



Número: **0019955-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILSON BEZERRA DA SILVA (AUTOR)		sharon Stéphanne Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64217460	06/07/2020 14:17	ANEXO 1	Outros (Documento)

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu. _____

RG: _____, data de expedição ____/____/____

Órgão _____, portador do CPF _____, com

domicílio na cidade de Itapetininga, no Estado de SP

_____, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

_____ nº _____

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vítima Luís Carlos de Oliveira

cujo o conduto era de 100 mm de diâmetro

Veicula: Volvo

Modelo: H01-100-100-100-100

Ano: 2013

Placa: 1 D 6 0 7 1 3

Chassi: 200.21.005 GC HRC 3445

Data do Acidente: 01/07/2018

Local e data do cartório: _____ 24 JUL 2019

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU

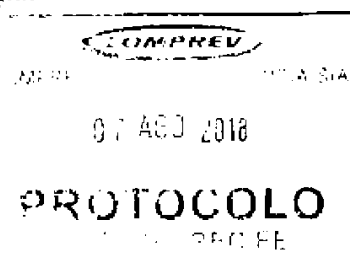


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. Wilson Bezerra da Silva, Identidade 8788188 SDS-PE, CPF 101.095.614-06 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao Sr. Wilson Bezerra da Silva, número da ocorrência - ID 0488, no dia 01 de julho de 2018, às 19h e 12min, com queixa de queda de moto, na Avenida Agamenon Magalhães, Bairro Centro, Bezerros-PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradeço.

Bezerros, 20 de julho de 2018.



Klevio Maranhão
Coord. RUE- SAMU
Bezerros-PE

Klevio Maranhão
Coord. Rua de Emergência
Máx. 600961

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 –Bezerros – PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Wilson Bezerra da Silva

CPF da Vítima

062.056.14-06

Data do Acidente

07/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

Wilson Bezerra da Silva

CPF do Representante Legal

062.056.14-06

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia por fim da prova do Seguro DPVAT; ou

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

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

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

Bezerra, 26 de 07 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLA001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0181001362

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2018** às **16:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/2018 as 19:00

Endereço de entrega: **MUNICÍPIO DE BEZERRAS, DT. AVENIDA AGAMENON MAGALHÃES, Bairro COHAB - BEZERRAS, PERNAMBUCO, BRASIL - Ponto de Referência: CURVA APÓS O FORUM**
 Modalidade de Licit.: **VIA PÚBLICA**

Pessoas envolvidas na ocorrência

NÃO HA AUTORIA (AUTOR AGENTE)
WILSON BEZERRA DA SILVA (VITIMA)

Objetos envolvidos na ocorrência:

VEÍCULO (usado na geração da ocorrência): que estava em posse do(a) Sr(a) WILSON OLIVEIRA DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

WILSON BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA** Pai: **LUIZ BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/10/1951** Nacionalidade: **BRASILEIRO** - **PERNAMBUCO** - **BRASIL** Documento: **8785108-3DS/PE (RG)** 10105561408 (CPF) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Anos de estudo: **SOLDADOR** Endereço Residência: **RUA PADRE CICERO, 54 - CEP: 0 - Bairro: RETIRO - BEZERRAS PERNAMBUCO BRASIL**

NAO HA AUTORIA - Parte de Autoria: NAO INFORMADO

Vol. 11, No. 1, 1998, pp. 1-10. © 1998 by Russian Academy of Sciences. Printed in the Russian Federation. All rights reserved.

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO): que estava em posse de: Sr(a): **WILSON BEZERRA DA SILVA**
 C/legião: **Marcia Murilo** **MOTOCICLETA HONDA CG** Cor: **Amarelo** **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG6492** IPERNAUBUCO 9122ERROS. Renavam: **110837722** Chassi: **9C2KC2500MR003275**
 Ano: **2016** Integ. Aj. B. Rôl. **2016** 2017 Contrib. **ALCOBACOL**
 Descrição: **MOTOCICLETA CG 160 START. PROPRIETARIO: ARISTOTELES FERREIRA CAMPOS**

Complemento . Observação

A VITIMA WILSON BEZERRA DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ONDE PASSOU A DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITO, ELE VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO VINDO DO CENTRO DA CIDADE COM DESTINO AO BAIRRO DO RETIRO, QUANDO NO TRAJETO NAS PROXIMIDADES DO FORUM DESTA CIDADE, NA CURVA A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E BATEU NA GUIA JUNTO AO CANTEIRO CENTRAL DA AVENIDA, NEMUNTO QUE CAIU AO CHÃO SENDO EM SEGUIDA SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL); ONDE A VITIMA FOI ATENDIDA CONFORME FICHA COM REGISTRO DE Nº 89.317 ASSINADA PELO MEDICO BRUNO LUIZ CAXIAS - CRM PE 23810, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESOES A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU-PE; CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO APRESENTADA PELA PRÓPRIA VITIMA, FICANDO ELE VITIMA INTERNADO COMO CONSTA NAS CITADAS DECLARAÇÕES, NADA MAIS OIGNO DE REGISTRO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

WILSON BEZERRA DA SILVA
(VITIMA)

H. G. registrado por **CLOVES VITORINO DA SILVA** Matrícula: **3811648**

users/SDS-intopol.xml BOEPreview.html



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:17:42
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614174260400000063029556>
 Número do documento: 20070614174260400000063029556

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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.

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").

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").

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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.

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.

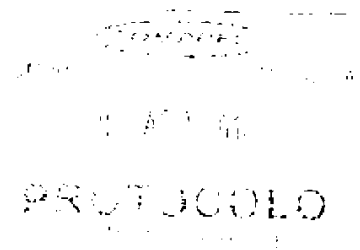
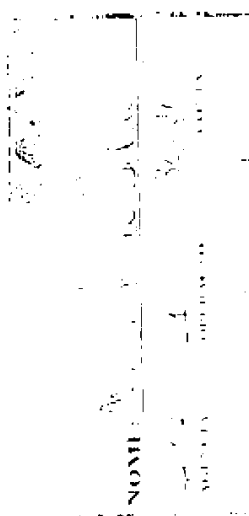
Campo : Associação de Beneficência

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:17:42
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614174260400000063029556>
 Número do documento: 20070614174260400000063029556

Num. 64217460 - Pág. 6





Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180361477**

Vítima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: **01/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180361477**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0120101202 - carta_04 - INVALIDEZ

00050601



Carta nº 13520894



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180361477**
Vítima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**
Data do Acidente: **01/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180361477**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Pag. 0071100712 - carta_03 - INVALIDEZ

00050356



Carta nº 13210941



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180361477**

Vítima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: **01/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180361477**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Carta nº 13207154

Pag. 00693/00694 - carta_01 - INVALIDEZ

00020347



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180361477

Cidade: Bezerros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILSON BEZERRA DA SILVA

Data do acidente: 01/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

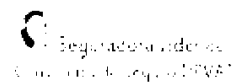
CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286345/18

Número do Sinistro: 3180361477

Vítima: WILSON BEZERRA DA SILVA

CPF: 101.095.614-06

Seguradora: ARUANA SEGURO S/A

Data do acidente: 01/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILSON BEZERRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 19/10/2018
Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA
CPF: 101.095.614-06

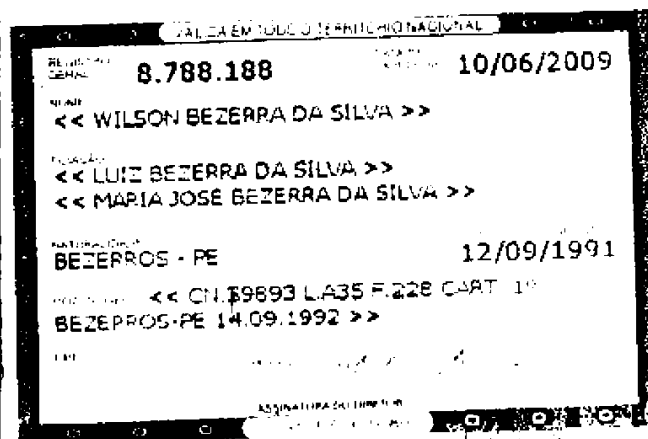
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

WILSON BEZERRA DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





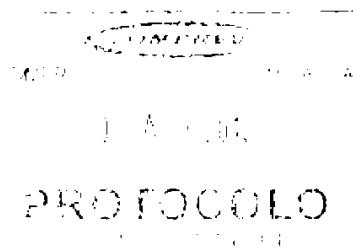
Ministerio da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Numero
101.095.614-06

Nome
WILSON BEZERRA DA SILVA

Nascimento
12/09/1991



[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSFIRIDAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PENº 013728001057 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ARISTOTELES FERREIRA CAMPOS 55660-000
RUA JOSE GONZAGA DOS SANTOS 37
CE RETIRO FERROS-FE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CNPJ 08 248 80690001-04

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

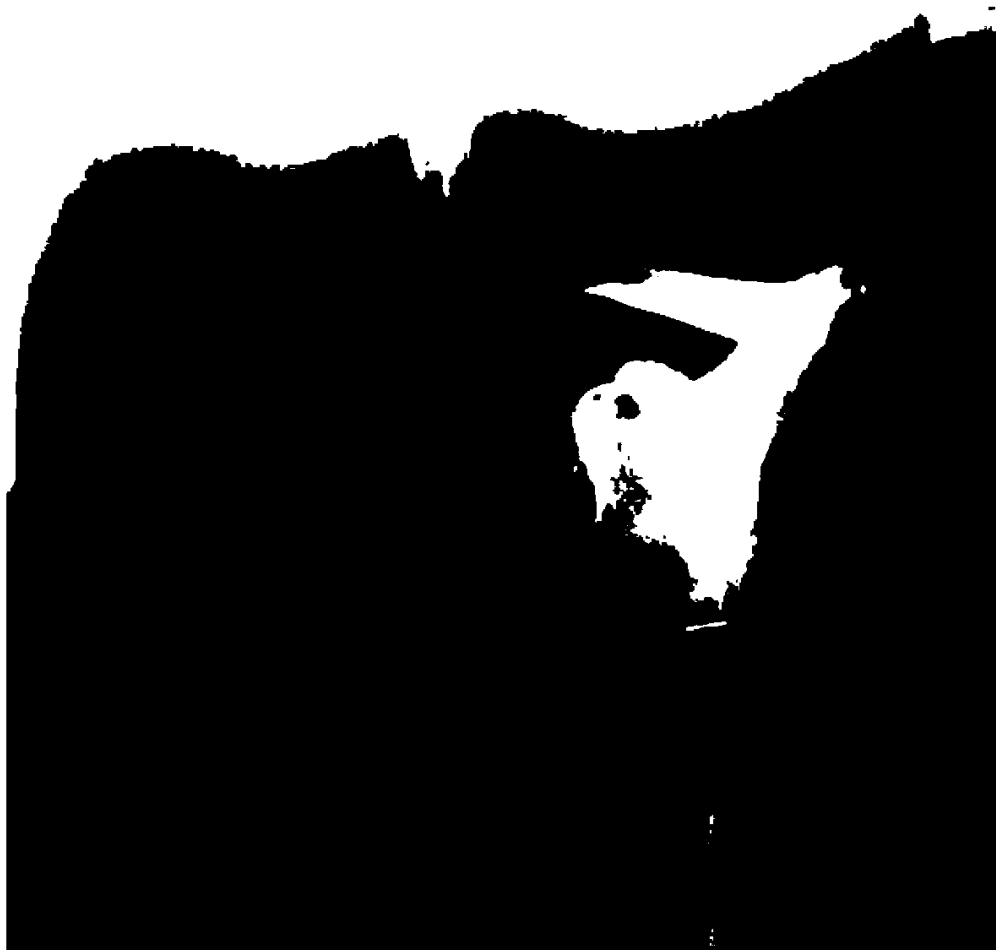
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO

■

RECEBUEMOS
O
VALOR DE R\$ 1.000,00
EM 06/07/2020











**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

CNPJ DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

2 4 2 7 4 1 9**Identificação do Paciente**

NOME DO PACIENTE

NOME DO PAI DO PACIENTE

NOME DO AVÔ DO PACIENTE

NOME DO RESPONSAVEL

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

CITY, ESTADO E CEP DO RESIDÊNCIA

NOME DO RESPONSÁVEL

NOME DO RESPONSÁVEL

Município

UF

CEP

Nº TELEFONE DO LAUDANTE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

EXAME FUSCINÁRIO E RASTROS ELÉNICOS

EXAME PROPOS QUE JUSTIFIQUE A INTERNAÇÃO

EXAMEINHAOS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS OBTIDAS DOS EXAMES REALIZADOS

EXAMEINHAOS RESULTADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CLASSIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CLASSIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CLASSIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRABALHO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR



425737

Periodo



Data Period: 01-07-2013

Centre e 1953

Paciente: 720987 WILSON BEZERRA DA SILVA

Nascimben et al. • 2004–1991 (26–49 yr) 2002

and

1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 26

2 MEDICO PLANTONISTA

SEX: MALE

Urgencia e Emergencia

10-11) SALA DE EXAME

— **Excellente RADIOLOGIA**

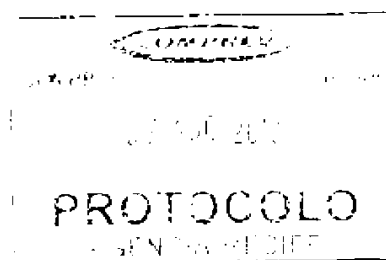
Diagn: PLANO UN CC

Country - SUS AMBULATORIO

Motif: 2QTHA

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Margem Executante	0	Não Informado		Entrega
Accession Number	*Access N Hex	Código	Descrição	
223899	0 100010000000 3665	871	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITO (AP)	01-07-2016
223900	0 000100000000 3666	1015	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (AP)	01-07-2016
223901	0 100010000000 3668	1064	RADIOGRAFIA DE TORAX (AP)	01-07-2016



RX - REALIZADO

DATA

WORA

TC





PRESCRIÇÃO MÉDICA

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

06/07/2020 14:17:42

**HRA**

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Usuário da Internação
JOSILDOMS



424255

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 03/07/2018 17:03 Atendimento: 428259 Nº AIH: _____
Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA Prontuário: 320987
Data Nasc.: 12/09/1991 Idade: 26 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião: _____
CPF: _____ RG: _____ CNS: _____ Nº: 25
Endereço: RUA DOIS Cidade: BEZERROS Estado: PE
Bairro: RETIRO Fone: 93156766 Profissão: AGRICULTOR
CEP: 55560000 Nome da Mãe: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA
Nome do Conjuge: _____
Nome: _____ RG: _____ Fone: _____
Parentesco: _____

2 - Internar Para

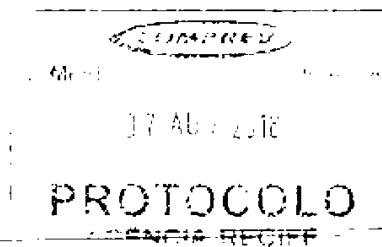
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Leito: CORREDOR - EMERG ADULT
Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO
Diagnostico Inicial (Constante do Laudo Médico): _____ CID: _____
Procedimento Solicitado: _____ COD: _____
Procedimento Realizado: _____ COD: _____

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- () MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
() DIÁRIA DE UTI
() DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
() VACINA ANTI RH
() USO DE DERIVADOS DE SANGUE
() USO DE PROTESE, ORTESE
() USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
() USO DE OXIGENADORES
() NUTRIÇÃO PARENTERAL

**5 - Historia Clínica****DIAGNÓSTICO DEFINITIVO****MOTIVO DE ALTA****DATA DE INTERNAMENTO****DATA DE ALTA****DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO**

03/07/2018 17:03

1 de 1





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO:
DATA: 1-07-20	HORA: 19:37	TELEFONE:		269-317
NOME: WILSON BEZERRA DA SILVA	IDADE: 27			
NOME DA MÃE: JUCIA SOUZA BEZERRA DA SILVA				
DATA DE NASCIMENTO:		ACOMPANHANTE:		
END: R. São Lucas	BAIRRO: RET. 30	N.º 42		
CIDADE: Bezerros	SINAIS VITAIS			
PA: 130/80 mmHg	HGT: 1,72 m/dl	HT: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO				
I - Sinais de Emergência Imediata				
CLASSIFICAR COMO VERMELHO				
1. ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 lpm				
2. ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar lerificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese				
3. ☐ PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 41 mg/dl ☐ Convulsão no momento				
4. ☐ Politraumático/Glasgow <= 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios				
5. ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso				
6. ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória				
II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito de sala de observação				
CLASSIFICAR COMO AMARELO				
1. ☐ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ TCE leve ☐ PAS < 90 ou > 180 mmHg ☐ PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas				
2. ☐ Febre > 39°C ☐ Febre com imunodepressão ☐ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação				
3. ☐ Tumor pastoso ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento				
4. ☐ Queimaduras de 1ª e 3ª Áreas não críticas SCQ < 10% ☐ Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas				
5. ☐ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa				
6. ☐ Dor Abdominal Intensa ☐ Dor Torácica Intensa ☐ Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorrigia ☐ Epistaxe				
7. ☐ Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ Crise asmática				
III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo				
CLASSIFICAR COMO VERDE				
1. ☐ Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora				
2. ☐ Lombargia Intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações				
3. ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia				
4. ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave				
5. ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscessos ☐ Intercorrências ortopédicas				
IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)				
CLASSIFICAR COMO AZUL				
1. ☐ Doenças crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente				
2. ☐ Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas				
3. ☐ Troca de curativos ou retiradas de pontos				
4. ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.				
5. ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes				
6. ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda				
CLASSIFICAÇÃO				
☐ Vermelho				
☐ Amarelo				
☐ Verde				
☐ Azul				
Alergias: () NÃO () SIM, à				
ENCAMINHADO:				
Assinatura da enfermeira e carimbo				
ORIENTAÇÕES				
Assinatura da Assistente Social e carimbo				



EXAME NEUROLÓGICO

Resposta verbal: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo

Resposta motora: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo

Resposta motora: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo

Resposta motora: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo

TAL DE PONTOS ECG

Resposta motora: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo

Resposta motora: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo

NATUREZA DO LÍQUIDO

Resposta motora: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Resposta motora: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo

CONDUTA CLÍNICA EVOLUÇÃO

Resposta motora: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo

MOTIVO DA TR. CLÍNICA

PROTOCOLO

CONCLUSÃO DO EXAME

Resposta motora: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo

Resposta motora: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo

Resposta motora: Resposta ao estímulo doloroso: Responsivo



H.R.A.

Assinatura eletrônica deste

PRESCRIÇÃO MEDICA

11/11

11/11

11/11

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

PROTÓCOLO

27/10/18



H.R.A.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:17:42

PRESCRIÇÃO MEDICA

RECEITA Nº 00000000000000000000

DEPARTAMENTO

SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:17:42

01 - CLINICA GERAL
02 - CLINICA GERAL
03 - CLINICA GERAL
04 - CLINICA GERAL
05 - CLINICA GERAL
06 - CLINICA GERAL
07 - CLINICA GERAL

PROTÓCOLO

00000000000000000000

00000000000000000000

05/04/2018

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000



Secretaria de Saúde de
HOSPITAL

Campos - SES - Substitui
DO AGRESTE

ARIO

Localidade

Nome

Registro Nº

Clínica

Informação

Leandro D

Ar

06 07 18

Dr. Nilton Cordeiro
Médico - CRM 10560

Data

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Estado: Mato Grosso do Sul

1º Lugar

2º Concurso 89

PROTÓCOLO



Acrescentado: 426259

Pedido:



107346

Data Pedido: 06/07/2019

Quantidade: 19950

Paciente: 020987 WILSON BEZERRA DA SILVA

Idade: 25 ANOS COR: A. M. Sexo: M. Idade: 14

Data Recebimento: 06/07/2019 13:28
CORRECTOR EMERGENCIA ADULTO

Motivo Solicitante: 121456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Sexo: MASCULINO

Sector Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA

Local: SALA DE EXAME

Sector Executante: RADIOLOGIA

Plano: PLANO UNICO

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Motivo: TUBER

Observações

Medico Executante:	U	Não Informado		
Accession Number	Accession Number	Ordem	Descrição	Entrega
224696	111111 111111 020987	1075	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIRETO (AP)	06/07/2019
224697	111111 111111 020987	1076	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIRETO (PERFIL)	06/07/2019

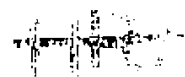
06/07/19
13:00
Maf/ALSC

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - SES-PE





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

(X) Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Walter Gomes da Silva

RG: 0.000.000-00

Endereço: Rua 1000, 1000

Tel.: 000-00000000

Data: 06/07/2020

Walter Gomes da Silva
Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: Walter Gomes da Silva

RG: 0.000.000-00

Endereço: Rua 1000, 1000

Tel.: 000-00000000

Procedimento: Exame de Urina

PROTOCOLO
CENSA 1000

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadido-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: () Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: 06/07/2020

Hora: 14:17

Médico: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CRM: 00000000000

06/07/2020 10:46:24 PM

2 de 2

Usuario do Atendimento
ROSANGELASSB





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

ORT

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA
Data Nasc.: 12/09/1991 Idade: 26
CPF: RG:

Sexo: MASCULINO

Cor: BRANCA
CNS:

Prontuário: 320987

Religião:

Nº: 25

Estado: PE

Endereço: RUA DOIS

Bairro: RETIRO

Cidade: BEZERROS

Profissão: AGRICULTOR

CEP: 55600000

Fone: 93158766

Nome da Mãe: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATU COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 01/07/2018 22:45

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal: HDA

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta:

Horário:

Data:

Assinatura

Assinatura

PROTOCOLO

GRANUA RECEITE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde: **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**
Nome do Paciente: **Ulisses Barros** Registro Nº:
Cidade: _____ Leito Nº:

DATA: _____ HORA: _____ EVOLUÇÃO:

*** Rotina**
Prontidão
Cura e bem-estar
11/07
11/07

COMPREV

PROTOCOLO
CONFERIR RECIFE

