - ONILDO RIBEIRO DE ASSIS, 173,, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE - PB, celular 9-8869-0800.

Declarou que:

QUE, no dia 12.01.2018, por volta das 14:02hs, pilotava sua Motocicleta Honda/BIZ 125 KS, Ano/Modelo 2010/2010, de cor Preta, de Placas MOV-2213/PB, Chassi de Nº9C3JC4210AR113875, Licenciada em nome do comunicante Thiago dos Reis Farias, na Avenida Almeida Barreto, bairro Quarenta, momento em que a condutora de um Veículo palio de cor branco e demais sinais e condutor não identificado, que cruzou a via e colidiu na traseira da moto em que o comunicante pilotava, em consequência do fato e a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Tornozelo do Pé esquerdo, tendo sido socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital HAPVIDA (Clinica Orto e Trauma de João Pessoa-PB - PACG, conforme documento em anexo, diante do exposto prestou o presente boletim e solicita as devidas providências, junto aos órgãos competentes. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

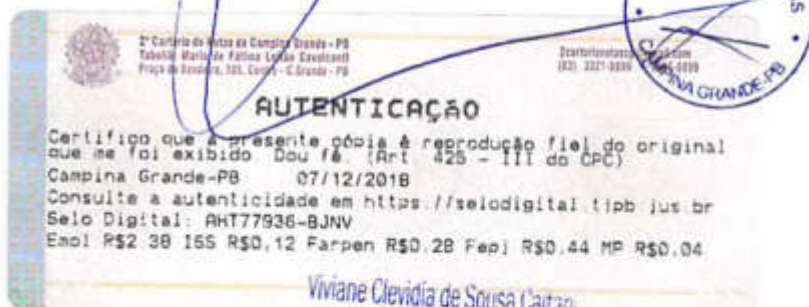
CAMPINA GRANDE, Sexta-feira, 26 de Janeiro de 2018

TIAGO DOS REIS FARIAS

Declarante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0190298/139	CPF da vítima: 055.796.364-82	Nome completo da vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: TIAGO DOS REIS FARIAS	CPF: 055.796.364-82	
Profissão: Bombeiro	Emprego: MAQ. ONILDO RUBEN ASSIS	Número: 173
Bairro: BODACONGO	Cidade: CAMPINA GRANDE	Complemento: CASA
E-mail: PROLESSOCMAA@GMAIL.COM	Estado: PARNABA	CEP: 58.434.006
		Tel (DDD): (83) 99829-8855

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: DO BRASIL
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: 4503 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	CONTA: 5974 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="text"/>
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **João Pessoa 28/05/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TIAGO DOS REIS FARIAS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____



Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	12/1/2018	HORA:	14:02 HS	ID Nº:	1664792
NOME:	TIAGO DOS REIS FARIAS				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	AV. ALMEIDA BARRETO - QUARENTA				
COMPLEMENTO:	AO LADO DO QUARTEL.				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Escolher um item.					
PACIENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL HAPVIDA					

Campina Grande, 26 de janeiro de 2018.


Deoclécio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192







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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1579048 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 12/01/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ana Paula Colaco De Arruda

PACIENTE: TIAGO DOS REIS FARIAS CEP:58400002 Nascimento:30/06/1984

Endereço: ONILDO RIBEIRO DE ASSIS

Sexo: M Telefone: 988690800
Idade: 033 Bairro: BODOCONGO
RG: 3001391 Nº: 173
CPF: Profissão: BOMBEIRO CIVIL
Data de Atend: 12/01/2018 CNS: 709008839342115
Estado Civil: CONVÊNIO: SUS
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 17:17:18 Especialidade:
Médico: CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA

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. Inguentamento venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Parálise |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Pareia |
| 14. F. Cortado | 32. Paratetia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-cortado | 34. Rinorrágia |
| 17. F. Perfuro-cortado | 35. Sinais de loquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____

EXAMES SOLICITADOS:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| () Laboratoriais | () Ultrassonografia: |
| () Gasometria arterial | () Radiografias: |
| () Tomografia Computadorizada | () |

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Tiago dos Reis Farias		
End:	Onco 2º 20 de 1993 - 193	Bairro:	Bodocó
Data de Nascimento:	30.06.88	Documento de Identificação:	
Queixa:	Do rato	Data do Atend.:	12.01.18
		Hora:	18:05
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fúria de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

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

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

Bruna Moura da Silva

ENFERMEIRA

COREN-PB 223.352

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

- ☐ Centro cirúrgico _____
☐ Internação (setor) _____
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
- ☐ Alta hospitalar / ☐ A reavaliação
☐ Decisão Médica
☐ Óbito

[Assinatura]
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

412-2



HOSPITAL
GERAL
DE PARAÍBA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: RAFAEL LARA DE FREITAS

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Data do Atendimento: 25/01/2018

RECEITA

USO ORAL

1) MAXSULID 400 MG -----01 CX

TOMAR 01 COMP 12/12HS POR DIA DURANTE 7 DIAS

2) PARACETAMOL 750 MG -----10 COMP

TOMAR 01 COMP DE 12/12 HORAS

USO EXTERNO

1) CLOREXIDINE 0,05% -----01 TUBO

APLICAR NA FERIDA APOS LIMPEZA COM SORO FISIOLÓGICO

USAR MULETAS DURANTE 3 SEMANAS

CURATIVO DIÁRIO

RETORNO EM 07/02 AS 08:00 NO PS DA HAPVIDA

MEXER COM O JOELHO

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 97841/001-9693



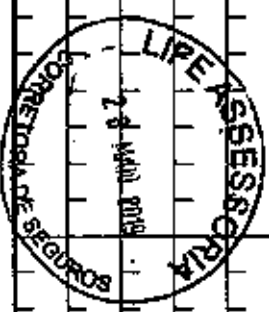
RP3000N

RAFAEL LARA DE FREITAS

25/01/2018 07:26

10.1.32.202

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SEDE (continuação)									
63 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SEDE	64 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SEDE	65 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SEDE	66 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SEDE	67 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SEDE	68 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SEDE	69 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SEDE	70 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SEDE	71 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SEDE	72 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SEDE
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100



PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SEDE (continuação)									
63 - DATA E ASSINATURA DO ASSURANTE		64 - TOTAL TÁLON E ALÍQUOTAS R\$		65 - TOTAL INDIQUEMENTOS R\$		66 - TOTAL TÁLON R\$		67 - TOTAL TÁLON INDIQUEMENTOS R\$	
68 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL P/ AUTORIZAÇÃO		69 - DATA E ASSINATURA DO GERENCIADOR OU RESPONSÁVEL		70 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL P/ AUTORIZAÇÃO		71 - DATA E ASSINATURA DO GERENCIADOR OU RESPONSÁVEL		72 - TOTAL TÁLON R\$	
DADOS UTILIZADOS									
73 - TIPO DE SEGURO		74 - TIPO DE SEGURO		75 - TIPO DE SEGURO		76 - TIPO DE SEGURO		77 - TIPO DE SEGURO	
78 - TIPO DE SEGURO		79 - TIPO DE SEGURO		80 - TIPO DE SEGURO		81 - TIPO DE SEGURO		82 - TIPO DE SEGURO	
83 - TIPO DE SEGURO		84 - TIPO DE SEGURO		85 - TIPO DE SEGURO		86 - TIPO DE SEGURO		87 - TIPO DE SEGURO	
88 - TIPO DE SEGURO		89 - TIPO DE SEGURO		90 - TIPO DE SEGURO		91 - TIPO DE SEGURO		92 - TIPO DE SEGURO	
93 - TIPO DE SEGURO		94 - TIPO DE SEGURO		95 - TIPO DE SEGURO		96 - TIPO DE SEGURO		97 - TIPO DE SEGURO	
98 - TIPO DE SEGURO		99 - TIPO DE SEGURO		100 - TIPO DE SEGURO		101 - TIPO DE SEGURO		102 - TIPO DE SEGURO	
103 - TIPO DE SEGURO		104 - TIPO DE SEGURO		105 - TIPO DE SEGURO		106 - TIPO DE SEGURO		107 - TIPO DE SEGURO	
108 - TIPO DE SEGURO		109 - TIPO DE SEGURO		110 - TIPO DE SEGURO		111 - TIPO DE SEGURO		112 - TIPO DE SEGURO	
113 - TIPO DE SEGURO		114 - TIPO DE SEGURO		115 - TIPO DE SEGURO		116 - TIPO DE SEGURO		117 - TIPO DE SEGURO	
118 - TIPO DE SEGURO		119 - TIPO DE SEGURO		120 - TIPO DE SEGURO		121 - TIPO DE SEGURO		122 - TIPO DE SEGURO	
123 - TIPO DE SEGURO		124 - TIPO DE SEGURO		125 - TIPO DE SEGURO		126 - TIPO DE SEGURO		127 - TIPO DE SEGURO	
128 - TIPO DE SEGURO		129 - TIPO DE SEGURO		130 - TIPO DE SEGURO		131 - TIPO DE SEGURO		132 - TIPO DE SEGURO	
133 - TIPO DE SEGURO		134 - TIPO DE SEGURO		135 - TIPO DE SEGURO		136 - TIPO DE SEGURO		137 - TIPO DE SEGURO	
138 - TIPO DE SEGURO		139 - TIPO DE SEGURO		140 - TIPO DE SEGURO		141 - TIPO DE SEGURO		142 - TIPO DE SEGURO	
143 - TIPO DE SEGURO		144 - TIPO DE SEGURO		145 - TIPO DE SEGURO		146 - TIPO DE SEGURO		147 - TIPO DE SEGURO	
148 - TIPO DE SEGURO		149 - TIPO DE SEGURO		150 - TIPO DE SEGURO		151 - TIPO DE SEGURO		152 - TIPO DE SEGURO	
153 - TIPO DE SEGURO		154 - TIPO DE SEGURO		155 - TIPO DE SEGURO		156 - TIPO DE SEGURO		157 - TIPO DE SEGURO	
158 - TIPO DE SEGURO		159 - TIPO DE SEGURO		160 - TIPO DE SEGURO		161 - TIPO DE SEGURO		162 - TIPO DE SEGURO	
163 - TIPO DE SEGURO		164 - TIPO DE SEGURO		165 - TIPO DE SEGURO		166 - TIPO DE SEGURO		167 - TIPO DE SEGURO	
168 - TIPO DE SEGURO		169 - TIPO DE SEGURO		170 - TIPO DE SEGURO		171 - TIPO DE SEGURO		172 - TIPO DE SEGURO	
173 - TIPO DE SEGURO		174 - TIPO DE SEGURO		175 - TIPO DE SEGURO		176 - TIPO DE SEGURO		177 - TIPO DE SEGURO	
178 - TIPO DE SEGURO		179 - TIPO DE SEGURO		180 - TIPO DE SEGURO		181 - TIPO DE SEGURO		182 - TIPO DE SEGURO	
183 - TIPO DE SEGURO		184 - TIPO DE SEGURO		185 - TIPO DE SEGURO		186 - TIPO DE SEGURO		187 - TIPO DE SEGURO	
188 - TIPO DE SEGURO		189 - TIPO DE SEGURO		190 - TIPO DE SEGURO		191 - TIPO DE SEGURO		192 - TIPO DE SEGURO	
193 - TIPO DE SEGURO		194 - TIPO DE SEGURO		195 - TIPO DE SEGURO		196 - TIPO DE SEGURO		197 - TIPO DE SEGURO	
198 - TIPO DE SEGURO		199 - TIPO DE SEGURO		200 - TIPO DE SEGURO		201 - TIPO DE SEGURO		202 - TIPO DE SEGURO	
203 - TIPO DE SEGURO		204 - TIPO DE SEGURO		205 - TIPO DE SEGURO		206 - TIPO DE SEGURO		207 - TIPO DE SEGURO	
208 - TIPO DE SEGURO		209 - TIPO DE SEGURO		210 - TIPO DE SEGURO		211 - TIPO DE SEGURO		212 - TIPO DE SEGURO	
213 - TIPO DE SEGURO		214 - TIPO DE SEGURO		215 - TIPO DE SEGURO		216 - TIPO DE SEGURO		217 - TIPO DE SEGURO	
218 - TIPO DE SEGURO		219 - TIPO DE SEGURO		220 - TIPO DE SEGURO		221 - TIPO DE SEGURO		222 - TIPO DE SEGURO	
223 - TIPO DE SEGURO		224 - TIPO DE SEGURO		225 - TIPO DE SEGURO		226 - TIPO DE SEGURO		227 - TIPO DE SEGURO	
228 - TIPO DE SEGURO		229 - TIPO DE SEGURO		230 - TIPO DE SEGURO		231 - TIPO DE SEGURO		232 - TIPO DE SEGURO	
233 - TIPO DE SEGURO		234 - TIPO DE SEGURO		235 - TIPO DE SEGURO		236 - TIPO DE SEGURO		237 - TIPO DE SEGURO	
238 - TIPO DE SEGURO		239 - TIPO DE SEGURO		240 - TIPO DE SEGURO		241 - TIPO DE SEGURO		242 - TIPO DE SEGURO	
243 - TIPO DE SEGURO		244 - TIPO DE SEGURO		245 - TIPO DE SEGURO		246 - TIPO DE SEGURO		247 - TIPO DE SEGURO	
248 - TIPO DE SEGURO		249 - TIPO DE SEGURO		250 - TIPO DE SEGURO		251 - TIPO DE SEGURO		252 - TIPO DE SEGURO	
253 - TIPO DE SEGURO		254 - TIPO DE SEGURO		255 - TIPO DE SEGURO		256 - TIPO DE SEGURO		257 - TIPO DE SEGURO	
258 - TIPO DE SEGURO		259 - TIPO DE SEGURO		260 - TIPO DE SEGURO		261 - TIPO DE SEGURO		262 - TIPO DE SEGURO	
263 - TIPO DE SEGURO		264 - TIPO DE SEGURO		265 - TIPO DE SEGURO		266 - TIPO DE SEGURO		267 - TIPO DE SEGURO	
268 - TIPO DE SEGURO		269 - TIPO DE SEGURO		270 - TIPO DE SEGURO		271 - TIPO DE SEGURO		272 - TIPO DE SEGURO	
273 - TIPO DE SEGURO		274 - TIPO DE SEGURO		275 - TIPO DE SEGURO		276 - TIPO DE SEGURO		277 - TIPO DE SEGURO	
278 - TIPO DE SEGURO		279 - TIPO DE SEGURO		280 - TIPO DE SEGURO		281 - TIPO DE SEGURO		282 - TIPO DE SEGURO	
283 - TIPO DE SEGURO		284 - TIPO DE SEGURO		285 - TIPO DE SEGURO		286 - TIPO DE SEGURO		287 - TIPO DE SEGURO	
288 - TIPO DE SEGURO		289 - TIPO DE SEGURO		290 - TIPO DE SEGURO		291 - TIPO DE SEGURO		292 - TIPO DE SEGURO	
293 - TIPO DE SEGURO		294 - TIPO DE SEGURO		295 - TIPO DE SEGURO		296 - TIPO DE SEGURO		297 - TIPO DE SEGURO	
298 - TIPO DE SEGURO		299 - TIPO DE SEGURO		300 - TIPO DE SEGURO		301 - TIPO DE SEGURO		302 - TIPO DE SEGURO	
303 - TIPO DE SEGURO		304 - TIPO DE SEGURO		305 - TIPO DE SEGURO		306 - TIPO DE SEGURO		307 - TIPO DE SEGURO	
308 - TIPO DE SEGURO		309 - TIPO DE SEGURO		310 - TIPO DE SEGURO		311 - TIPO DE SEGURO		312 - TIPO DE SEGURO	
313 - TIPO DE SEGURO		314 - TIPO DE SEGURO		315 - TIPO DE SEGURO		316 - TIPO DE SEGURO		317 - TIPO DE SEGURO	
318 - TIPO DE SEGURO		319 - TIPO DE SEGURO		320 - TIPO DE SEGURO		321 - TIPO DE SEGURO		322 - TIPO DE SEGURO	
323 - TIPO DE SEGURO		324 - TIPO DE SEGURO		325 - TIPO DE SEGURO		326 - TIPO DE SEGURO		327 - TIPO DE SEGURO	
328 - TIPO DE SEGURO		329 - TIPO DE SEGURO		330 - TIPO DE SEGURO		331 - TIPO DE SEGURO		332 - TIPO DE SEGURO	
333 - TIPO DE SEGURO		334 - TIPO DE SEGURO		335 - TIPO DE SEGURO		336 - TIPO DE SEGURO		337 - TIPO DE SEGURO	
338 - TIPO DE SEGURO		339 - TIPO DE SEGURO		340 - TIPO DE SEGURO		341 - TIPO DE SEGURO		342 - TIPO DE SEGURO	
343 - TIPO DE SEGURO		344 - TIPO DE SEGURO		345 - TIPO DE SEGURO		346 - TIPO DE SEGURO		347 - TIPO DE SEGURO	
348 - TIPO DE SEGURO		349 - TIPO DE SEGURO		350 - TIPO DE SEGURO		351 - TIPO DE SEGURO		352 - TIPO DE SEGURO	
353 - TIPO DE SEGURO		354 - TIPO DE SEGURO		355 - TIPO DE SEGURO		356 - TIPO DE SEGURO		357 - TIPO DE SEGURO	
358 - TIPO DE SEGURO		359 - TIPO DE SEGURO		360 - TIPO DE SEGURO		361 - TIPO DE SEGURO		362 - TIPO DE SEGURO	
363 - TIPO DE SEGURO		364 - TIPO DE SEGURO		365 - TIPO DE SEGURO		366 - TIPO DE SEGURO		367 - TIPO DE SEGURO	
368 - TIPO DE SEGURO		369 - TIPO DE SEGURO		370 - TIPO DE SEGURO		371 - TIPO DE SEGURO		372 - TIPO DE SEGURO	
373 - TIPO DE SEGURO		374 - TIPO DE SEGURO		375 - TIPO DE SEGURO		376 - TIPO DE SEGURO		377 - TIPO DE SEGURO	
378 - TIPO DE SEGURO		379 - TIPO DE SEGURO		380 - TIPO DE SEGURO		381 - TIPO DE SEGURO		382 - TIPO DE SEGURO	
383 - TIPO DE SEGURO		384 - TIPO DE SEGURO		385 - TIPO DE SEGURO		386 - TIPO DE SEGURO		387 - TIPO DE SEGURO	
388 - TIPO DE SEGURO		389 - TIPO DE SEGURO		390 - TIPO DE SEGURO		391 - TIPO DE SEGURO		392 - TIPO DE SEGURO	
393 - TIPO DE SEGURO		394 - TIPO DE SEGURO		395 - TIPO DE SEGURO		396 - TIPO DE SEGURO		397 - TIPO DE SEGURO	
398 - TIPO DE SEGURO		399 - TIPO DE SEGURO		400 - TIPO DE SEGURO		401 - TIPO DE SEGURO		402 - TIPO DE SEGURO	
403 - TIPO DE SEGURO		404 - TIPO DE SEGURO		405 - TIPO DE SEGURO		406 - TIPO DE SEGURO		407 - TIPO DE SEGURO	
408 - TIPO DE SEGURO		409 - TIPO DE SEGURO		410 - TIPO DE SEGURO		411 - TIPO DE SEGURO		412 - TIPO DE SEGURO	
413 - TIPO DE SEGURO		414 - TIPO DE SEGURO		415 - TIPO DE SEGURO		416 - TIPO DE SEGURO		417 - TIPO DE SEGURO	
418 - TIPO DE SEGURO		419 - TIPO DE SEGURO		420 - TIPO DE SEGURO		421 - TIPO DE SEGURO		422 - TIPO DE SEGURO	
423 - TIPO DE SEGURO		424 - TIPO DE SEGURO		425 - TIPO DE SEGURO		426 - TIPO DE SEGURO		427 - TIPO DE SEGURO	
428 - TIPO DE SEGURO		429 - TIPO DE SEGURO		430 - TIPO DE SEGURO		431 - TIPO DE SEGURO		432 - TIPO DE SEGURO	
433 - TIPO DE SEGURO		434 - TIPO DE SEGURO		435 - TIPO DE SEGURO		436 - TIPO DE SEGURO		437 - TIPO DE SEGURO	
438 - TIPO DE SEGURO		439 - TIPO DE SEGURO		440 - TIPO DE SEGURO		441 - TIPO DE SEGURO		442 - TIPO DE SEGURO	
443 - TIPO DE SEGURO		444 - TIPO DE SEGURO		445 - TIPO DE SEGURO		446 - TIPO DE SEGURO		447 - TIPO DE SEGURO	
448 - TIPO DE SEGURO		449 - TIPO DE SEGURO		450 - TIPO DE SEGURO		451 - TIPO DE SEGURO		452 - TIPO DE SEGURO	
453 - TIPO DE SEGURO		454 - TIPO DE SEGURO		455 - TIPO DE SEGURO		456 - TIPO DE SEGURO		457 - TIPO DE SEGURO	
458 - TIPO DE SEGURO		459 - TIPO DE SEGURO		460 - TIPO DE SEGURO		461 - TIPO DE SEGURO		462 - TIPO DE SEGURO	
463 - TIPO DE SEGURO		464 - TIPO DE SEGURO		465 - TIPO DE SEGURO		466 - TIPO DE SEGURO		467 - TIPO DE SEGURO	
468 - TIPO DE SEGURO		469 - TIPO DE SEGURO		470 - TIPO DE SEGURO		471 - TIPO DE SEGURO		472 - TIPO DE SEGURO	
473 - TIPO DE SEGURO		474 - TIPO DE SEGURO		475 - TIPO DE SEGURO		476 - TIPO DE SEGURO		477 - TIPO DE SEGURO	
478 - TIPO DE SEGURO		479 - TIPO DE SEGURO		480 - TIPO DE SEGURO		481 - TIPO DE SEGURO		482 - TIPO DE SEGURO	
483 - TIPO DE SEGURO		484 - TIPO DE SEGURO		485 - TIPO DE SEGURO		486 - TIPO DE SEGURO		487 - TIPO DE SEGURO	
488 - TIPO DE SEGURO		489 - TIPO DE SEGURO		490 - TIPO DE SEGURO		491 - TIPO DE SEGURO		492 - TIPO DE SEGURO	
493 - TIPO DE SEGURO		494 - TIPO DE SEGURO		495 - TIPO DE SEGURO		496 - TIPO DE SEGURO		497 - TIPO DE SEGURO	
498 - TIPO DE SEGURO		499 - TIPO DE SEGURO		500 - TIPO DE SEGURO		501 - TIPO DE SEGURO		502 - TIPO DE SEGURO	
503 - TIPO DE SEGURO		504 - TIPO DE SEGURO		505 - TIPO DE SEGURO		506 - TIPO DE SEGURO		507 - TIPO DE SEGURO	
508 - TIPO DE SEGURO		509 - TIPO DE SEGURO		510 - TIPO DE SEGURO		511 - TIPO DE SEGURO		512 - TIPO DE SEGURO	
513 - TIPO DE SEGURO		514 - TIPO DE SEGURO		515 - TIPO DE SEGURO		516 - TIPO DE SEGURO		517 - TIPO DE SEGURO	
518 - TIPO DE SEGURO		519 - TIPO DE SEGURO		520 - TIPO DE SEGURO		521 - TIPO DE SEGURO		522 - TIPO DE SEGURO	
523 - TIPO DE SEGURO		524 - TIPO DE SEGURO		525 - TIPO DE SEGURO		526 - TIPO DE SEGURO		527 - TIPO DE SEGURO	
528 - TIPO DE SEGURO		529 - TIPO DE SEGURO		530 - TIPO DE SEGURO		531 - TIPO DE SEGURO		532 - TIPO DE SEGURO	
533 - TIPO DE SEGURO		534 - TIPO DE SEGURO		535 - TIPO DE SEGURO		536 - TIPO DE SEGURO		537 - TIPO DE SEGURO	
538 - TIPO DE SEGURO		539 - TIPO DE SEGURO		540 - TIPO DE SEGURO		541 - TIPO DE SEGURO		542 - TIPO DE SEGURO	
543 - TIPO DE SEGURO		544 - TIPO DE SEGURO		545 - TIPO DE SEGURO		546 - TIPO DE SEGURO		547 - TIPO DE SEGURO	
548 - TIPO DE SEGURO		549 - TIPO DE SEGURO		550 - TIPO DE SEGURO		551 - TIPO DE SEGURO		552 - TIPO DE SEGURO	
553 - TIPO DE SEGURO		554 - TIPO DE SEGURO		555 - TIPO DE SEGURO		556 - TIPO DE SEGURO		557 - TIPO DE SEGURO	
558 - TIPO DE SEGURO		559 - TIPO DE SEGURO		560 - TIPO DE SEGURO		561 - TIPO DE SEGURO		562 - TIPO DE SEGURO	
563 - TIPO DE SEGURO		564 - TIPO DE SEGURO		565 - TIPO DE SEGURO		566 - TIPO DE SEGURO		567 - TIPO DE SEGURO	
568 - TIPO DE SEGURO		569 - TIPO DE SEGURO		570 - TIPO DE SEGURO		571 - TIPO DE SEGURO		572 - TIPO DE SEGURO	
573 - TIPO DE SEGURO		574 - TIPO DE SEGURO		575 - TIPO DE SEGURO		576 - TIPO DE SEGURO		577 - TIPO DE SEGURO	
578 - TIPO DE SEGURO		579 - TIPO DE SEGURO		580 - TIPO DE SEGURO		581 - TIPO DE SEGURO		582 - TIPO DE SEGURO	
583 - TIPO DE SEGURO		584 - TIPO DE SEGURO		585 - TIPO DE SEGURO		586 - TIPO DE SEGURO		587 - TIPO DE SEGURO	
588 - TIPO DE SEGURO		589 - TIPO DE SEGURO		590 - TIPO DE SEGURO		591 - TIPO DE SEGURO		592 - TIPO DE SEGURO	
593 - TIPO DE SEGURO		594 - TIPO DE SEGURO		595 - TIPO DE SEGURO		596 - TIPO DE SEGURO		597 - TIPO DE SEGURO	
598 - TIPO DE SEGURO		599 - TIPO DE SEGURO		600 - TIPO DE SEGURO		601 - TIPO DE SEGURO		602 - TIPO DE SEGURO	
603 - TIPO DE SEGURO		604 - TIPO DE SEGURO		605 - TIPO DE SEGURO		606 - TIPO DE SEGURO		607 - TIPO DE SEGURO	
608 - TIPO DE SEGURO		609 - TIPO DE SEGURO		610 - TIPO DE SEGURO		611 - TIPO DE SEGURO		612 - TIPO DE SEGURO	
613 - TIPO DE SEGURO		614 - TIPO DE SEGURO		615 - TIPO DE SEGURO		616 - TIPO DE SEGURO		617 - TIPO DE SEGURO	
618 - TIPO DE SEGURO		619 - TIPO DE SEGURO		620 - TIPO DE SEGURO		621 - TIPO DE SEGURO		622 - TIPO DE SEGURO	
623 - TIPO DE SEGURO		624 - TIPO DE SEGURO		625 - TIPO DE SEGURO		626 - TIPO DE SEGURO		627 - TIPO DE SEGURO	
628 - TIPO DE SEGURO		629 - TIPO DE SEGURO		630 - TIPO DE SEGURO		631 - TIPO DE SEGURO		632 - TIPO DE SEGURO	
633 - TIPO DE SEGURO		634 - TIPO DE SEGURO		635 - TIPO DE SEGURO		636 - TIPO DE SEGURO		637 - TIPO DE SEGURO	
638 - TIPO DE SEGURO		639 - TIPO DE SEGURO		640 - TIPO DE SEGURO		641 - TIPO DE SEGURO		642 - TIPO DE SEGURO	
643 - TIPO DE SEGURO		644 - TIPO DE SEGURO		645 - TIPO DE SEGURO		646 - TIPO DE SEGURO</			

3 - Nº USUÁRIO PRINCIPAL (paciente autorizado)		4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		5 - SÉRIE		6 - DATA VIGÊNCIA DA SÉRIE		7 - DATA DE CANCELAMENTO DA SÉRIE	
<div> <div>ANS - nº 36.825-3</div> <div>8 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>9 - PLANO</div> <div>10 - VALOR DA COTIZAÇÃO</div> </div>									
<div> <div>11 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>12 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>13 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>14 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>15 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>16 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>17 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>18 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>19 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>20 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>21 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>22 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>23 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>24 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>25 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>26 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>27 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>28 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>29 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>30 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>31 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>32 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>33 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>34 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>35 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>36 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>37 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>38 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>39 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>40 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>41 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>42 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>43 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>44 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>45 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>46 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>47 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>48 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>49 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>50 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>51 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>52 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>53 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>54 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>55 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>56 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>57 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>58 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>59 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>60 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>61 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>62 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>63 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>64 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>65 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>66 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>67 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>68 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>69 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>70 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>71 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>72 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>73 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>74 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>75 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>76 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>77 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>78 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>79 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>80 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>81 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>82 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>83 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>84 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>85 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>86 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>87 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>88 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>89 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>90 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>91 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>92 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>93 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>94 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>95 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>96 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>97 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>98 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									
<div> <div>99 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>100 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>101 - NOME DO CONTRATADO</div> <div>102 - NOME DO CONTRATADO</div> </div>									



Data da Internação: 12/01/2018 Hora: 18:02:53

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

TIAGO DOS REIS FARIAS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1579081

7 - CARTÃO DO SUS

709008839342115

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/06/1984

9 - SEXO

Masc ☒ 10Fem ☐ 11

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARLI DOS REIS FARIAS

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 988690800

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

ONILDO RIBEIRO DE ASSIS, 173, BODOCONGO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO DE INTERVENÇÃO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente cl. Hem + deficiente em
Rx cl. Rx Tm2.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico.

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

Prontuário + RX + Tm2

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx Tm2

21 - CID 10 PRINCIPAL

T02.3

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Profilaxia de trombose venosa

Profilaxia cirúrgica

24 - CLÍNICA

02

25 - CADERNETA DA INTERNAÇÃO

02

26 - DOCUMENTO

(X) CMS

() CPF

27 - Nº DOCUMENTO(CMS/CPF) DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296938549

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WAGNER DE MELO FALCÃO

29 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/01/2018

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

12/01/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES EM PREVIDÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - COOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CMS

() CPF

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

() CMS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

5-11-2 2-3 11 2/11

My dear Mr. [unclear]

251 175 + 1000000

507 21

பெரியதென்று சொல்லும் அந்த அமைச்சரவரே?

0000000000

25. Strommeters - 1 - 100 - 1000



Data da Internação: 12/01/2018 Hora: 18:02:53

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

TIAGO DOS REIS FARIAS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1579081

7 - CARTÃO DO SUS

709008839342115

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/06/1984

9 - SEXO

Masculino ☒ F ☐Pelo ☐ R ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARLI DOS REIS FARIAS

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 988690800

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

ONILDO RIBEIRO DE ASSIS, 173, BODOCONGO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor abdominal em quadrante superior direito, com início há 12 horas, associada a náusea e vômito.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico.

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

Amniocentese e citologia normal.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

12 T2

21 - CID 10 PRINCIPAL

T02.2

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico - laparotomia de

Tratamento cirúrgico - laparotomia de

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0303010009

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CDS () CPF

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

980016296938549

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WAGNER DE MELO FALCAO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/01/2018

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNES DA EMPRESA

40 - CIDOR

41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CDS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Diagnóstico

Atendimento

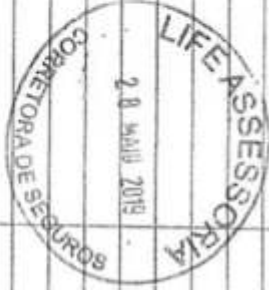
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9

Paciente	Alcino	Alojamento	Leito	Convênio
----------	--------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21/05/2019	1) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
22/05/2019	2) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
23/05/2019	3) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
24/05/2019	4) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
25/05/2019	5) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
26/05/2019	6) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
27/05/2019	7) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
28/05/2019	8) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
29/05/2019	9) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
30/05/2019	10) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
31/05/2019	11) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
01/06/2019	12) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
02/06/2019	13) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
03/06/2019	14) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
04/06/2019	15) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
05/06/2019	16) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
06/06/2019	17) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
07/06/2019	18) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
08/06/2019	19) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
09/06/2019	20) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
10/06/2019	21) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
11/06/2019	22) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
12/06/2019	23) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
13/06/2019	24) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
14/06/2019	25) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
15/06/2019	26) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
16/06/2019	27) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
17/06/2019	28) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
18/06/2019	29) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
19/06/2019	30) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
20/06/2019	31) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
21/06/2019	32) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
22/06/2019	33) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
23/06/2019	34) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
24/06/2019	35) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
25/06/2019	36) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
26/06/2019	37) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
27/06/2019	38) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
28/06/2019	39) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
29/06/2019	40) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
30/06/2019	41) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
01/07/2019	42) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
02/07/2019	43) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
03/07/2019	44) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
04/07/2019	45) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
05/07/2019	46) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
06/07/2019	47) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
07/07/2019	48) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
08/07/2019	49) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
09/07/2019	50) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
10/07/2019	51) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
11/07/2019	52) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
12/07/2019	53) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
13/07/2019	54) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
14/07/2019	55) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
15/07/2019	56) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
16/07/2019	57) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
17/07/2019	58) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
18/07/2019	59) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
19/07/2019	60) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
20/07/2019	61) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
21/07/2019	62) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
22/07/2019	63) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
23/07/2019	64) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
24/07/2019	65) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
25/07/2019	66) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
26/07/2019	67) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
27/07/2019	68) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
28/07/2019	69) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
29/07/2019	70) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
30/07/2019	71) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
31/07/2019	72) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
01/08/2019	73) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
02/08/2019	74) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
03/08/2019	75) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
04/08/2019	76) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
05/08/2019	77) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
06/08/2019	78) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
07/08/2019	79) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
08/08/2019	80) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
09/08/2019	81) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
10/08/2019	82) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
11/08/2019	83) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
12/08/2019	84) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
13/08/2019	85) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
14/08/2019	86) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
15/08/2019	87) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
16/08/2019	88) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
17/08/2019	89) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
18/08/2019	90) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
19/08/2019	91) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
20/08/2019	92) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
21/08/2019	93) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
22/08/2019	94) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
23/08/2019	95) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
24/08/2019	96) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
25/08/2019	97) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
26/08/2019	98) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
27/08/2019	99) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento
28/08/2019	100) Analgésico 1mg EV 6/6h	20:00	Atendimento

Dr. João Paulo Oliveira Xavier
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 5.171



Dr. João Paulo Oliveira Xavier
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 5.171

f → T N Z (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

~~PROCESSO DE FISCALIZAÇÃO~~
~~CONTROLE E TRANSMISSÃO~~

13/01/18 08:00 150 Paciente e Orientado 64500
X semo quidos moment. 1500
100 os cuidados do. Engenheiro.



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fratura do 3º NTC

Paciente: Maio, Rafaela Alojamento: Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/01	1. Rison Nuro		1. Ontem
14/01	2. 300mg 100g + 100 ul SF 0,9% 12h h.c.	18 06	2. A vítima de queda de um bloco com de
	3. 100mg 40g 100 @ 12h	18 06	3. e se encontra em
	4. 100mg 200 @ 12h	18 06	4. e se encontra em
	5. 100mg 40g 100 @ 12h	18 06	5. e se encontra em
	6. 100mg 100		6. e se encontra em
			cd: Interno
			P. 100mg
			14/01 ortoped
14/01	Dicta livre		
	Felco		
	Dipirona 500mg EV 6/6	12 18 06	
	Tilatil 200mg + 100 EV 12/12	12 18 06	
	SSV 100mg		



Hallison Marinho Almeida

Hallison Marinho Almeida



TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, 17 de Janeiro de 2018

JAGO DOS R. FARIAS

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



Sr(a): TIAGO DOS REIS Protocolo: 0000380727 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA Data: 13-01-2018 09:32 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 33 anos Destino: Lata - 09

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 13/01/2018 10:07]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.04 milhões/mm ³	4.2 a 5.8 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11,3 g/dL	13.0 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	33 %	40.0 a 52.5 %
V.C.M.....	65 fL	87.0 a 101.0 fL
H.C.M.....	22 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	7.600 /mm ³ (%)	(/mm ³)	4.000 a 12.000 /mm ³
Neutrófilos.....			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	304	
Segmentados.....	72,0	5.472	40 a 70 % - 1.400 a 8.500 /mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0,5 a 5,0 % - 500 a 500 /mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 /mm ³
Linfócitos.....			
Típicos.....	20,0	1.520	20 a 40 % - 1.000 a 4.000 /mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	4,0	304	2 a 10 % - até 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	213.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Assinatura
Ana Cassia Miguel Aguiar
Biomedica
CRM 5411



Sr(a):	TIAGO DOS REIS	Protocolo:	0000380727	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	Data:	13-01-2018 09:32	Origem:	ÁREA AMBULATÓRIA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	33 anos	Destino:	Lota + 09

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'30''

(UNID. DA COCULTA: 10.01.2018 10:15)

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Método: manual

Método: Duke

TEMPO DE COAGULAÇÃO..... 9'00'' min

(UNID. DA COCULTA: 10.01.2018 10:15)

Valores de Referência:
De 7 a 11 minutos

Método: sangue

Método: Lee-White


Ana Cassia Miguel Aguiar
Biomédica
CREM 5411





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				
NOME: <u>Thaís dos Reis Gomes</u>				
IDADE: <u>33</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>88</u> às <u>1</u> h		
SETOR:		LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	SIM: <input type="checkbox"/> NÃO: <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM: <input type="checkbox"/> NÃO: <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM: <input type="checkbox"/> NÃO: <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM: <input type="checkbox"/> NÃO: <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO: <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO: <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO: <input type="checkbox"/>			
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE: <input type="checkbox"/>	ORIENTADO: <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO: <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO: <input type="checkbox"/> EUPNEICO: <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNEICO: <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL: <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA: <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA: <input type="checkbox"/> ANÚRIA: <input type="checkbox"/>	SVD: <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA: <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO: <input checked="" type="checkbox"/> TETRAPLEGIA: <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA: <input type="checkbox"/>	ACAMADO: <input type="checkbox"/> S' DEFICITE MOTOR: <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA):	VO: <input checked="" type="checkbox"/> SNG: <input type="checkbox"/>	PARESIA: <input type="checkbox"/> SNE: <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO: <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO: <input type="checkbox"/> OBESO: <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO: <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:
PESO:				
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NAUSEA		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR:		
		CD/FR:		
		CD/FR:		
		CD/FR:		
<p><i>Raquel dos Anjos</i></p> <p>ENFERMEIRA</p> <p>COBEN 361.843</p> <p>ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL</p>		<p>CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA</p> <p>FR: FATOR RELACIONADO</p>		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APPROXIMAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.				
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.				
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.				
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DUMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.				
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).				
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.				
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°				
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO				
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).				
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.				
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.				

4500 125

GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES									
NOME:	Tiago		das Neves		Família		PRONTUÁRIO:		762				
IDADE:			SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR:	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:		
DADOS CLÍNICOS:													
MATERIAL A EXAMINAR:													
EXAMES SOLICITADOS:													
R - + de T N + D A + Gendol													
R - + de R - D A + Deline													
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>		ROTINA:	<input type="checkbox"/>									
DATA:	13/01/13		HORA DA SOLICITAÇÃO:										
Carimbo e Assinatura do Médico													

202.90D

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP
AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICACAO DO ENTENTE
Nome Completo: **RAFAEL LARA DE FREITAS**
CRM: 8784 UF: PB
AV JULIA FREIRE 1058 EXPEDICIONARIOS
58040040 Tel.
Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Endereço: APOLONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE PB 58401528 Tel.

Prescrição: USO ORAL

2) KEFLEX 500 MG 28 COMP

TOMAR 01 COMP DE 6/6 HORAS DURANTE 7 DIAS

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP
AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICACAO DO ENTENTE
Nome Completo: **RAFAEL LARA DE FREITAS**
CRM: 8784 UF: PB
AV JULIA FREIRE 1058 EXPEDICIONARIOS
58040040 Tel.
Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Endereço: APOLONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE PB 58401528 Tel.

Prescrição: USO ORAL

2) KEFLEX 500 MG 28 COMP

TOMAR 01 COMP DE 6/6 HORAS DURANTE 7 DIAS



Data : 25/01/2018

IDENTIFICACAO DO COMPRADOR
Nome:
Ident:
End:
Orgão Emissor:

Cidade:
Telefone:

UF:

Data : 25/01/2018

IDENTIFICACAO DO FORNECEDOR
Nome:
Ident:
End:
Orgão Emissor:

Cidade:
Telefone:

UF:

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP
AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS	
CRM: 8784	UF: PB
AV JULIA FREIRE 1058 EXPEDICIONARIOS 58040040 Tel.	
Cidade: JOAO PESSOA	UF: PB

1ª Via retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Endereço: APOLONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE PB 58401528 Tel.

Prescrição: USO ORAL

1) PARATRAM _____ 01 CX

TOMAR 01 COMP 8/8 HS DURANTE 7 DIAS EM CASO DE DOR FORTE



Data : 25/01/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

End:

Orgão Emissor:

Cidade:

Telefone:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Ident:

End:

Orgão Emissor:

Cidade:

Telefone:

UF:

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP
AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS	
CRM: 8784	UF: PB
AV JULIA FREIRE 1058 EXPEDICIONARIOS 58040040 Tel.	
Cidade: JOAO PESSOA	UF: PB

1ª Via retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Endereço: APOLONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE PB 58401528 Tel.

Prescrição: USO ORAL

1) PARATRAM _____ 01 CX

TOMAR 01 COMP 8/8 HS DURANTE 7 DIAS EM CASO DE DOR FORTE

Data : 25/01/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

End:

Orgão Emissor:

Cidade:

Telefone:

UF:

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 12/06/2018 09:01

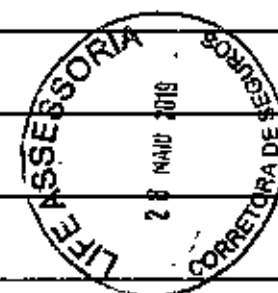
Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS		Dt. Nasc.: 30/06/1984		Atendimento: 48233132	
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA		Nº Prescrição: 15718550		24/01/2018 às 17:15	
Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA - HGP		Leito: 04-HGP/1		Prontuário: 12222787	
				Peso: 70.00 kg	
1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE		3/3h ORAL		CRM-10582	
2. Hidratação Venosa Fase Única		Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	
SORO FISIOLÓGICO 0,9%		20.83 ml/Kcal/dia	500 ml	CRM-10582	
3. CEFALOTINA SODICA (1.00g)		1 g	1 FRAP(C/1GR)	8/8h EV	CRM-10582
Água Destilada			10 ml		
4. PROFENID IV (100.00mg)		100 mg	1 FRAP(C/100MG)	12/12h EV	CRM-10582
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml		
5. PLAMET (5.00mg/ml)		10 mg	2 ML (AMPL C/10MG/8h)	EV	CRM-10582
Água Destilada			18 ml		
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100 mg	2 ML (AMPL C/100MG/8h)	EV	CRM-10582
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml	SN	
Alta vigilância					
7. OMEPRASEC (40.00mg)		40 mg	1 FRAP(C/40MG)	24/24h EV	CRM-10582
Água Destilada			18 ml		
8. DÍPIRONA (500.00mg/ml)		1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG/6h)	EV	CRM-10582
Água Destilada			18 ml		
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA		CRM-10582			
10. SINAIS VITAIS		CRM-10582			
11. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		CRM-10582			
12. TALA BOTA		CRM-10582			

LIFE ASSESSORIA

28 MAR 2018

SORTEIO DE CORRETORA DE

Profissionais CRM-10582 ANDREA HATTORI NASRALA



Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 10/06/1984	Atendimento: 48233132
Convenio: IAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 15722193	25/01/2018 às 07:28
Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	Prontuário: 12222787
		Peso: 70.00 kg
1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL	CRM-8784
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g)	1g	1 FRAP(C/1GR)
Água Destilada		10 ml
4. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG/8h)
Água Destilada		18 ml
5. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP(C/100MG)
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml
6. DAPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG/6h)
Água Destilada		18 ml
7. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG/8h)
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml
Alta vigilância		
8. OMEPRASEC (40.00mg)	40 mg	1 FRAP(C/40MG)
Água Destilada		18 ml
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA		CRM-8784
10. SINAIS VITAIS		CRM-8784
11. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		CRM-8784
12. TALA BOTA		CRM-8784
32. Alta em: 25/01/2018	ALTA MELHORADO	
Alta dada por: RAFAEL LARA DE FREITAS		



Profissionais CRM-8784 RAFAEL LARA DE FREITAS

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 09:00

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA	Leito: 04-HGP/1	

Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA, MÉDICO, CRM 10582 [1]	Nº: 18506482	24/01/2018	às 17:13
---	--------------	------------	----------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE OPERADO

[1]

ID 33

HD FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

CIRURGIA: OSTEOSINTESE DO MALEOLO LATERAL

EQUIPE: DR. LUCIANO LIRA

DRA. ANDREA NASRALA

PROGRAMAÇÃO:

- ALTA 1º PQ

- TALA BOTA

- ANALGESIA E ANTIBIÓTICO

- RETORNO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:58

Paciente:	TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.:	30/06/1984	Atendimento:	48233132	Prontuário:	12222767
Convênio:	HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Lcto: 04-HGP/1				
Profissional(s):	ANDREA HATTORI NASRALA MEDICO, CRM 19582 (1)		Nº:	18606654	24/01/2018	às	17:18
DIAGNÓSTICO							
Diagnóstico Clínico	S82.6 FRATURA DO MALEOLO LATERAL						(1)
Diagnóstico Cirúrgico							(1)
DADOS DA CIRURGIA							
Data Da Cirurgia	24/01/2018						(1)
Cirurgia	OSTEOSSINTESE DO MALEOLO LATERAL						(1)
Cirurgião	DR. LUCIANO LIRA						(1)
1º Auxiliar	DRA. ANDREA NASRALA						(1)
Anestesiista	DR. ITALO						(1)
Descrição Cirúrgica	1- ANESTESIA + GARROTEAMENTO MID 2 - ANTISEPSIA + ASSEPSIA 3 - COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRURGICO 4 - INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL E TENULISE DO TIBIAL POSTERIOR 5- REDUÇÃO CIRURGICA DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL COM PLACA 1/3 TUBO E 05 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM E FIXAÇÃO DA SINDESMOSE COM 1 PARAFUSO SUPRASINDESMAL 6-CONTROLE FLUOROSCOPICO SATIFATORIO + SUTURA + CURATIVO COMPRESSIVO						(1)

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/08/2018 08:59

Paciente:	TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.:	30/06/1984	Atendimento:	48233132	Prontuário:	12222787
Convênio:	HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Leito: 04-HGP/1				
Profissional(is):	ANDREA HATTORI NASRALA, MÉDICO, CRM 10582 [1]			Nº:	18608430	24/01/2018	às 17:12
IDENTIFICAÇÃO							
Nome	TIAGO DOS REIS FARIAS						[1]
Sexo	Masculino.						[1]
Idade	33 A 6 M						[1]
Data De Nascimento	30/06/1984						[1]
Nº Atendimento	48233132						[1]
DADOS DO PACIENTE							
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO							
CID10 Primário	S826 FRAT DO MALEOLO LATERAL						[1]
COMORBIDADES							
GRAU DE INDEPENDÊNCIA							
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS							
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS							
Principal	OSTEOSSINTESE DO TORNOZELO DIREITO						[1]
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES							
ALTA HOSPITALAR							
Total De Dias	2 Dias						[1]

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	77337 1916	Alojamento	7	Leito		Convênio	
----------	------------	------------	---	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/7	<p>Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643</p>	<p>Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643</p>	<p>Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643</p>



INTERCORRENCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA	INTERCORRENCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA
---------------------------------------	--

DIRESE	X	Paciente comunitária.
AVALIAÇÃO		Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família
ASSINATURA / CARIMBO		

DIRESSE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
---------	-----------	-------------------------

[illegible]

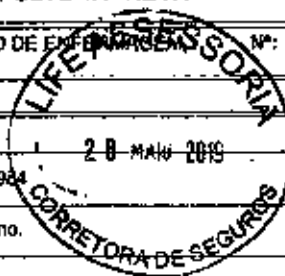
RESULTADOS ESPERADOS:

[illegible]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/08/2018 08:54

Paciente:	TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.:	30/08/1984	Atendimento:	48233132	Prontuário:	12222787
Convênio:	HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	POSTO 1A - ALA A	Leito:	1A-110/2		
Profissional(a):	MARIA DA CONCEICAO BENTO FERREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM			Nº:	18817595	25/01/2018	às 03:25
COREN 580390 [1]							
DADOS DO PACIENTE							
Data De Nascimento	30/08/1984					[1]	
Sexo	Masculino.					[1]	
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ							
Hora						[1]	
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE							
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE							
Hora	10:00					[1]	
Hora							
Descrição	paciente evolui em pol de fratura da fêmur em egr consciente orientado eufórico afebril sem queixas no momento. segue em observação.					[1]	
Hora	22:00					[1]	
Hora							
Descrição	paciente medicada cpm.					[1]	
Hora	04:00					[1]	
Hora							
Descrição	paciente segue sono e repouso preservado.					[1]	
Hora	06:00					[1]	
Hora							
Descrição	paciente segue medicado e aos cuidados da equipe.					[1]	
CUIDADOS DE ENFERMAGEM							



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 09:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Ol. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO, SOFIA MARIA DE SOUZA COREN 293155 (1)	Nº: 18617334	25/01/2018	às 02:43

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	28 MAIO 2018 24/01/2018	(1)
Hora Da Cirurgia		(1)
Cirurgia	FRATURA DE TORNOZELO	(1)

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Sector De Admissão Do Paciente	INTERNAÇÃO	(1)
Identidade Do Paciente	Sim.	(1)
Autorização Do Paciente	Sim.	(1)
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.	(1)
Informação De Lateralidade Pelo MA	Sim.	(1)
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	(1)
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	(1)
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.	(1)
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não.	(1)
Higienização	Sim.	(1)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: MAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO, ENFERMEIRO(A), COREN 293155 (1)		Nº: 18617287 25/01/2018 às 02:36	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	21:20 Paciente admitido neste setor procedente do bloco em POI de fratura de tornozelo, EGR, consciente, orientado, supnático, fo oclusa, nega alergia, diurese espontânea, segue em observação aos cuidados da equipe.		(1)
PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
Acesso Periférico	Sim		(1)



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	DT. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): ANDREA BORGES MACEDO, ENFERMEIRO(A), COREN 214818 (1)		Nº: 18619539	25/01/2018 às 07:42
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
<p>Evolução da enfermagem</p>	<p>Paciente evolui em 1ºDPO Fratura de Tornozelo D., orientado, consciente, afebril, eupneico, anictérico, acianótico, deambulando c/ajuda, aceitando dieta VO, diurese espontânea, medicado cpm, sequelas no momento, segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</p> <p>Ata hospitalar.</p>		
PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
Outros	Sim		(1)





DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
12/08/2018 08:54
01002_000

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 15721309	25/01/2018 às 02:39	
Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-1102		
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Manhã	Tarde	Noite
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Manhã	Tarde	Noite

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	07:00
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã Tarde Noite

10 - RISCO DE SANGRAMENTO

Relacionado a: TRAUMATISMO

MANTER PRESSÃO OU CURATIVOS OCLUSIVOS	07:00 18:00
---------------------------------------	-------------



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:56

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Poslo: POSTO 1A - ALA A	Lote: 1A-110/2	
Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS, MÉDICO, CRM 8784 (1)		Nº: 18619247 25/01/2018 às 07:28	
DIAGNÓSTICOS			
CID10	S826 FRAT DO MALEOLO LATERAL		(1)
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
Cirurgia Realizada	OSTEOSSINTESE		(1)
Cirurgião	DR LUCIAN LIRA		(1)
ALTA / TRANSFERÊNCIA			
Paciente Melhorado	Sim		(1)



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:55

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS Dt. Nasc.: 30/06/1984 Atendimento: 48233132 Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO 1A - ALA A Leito: 1A-110/2

Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO, ENFERMEIRO(A), COREN Nº: 18617366 25/01/2018 às 02:46
293155 (1)

PACIENTE

Estado Civil CASADO (1)

Origem Do Paciente Residência (1)

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Eletiva (1)

Data Da Cirurgia 24/01/2018 (1)

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE TORNOZELO (1)

Pulseira De Identificação MSE (1)

Responsável Pelo Recebimento IRENE (1)

Avaliação Pré-Anestésica Sim (1)

Nome, dosagem, frequência NAO (1)

Alergia- Descrição NEGA (1)

Avaliação Das Condições Emocionais Tranquila (1)

Orientações Ao Paciente Cirurgia (1)

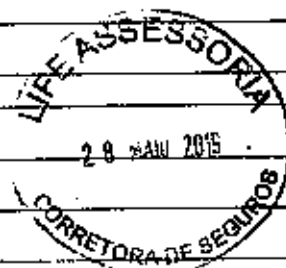
Reserva de Hemoderivados Não (1)

Higienização Sim (1)

Tricotomia Sim (1)

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim (1)

Prótese Sim (1)





ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12222787	TIAGO DOS REIS FARIAS	M	30/06/1984	33
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
3001391 SSP PB	5579636482			1-CASADO
Endereço				
R APOLOONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE-PB CEP:58401528				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
		MARLOI DOS REIS FARIAS		



Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGP			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
24/01/2018	13:30		
Médico Atendente			Clinica
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano VIVANTE S A	
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
93070000307000024		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
31906762	99996666	C59584701	INTERNACAO
31906762	52150089	C59584701	FRATURA BIMALEOLAR OU TRIMALEOLAR DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO

TIAGO DOS REIS FARIAS

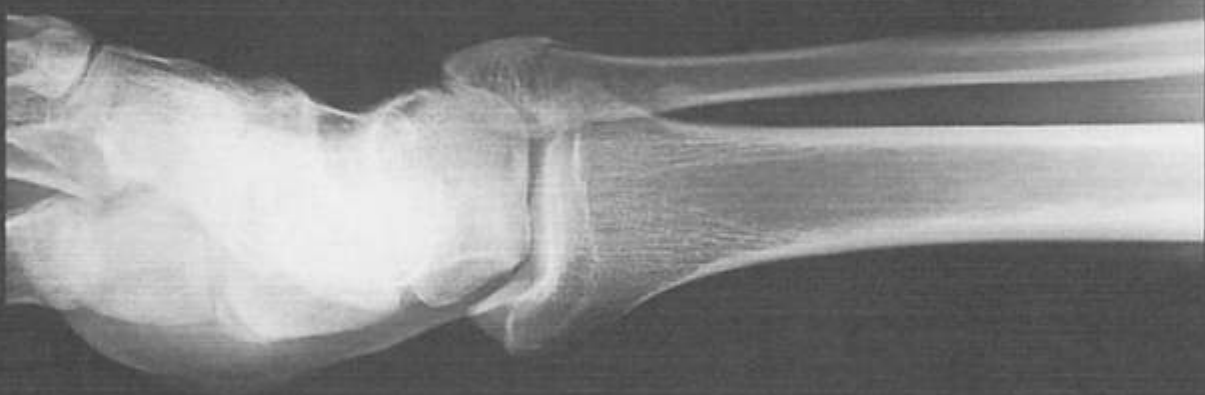
2500714

DATA DO EXAME: 12/01/2018

SÉRIE: 1/3
IMAGEM: 1/1

DIREITO
TR-339

PRONTO ATENDIMENTO
CAMPINENSE



70%
Qualidade

Q 2896
W 4695 L 2047



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

12/05/2018 08:55

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS DL. Masc.: 30/06/1984 Atendimento: 48233132 Pronto-socorro: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO 1A - ALA A Lote: 1A-110/2

Profissional(is): LUZIA BRITO FERREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 66494 (1) Nº: 18619521 25/01/2018 às 07:42

DADOS DO PACIENTE	
Data De Nascimento	30/06/1984
Sexo	Masculino
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHA	
Hora	07:00
Descrição	RECEBI PLANTÃO COM PACIENTE EM 1º DPO DE FRATURA DE TORNOZELO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, S/A, AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE	
APÓS VISITA MÉDICA PCT RECEBEU ALTA HOSPITALAR.	
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE	
CUIDADOS DE ENFERMAGEM	



DIREITO
TR-339





TIAGO DOS REIS FARIAS

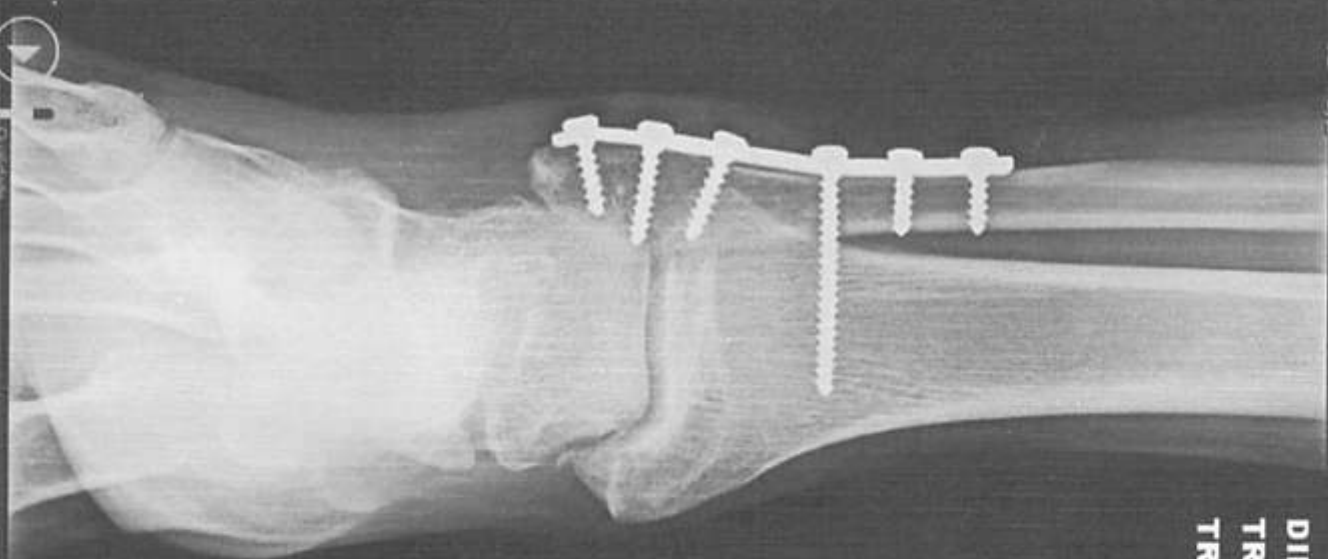
SEXO: M

DATA DO EXAME: 11/04/2019

SÉRIE: 1/1
IMAGEM: 1/2

HOSPITAL GERAL DA
PARAIBA

DIREITO
TR 15022
TR 338



35%
W-10241-5174



TIAGO DOS REIS FARIAS

SEXO: M

DATA DO EXAME: 11/04/2018

SÉRIE: 1/1
IMAGEM: 2/2

DIREITO
TR 15022
TR 338

HOSPITAL GERAL DA
PARAIBA



70%
Outlook

3566
W: 1024 L: 512

Declaração de Acompanhamento

Declaro para os devidos fins que o(a) Sr(a) _____ compareceu a este hospital, no período de 24/01/2018 até 25/01/2018 como acompanhante do(a) Sr(a) TIAGO DOS REIS FARIAS para atendimento com o(a) médico(a) RAFAEL LARA DE FREITAS

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 1103 9693

JOAO PESSOA, 25 de Janeiro de 2018.





Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente **TIAGO DOS REIS FARIAS**, foi atendido neste Hospital no dia **24/01/2018**, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme prontuário de nº **48233132**.

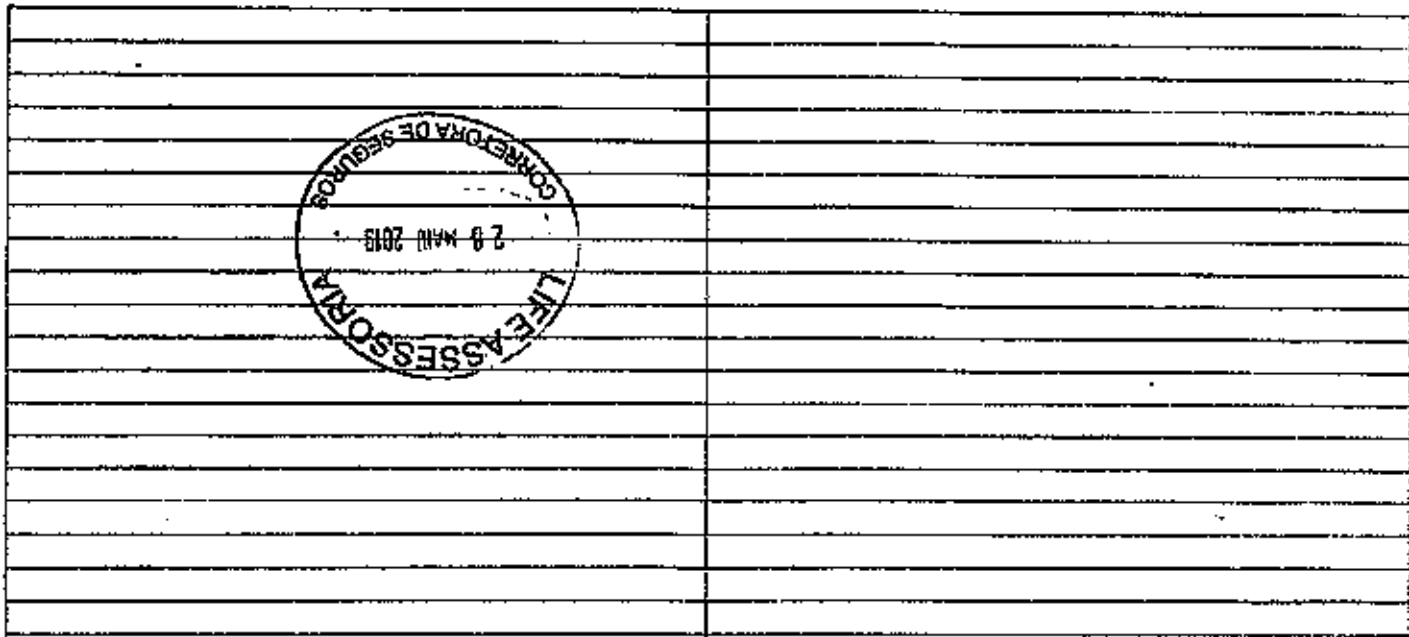
João Pessoa, 14 de Junho de 2018

Clinica Ortop. e Traumat. de João Pessoa Ltda.


EVERTON PEREIRA DE CARVALHO
Faturista



MDG 12:



INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

[illegible]

REGISTROS

RESULTADOS ESPERADOS:

[illegible]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/08/2018 08:58

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: NAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Latto: 1A-110/2	
Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS, MÉDICO, CRM 8784 (1)		Nº: 18619156	25/01/2018 às 07:24

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 DIH

(1)



ID 33

HD FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

CIRURGIA: OSTEOSINTESE DO MALEOLO LATERAL

BEM SEM QUEIXAS

EQUIPE: DR. LUCIANO LIRA

DRA. ANDREA NASRALA

PROGRAMAÇÃO:

- ALTA

- TALA BOTA

- ANALGESIA E ANTIBIÓTICO

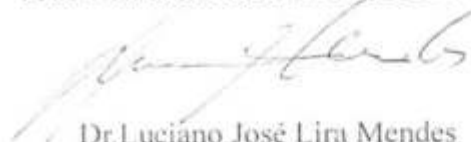
- RETORNO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL

LAUDO MÉDICO

Declaro para devido fins que o(a) paciente Tiago dos Reis Farias, foi atendido no HOSPITAL GERAL DA PARAIBA no dia 24.01/2018, vítima de acidente de trânsito com moto (sic), tendo o diagnóstico codificado com o CID-10 S82, submetido a tratamento cirurgico da lesão.

Ante o exposto conclui que o paciente encontra-se de alta para retorno as atividades laborais e sem sequelas.

João Pessoa, 06 de Junho de 2018



Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dr. Luciano J Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4290



FORMULARIO EMERGENCIA CLINICA

Página 1 de 1

12/08/2018 08:52

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

Paciente:	TIAGO DOS REIS FARIAS
Convênio:	HAPVIDA JOAO PESSOA
Profissional(iz):	LUCIANO JOSE LIRA MENDES CRM 4280 (1)
Nº:	18584401
24/01/2018	às 07:27
Atendimento:	48217759
Prontidão:	12222767
Dr. Nascimento:	30/06/1984
Posto:	
Leito:	/

ANAMNESE	
Queixa Principal	DOR
Queixa Principal	
CID 10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL
Queixas e Sintomas Gerais	DOR NO TÍZ APÓS ACIDENTE DE TRANSITO HA 12 DIAS (SIC)
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE	CD: INTERNAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME TIAGO DOS REIS FARIAS	
	DOC. EMITIDA / ODE. EMISSOR UF 3001391 SEP PB
	CPF DATA NASCIMENTO 055.796.364-82 30/06/1984
	FILIAÇÃO SEBASTIAO DOS SANTOS FARIAS MARLI DOS REIS FARIAS
	FEMININO ACC CATARA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Nº REGISTRO 05018249973	VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO 07/05/2020 24/08/2010
OBSERVAÇÕES	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	DATA EMISSÃO 12/05/2015
	11932551891 PB030542596
<> DETRAN PB (PRACAIBA)	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB Nº 013931196150

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0020251385-8 00/00000000 2018

TIAGO DOS REIS FARIAS

PLACA ANT / UF PB 9C2JC4210AK113875

NOVO

PAS/MOTONETA/MAO APIC

HONDA/RIZ 125 KS

2010

PRESTA

2 P/124 /CI

00/00/0000

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB

12424

0

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

12/06/2018

90465

CAMPINA GRANDE-PB



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA TIAGO DOS REIS FARIAS
 DATA DO ACIDENTE 12.01.2018 CPF DA VÍTIMA 055.796.364-82
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É TIAGO DOS REIS FARIAS
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA. ONILDO RIBEIRO ASSIS
 Nº 173 COMPLEMENTO CASA BAIRRO BORACONGO
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PARNABA CEP 58.400-000
 E-MAIL BAOCESSOCANAA@GMAIL.COM TELEFONE (83) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28.05.2019
 IDENTIDADE 3.001.391.551/PB
 ASSINATURA TIAGO DOS REIS FARIAS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190349688 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS **Data do acidente:** 12/01/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR.LUCIANO JOSE LIRA MENDES, CRM-:4290, DE 06/06/2018

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190349688 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS **Data do acidente:** 12/01/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO. (P7/27/28FC/29/40/43/50LM)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR.LUCIANO JOSE LIRA MENDES, CRM-:4290, DE: (PÁG.50).

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180298/19

Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS

CPF: 055.796.364-82

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 12/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO DOS REIS FARIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

TIAGO DOS REIS FARIAS : 055.796.364-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019
Nome: TIAGO DOS REIS FARIAS
CPF: 055.796.364-82

TIAGO DOS REIS FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA