

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11139488

A/C: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170315367 ASL-0217459/17

Vítima: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Data Acidente: 18/11/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11140024

A/C: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170315367 ASL-0217459/17

Vitima: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Data Acidente: 18/11/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/11/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**

Nº Sinistro: **3170315367**
Vitima: **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**
Data do Acidente: **18/11/2014**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170315367**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12083451

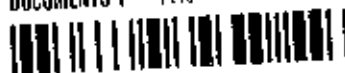




Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "T190"



Nº DO SINISTRO

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

EU, Júmor da Silva MEIRELES,PORTADOR(A) DO RG Nº 3436-331EXPEDIDO POR SSDSEM 24 / 10 / 2014CPF 019021900494-06 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO DESEMPREGADO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU-SE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JÚMOR DA SILVA MEIRELES. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036Nº da CONTA (com dígito, se existir) 52878-0

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

JOÃO PESSOA, 20 de MARÇO

de 2017

LOCAL E DATA

Júmor da Silva Meireles
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e do tempo em tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 1.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022125.



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

ASL Nº DO SINISTRO

DOCUMENTO 1



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

EU, Júniora da Silva MEIRELES

PORTADOR(A) DO RG Nº 3436-331

EXPEDIDO POR SSDS

em 24 de 10 de 2014

CPF 092490494-06 CNPJ 000000000-00000000

PROFISSÃO DESEMPREGADO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU-SE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JUNIOR DA SILVA MEIRELES.

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

ASL-0140636/17
natalia silva marcos

de 2017

ASL-0140636/17
natalia silva marcos

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente, na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 1.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022126.

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

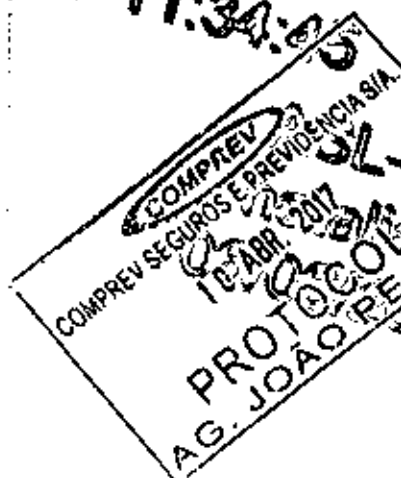


ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45



ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
14ª DELEGACIA DISTRITAL



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 644 /2015, na mesma continha o seguinte teor: Ao primeiro dia do mês de abril do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de Santa Rita e na 14ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Maria Solidade de Sousa, às 09:00 horas, compareceu o Sr. Júnior da Silva Meireles, brasileira, União Estável, natural de João Pessoa/PB, com 23 anos de idade, filho de José Cipriano Meireles Filho e de Maria José da Silva, residente à (na) rua projetada, quadra 180, lote 491, Colinas do Sul, João Pessoa/PB, o qual notificou que, no dia 18 de novembro do ano próximo passado, se conduzia em sua moto Honda Twister CBX 250, ano e modelo 2006, cor prata e de placa MNN 6043/PB e, no término da rua Anísio Salatiel no centro da capital, precisamente em frente a Oficina São, o Notificante colidiu na lateral de um veículo que dali saía, tendo este em razão da gravidade do acidente, evadido-se do local, consequentemente, o notificante sido socorrido por seu genitor ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Contusão da mão esquerda + amputação traumática antiga do Quíquodáctilo esquerdo, identificada pelo CID 10 S 60.2 + S 68.1, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 1º de abril de 2015

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
18 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS



República
Federativa
do Brasil

5º

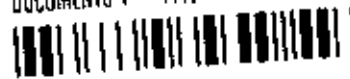
Ofício de Registro Civil e
Tabelionato de Notas de Tomba
Delegado: Carlos Ulysses de Carvalho Neto
Av. Testamento, 140, 1º andar - Tomba
João Pessoa - PB - CEP: 53090-013 - Fone: 3334.1001

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
(RTP, 164 - 113 do CEC)
03/04/2017
João Pessoa - PB
Selo Digital: 20085896-TFWJ
Preencha o site: <http://siondigital.pb.gov.br>
E-mail: 02.14.155.030.11 - E-mail: 02.14.155.030.11



Escritório Substituto
Escrivão Substituto



GOVERNO

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

DA PARAIBA

14ª DELEGACIA DISTRITAL

SL-0140636/17



1:34:35

11:34:35

CERTIDÃO

SL-0140636/17

NOTIFICADO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 644 /2015, a mesma continha o seguinte teor: Ao primeiro dia do mês de abril do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de Santa Rita e na 14ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Maria Solidade de Sousa, às 09:00 horas, compareceu o Sr. Júnior da Silva Meireles, brasileiro, União Estável, natural de João Pessoa/PB, com 23 anos de idade, filho de José Cipriano Meireles Filho e de Maria José da Silva, residente e (na) rua projetada quadra 180, lote 491, Colinas do Sul, João Pessoa/PB, o qual notificou que no dia 18 de novembro do ano próximo passado, se conduziu a seu moto Honda Twister CBX 250, ano e modelo 2006, cor prata e de placa VNN 6043/PB e, no término da rua Anísio Salatiel no centro da capital, precisamente em frente a Oficina São, o Notificante colidiu na lateral de um veículo que dali saía, tendo este em razão da gravidade do acidente, evadido-se do local, conseqüentemente, o notificante foi socorrido por seu genitor ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Contusão da mão esquerda + amputação traumática antiga do Oitavo dígito esquerdo, identificada pelo CID 10 S 60.2 + S 68.1, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu, Geraldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 1º de abril de 2015

ASL-01
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA
07/10/2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESS
US

República
Federaliva
do Brasil

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução
fidel do original que me foi entregue. Dou fé.
Data: 26.04.2015
João Pessoa/PB - REX05896-TRFJ
Selo Digital: https://selodigital1.jpb.jus.br
Pense o site https://selodigital1.jpb.jus.br
Cor 022.12 151 430.11 Fone 033.25 440.01



ASL-01

Escritório de Santa Rita
Escritório de Santa Rita

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JUNIOR DA SILVA MEIRELES,
portador da carteira de identidade nº 3436.331 e inscrito no
CPF nº 092.190.494-06, residente e domiciliado na
Rua Severino José do Nascimento nº 157
João Pessoa, Cidade João Pessoa,

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

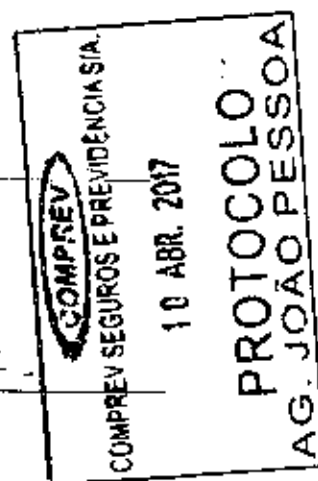
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(Y) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior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

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

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

Junior da Silva Meireles
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 20 de março de 2017
Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

ASL-0140538/17

ASL-0140538/17

NATALIA SILVA MEIRELES

NATALIA SILVA

portador da carteira de identidade nº 343633D e inscrito no

CPF nº 17092190494-06 residente e domiciliado na

Rua Severino Gonçalves de Almeida nº 157

Cidade João Pessoa

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

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

NATALIA SILVA

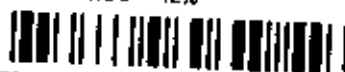
NATALIA S

João Pessoa, 20 de março de 2017

Local e data

COMPREV
COMPEN. SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
17 ABR 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Ato declaratório



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

Av. Orestes Lisboa, S/N (Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 716679

Identificação do paciente

ID 563248	Nome JUNIOR DA SILVA MEIRELES	Sexo Masculino
Data de nascimento 31/10/1991	Idade 21 Anos	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARIA JOSE DA SILVA	Religião CATOLICA	Prontuário
Etnia MEDIO INCOMPLETO	Pai JOSE CIPRIANO MEIRELES FILHO	Responsável (Parentesco) ESPOSA VITORIA ISABEL MACENA DO NASCIMENTO - ACOMPANHANTE
DDI Móvel 83	Fone Móvel 87246847	DDI Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3436331	CNS 203181087870018
Local de procedência ROGER	Tipo BAIRRO	UF PB
Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	

Endereço

CEP 58020300	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Rua Ivo Soares
Número 65	Complemento	Bairro Roger

Admissão

Data e Hora Prevista 04/10/2013 20:51:32	Número da pulseira 2289205	Convênio SUS
Especialidade CLINICA MEDICA	Clinica CLINICA MEDICA E NEURO	
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou TAXI		

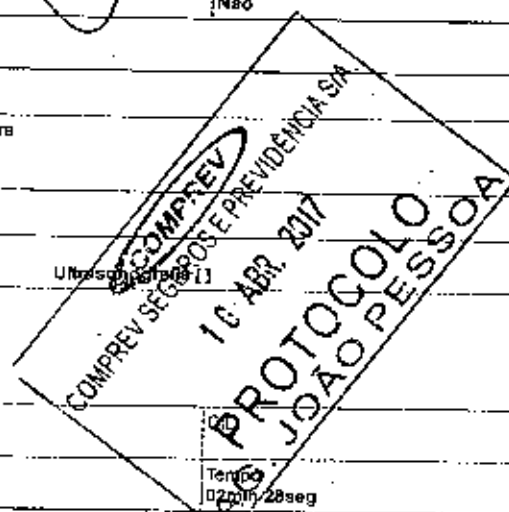
Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassom []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendida por ELIZANGELA CAVALCANTE DE PINHO						

Imprimir



Ato declaratório

DOCUMENTO 2 '12%'

Cruz Vermelha Brasileira

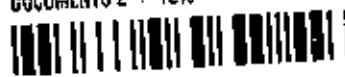
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAIBA

Av. Orestes Lisboa, S/N, Conj. Pedro Gondim Joao Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-050 - CNES: 2593262 - FONE: (33) 3216-5738 / 3216-5775
Boletim de Atendimento Emergencial: 716679

Identificação do paciente			
ID 563248	Nome JUNIOR DA SILVA MEIRELES		Sexo Masculino
Data de nascimento 21/10/1991	Idade 21 Anos	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe MARIA JOSE DA SILVA	Pai JOSE CIPRIANO MEIRELES FILHO		
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) ESPOSA VITÓRIA ISABEL MACENA DO NASCIMENTO - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87246947	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3438331	CNS 203161087870018	
Local de procedência ROGER		Tipo BAIRRO	UF PB
Naturalidade JOÃO PESSOA	CBOR		
Endereço			
CEP 58020320	Município de residência JOÃO PESSOA	Logradouro Rua Iva Soares	
Número 65	Complemento	Bairro Roger	
Admissão			
Data e Hora Prevista 04/10/2013 20:51:32	Número da pulseira 2289205	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA MEDICA	Clínica CLINICA MEDICA E NEURO		
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RESIDENCIA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou TAXI		
Sinais Vitais			
PA mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []
Opac. clínicos	Liquor []	ECG []	Ultrassom []
Diagnóstico			
Atendida por ELIZANGELA CAVALCANTE DE FARIAS	Terço 02/10/2013 22:00		

Imprimir



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JUNIOR DA SILVA MEIRELES,

RG nº 3436-331, data de expedição 24/10/2014,

Órgão SSDS, CPF nº 092.190.494-06, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua. Severino José do Nascimento</u>
Número	<u>157</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Roger</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.020-395</u>
Telefone de contato	<u>(83) 99921-9283 / (83) 3032-1329.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA / 20 / 03 / 2017

[Assinatura]

Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0140836/17
 natalia.silva.0111
 08/08/2017 11:34:48

ASL-0140836/17
 natalia.silva.0111
 08/08/2017 11:34:48

RG nº 34361331-1, data de expedição 24/10/2013
 Órgão SSDS, CPF nº 092.190.494-06, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua. Severino José do Nascimento
Número	157
Aptº / Complemento	
Bairro	Roger
Cidade	JOÃO PESSOA
Estado	Paraíba
CEP	58.020-395
Telefone de contato	(83) 99921-9283 / (83) 3032-1329.
E-mail	

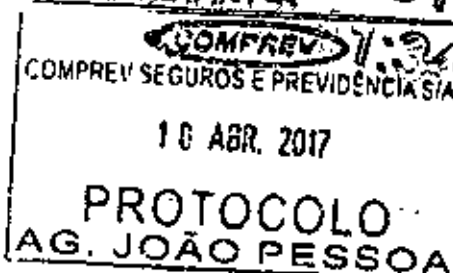
Por ser verdade, firmo-me

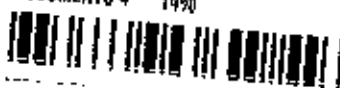
Local e Data: João Pessoa 08/08/2017 11:34:48

ASL-0140836/17
 natalia.silva.0111
 08/08/2017 11:34:48

ASL-0140836/17
 natalia.silva.0111
 08/08/2017 11:34:48

Assinatura do Declarante





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JÚNIOR DA SILVA MEIRELES

DATA DE NASCIMENTO 31/10/91

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 795.232

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 18/11/14

HORA DO ATENDIMENTO 13:46

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) CONTUSÃO DA MÃO E + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA ANTIGA DO 4º QUIRODÁCTILO E

CID 10 S 60.2 + S 68.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando dor forte na mão E. Apresenta amputação antiga do 4º quirodáctilo E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da mão E - AP e P

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Sem alterações + presença de amputação antiga da 3ª falange do 4º quirodáctilo E aos RX. Realizado atendimento, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 18/11/14

DATA DA EMISSÃO: 10/04/15

Dr. Ewerton Nogueira Teixeira
CRM: 2518/PB

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



CRUZ VERDE
HOSPITAL

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Qtd de fraturas de costela
e Qtd de fraturas de membros
superiores

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS

☐ Péricas ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUIDOS

☐ Sim
☐ Não

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: ☐ Imp ☐ SaO₂ %

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow.

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BÚLHAS

☐ Normotónicas ☐ Hipofónicas

☐ Hipofónicas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BE OU BA

☐ Sim ☐ Não

FC:

bmp

PA:

X

mmHg

T:

°C

ECG:

ABDOMEN:

NDU

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras Inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma		Resposta normal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

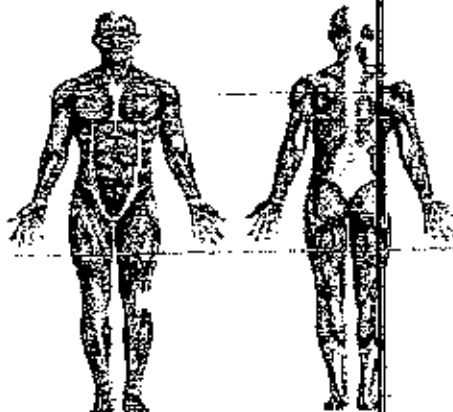
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
10 ABR 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente anexo



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abresão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento Lorácico paradoxal |
| 10 Enmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12-F. Arma Branca | 30 Parálise |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorrágia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma): _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☐ Radiografias ☐ Lavado peritoneal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

fo de Vento
Adotado a p.m.
SM de F.M.

Dr. Carlos M. França
 ASSINATURA E CARIMBO
 030 003792
 Hospital Unimed JP

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

☐ Centro Cirúrgico
☐ Transfêrência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor) _____
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 10 ABR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

21:45

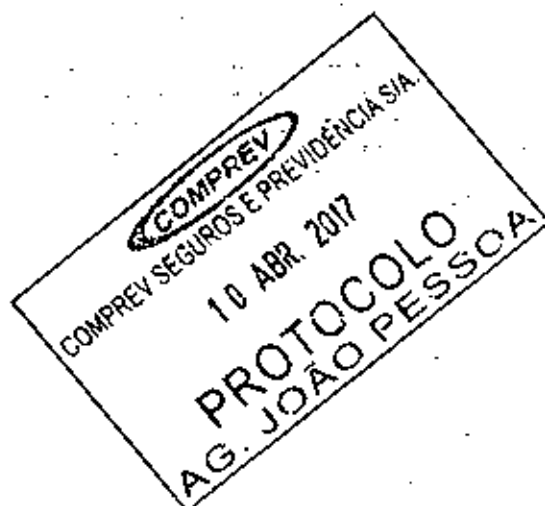
FCC m. m. m.

gui-on put on Tracenta m

4. ad (E)

co. ao ledo m. m. m. m.

Dr. Sávio Brand S. Barros
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PO: 5615 CREMEPE: 18315
RPP: 11340





BE/PRONTUÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Junior DA Silva Henrique

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

06

10

13

Paciente foi submetido
a tratamento
comprimidos de paracetamol
e 1500 ml de soro fisiológico
proximal do local
de trauma e por
dr. OS MINO

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 47125-1
Ortopedia e Traumatologia

06

10

13

Paciente recebeu
tratamento com
soro fisiológico, sem sucesso
de controle da dor
e foi submetido a
ALTA NASCIDA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 ABR. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 47125-1
Ortopedia e Traumatologia

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2593262

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jenifer da Silva Mendes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

776675

7 - CAPTAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/10/91

9 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

maria joia da Silva

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. REG. MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CTDE

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - CTDE

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fio de Kirschner 1,5 - 03

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
10 ABR. 2017PROTOCOLO
AS JOÃO PESSOA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/10/13

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

Ortopedia e Traumatologia

TEOT 5803 - CRM 4309

Girajá de João - Artroscopia

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ORSÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

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

SUS

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

51 - Cód. do Procedimento Especial	52 - CTD
54 - Cód. do Procedimento Especial	55 - CTD
57 - Cód. do Procedimento Especial	58 - CTD
60 - Cód. do Procedimento Especial	61 - CTD
63 - Cód. do Procedimento Especial	64 - CTD
66 - Cód. do Procedimento Especial	67 - CTD
69 - Cód. do Procedimento Especial	70 - CTD
72 - Cód. do Procedimento Especial	73 - CTD
75 - Cód. do Procedimento Especial	76 - CTD
78 - Cód. do Procedimento Especial	79 - CTD
81 - Cód. do Procedimento Especial	82 - CTD
84 - Cód. do Procedimento Especial	85 - CTD
87 - Cód. do Procedimento Especial	88 - CTD
90 - Cód. do Procedimento Especial	91 - CTD
93 - Cód. do Procedimento Especial	94 - CTD
96 - Cód. do Procedimento Especial	97 - CTD

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

COMPREV
COMPLEXO DE SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A
16 ABR 2017
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

SUS

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

2 - CNES

2593262

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.E.T.S.H.L.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jenifer da Silva Mendes

6 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO

716895

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/10/91

9 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

maria joia da Silva

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fio de Kirschner 2,5 - 03

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

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

46 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Prof. Dr. João de Deus Lopes

Especialista em Traumatologia

(F. 01) 1803 - CRM 1309

Clínica de João de Deus Lopes

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

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

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

SUS

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

51 - Cód. do Procedimento Especial	52-QTDE
54 - Cód. do Procedimento Especial	55-QTDE
57 - Cód. do Procedimento Especial	58-QTDE
60 - Cód. do Procedimento Especial	61-QTDE
63 - Cód. do Procedimento Especial	64-QTDE
66 - Cód. do Procedimento Especial	67-QTDE
69 - Cód. do Procedimento Especial	70-QTDE
72 - Cód. do Procedimento Especial	73-QTDE
75 - Cód. do Procedimento Especial	74-QTDE
78 - Cód. do Procedimento Especial	75-QTDE
81 - Cód. do Procedimento Especial	82-QTDE
84 - Cód. do Procedimento Especial	85-QTDE
87 - Cód. do Procedimento Especial	88-QTDE
90 - Cód. do Procedimento Especial	91-QTDE
93 - Cód. do Procedimento Especial	94-QTDE
96 - Cód. do Procedimento Especial	97-QTDE

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
10 ABR. 2017
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



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



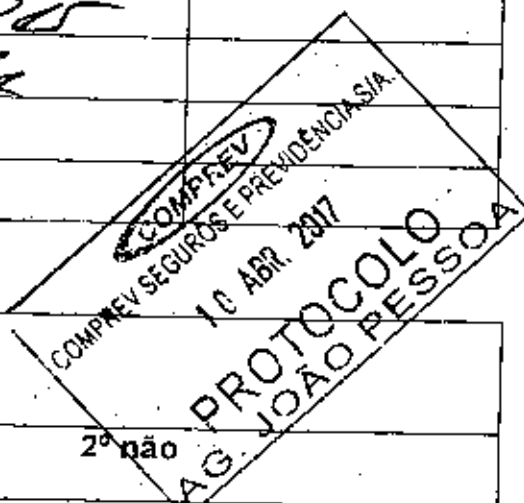
RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>João da Silva Almeida</u>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>D. Paulo</u>		1º Assistente: <u>A. Reis</u>		
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista: <u>D. Paulo</u>		Tipo de Anestesia:	Hora Início:	Hora término:	

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<u>FRACTURA EXP. COSTA L4/L5</u>	
<u>COM FRAGMENTOS</u>	
<u>EM EXTENSORES</u>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<u>TRAT. CIR. FRACTURA L4/L5</u>	
<u>E FENDIDURA EM DOS</u>	
<u>EXTENSORES DA</u>	
<u>COLUNA</u>	

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



05/10/13
João Pessoa - Data

[Assinatura]

[Assinatura]
Dr. Carlos Fabrício de S. Santos
ORTODONTIA ORTOFACIOMAXILODONTOLÓGICA
CRM 10.156/6

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Inclinação:

Achados:

Conduta:

1) Paciente de 45 anos, sexo masculino, com queixa de dor no membro superior direito, com início há 10 dias, associada a limitação de movimento.

2) Exame físico: dor à palpação no antebraço direito, sem edema ou vermelhidão.

3) Radiografia de punho e antebraço direito, sem alterações evidentes. Exame de ressonância magnética de punho e antebraço direito, com lesão de grau II no ligamento transverso do carpo.

4) Realizada a cirurgia de artroscopia do punho e antebraço direito, com reparo do ligamento transverso do carpo.

Assinatura:

Observação:

Data, João Pessoa

de

10

de

13

Assinatura/carimbo

Dr. Carlos Fabrício de S. Santos
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM: 4676

COMPREV
COMPRESSÃO E FREQUÊNCIA

ASS 2017

PROTÓCOLO
AG JOÃO PESSOA



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: <u>Yunio da Silva Mireles</u>					
IDADE: <u>25</u>	SEXO: <u>M</u>				
CONTUÁRIO: <u>716679</u>	ENFERMARIA: <u></u>				
LEITO: <u></u>					
CIRURGIA: <u>Trat. cirúrgico de apêndice apêndice da mãe + Têcnica</u>					
CIRURGIÃO: <u>Domício</u>	PAIX: <u>Romulo</u>				
ANESTESIA: <u>Bloqueio de plano</u>					
ANESTESISTA: <u>Pedro</u>					
INSTRUMENTADOR: <u></u>					
DATA: <u>05/01/83</u>	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: <u>00</u> FIM: <u>00</u> CIRURGIA: INÍCIO: <u>00</u> FIM: <u>00</u>				
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
OROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	3.0
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	2.0
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLILACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLILACTINA Nº	
LEVORUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENKERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR.	20	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVIA ESTÉRIL Nº7.0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVIA ESTÉRIL Nº7.5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MODAZOLAN		LUVIA ESTÉRIL Nº8.0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVIA ESTÉRIL Nº8.5		FITA CARDÍACA	
NDMBUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PVC	
PEFIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	1.5
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEDMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEDMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT FAM	
BEXTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CETAZOLINA	18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			IMPRESA
DEXAMETASONA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPIRONA SÓDICA		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICIS	
EFEEDINA		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICIS	
FUROSEMIDA		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONDOSO	
GLICOSE 50%		TORNEXINHA		PARAFUSOS ESPONDOSO	
GLUTONATO DE CÁLCIO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALPOLAR	
HIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALPOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL					
PROSTIGMINE					
PROTAMINA					
TENOXICAN					
EQUIPAMENTOS					
() ASPIRADOR					
() BISTURI ELÉTRICO					
() CAPNÓGRAFO					
() CARDIOMONITOR					
() DESFIBRILADOR					
() FOCO AUXILIAR					
() FOCO CENTRAL					
() MICROSCÓPIO					
() ODMETRO DE PULSO					
() A INVASIVIDADE INVASIVA					
() PERFURADOR ELÉTRICO					
() SERRA					
CIRCULANTE					

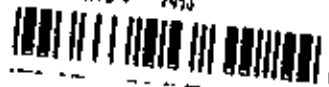


GOVERNO DO ESTADO DA PARÁ/BA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

FICHA DE
ANESTESIA

DATA	05/10/13	PACIENTE	Junior DA SILVA MEIRELES	SEXO	M	COR	A	IDADE	27	REGISTRO	
HOSPITAL	HEETMIL	CATEGORIA	SUS	ACOMODAÇÃO		ENDEREÇO DO PACIENTE - FONE					
PRESSÃO ARTERIAL	120/80	PULSO	100	RESPIRAÇÃO	SPONTANEO	TEMPERATURA	36,5	PESO	70 kg	GRUPO SANGÜÍNEO	
ESTADO GERAL	BOM ☐	REGULAR ☒	MAU ☐	PESSIMO ☐	RISCO CIRÚRGICO	BOM ☐	REGULAR ☒	MAU ☐	PESSIMO ☐		
EXAMES COMPLEMENTARES											
AP. RESPIRATÓRIO						AP. CIRCULATÓRIO					
AP. DIGESTIVA						ESTADO MENTAL					
PRÉ-ANESTÉSICO						DROGAS EM USO					
DOSE/HORA						ESTADO FÍSICO (ASA)					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						1 2 3 4 5 6 E					
CIRURGIÁ REALIZADA											
CIRURGIÃO						AUXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA				TÉRMINO DA ANESTESIA				DURAÇÃO DA ANESTESIA			
GO DO PROCEDIMENTO				QUANT. DE OX				VALOR R\$			
JESIST				CPF				CRM			
AGENTE				HORA							
ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐											
TÉCNICA											
LÍQUIDOS											
GLICOSE											
NaCl											
SANGUE											
RINGER											
TOTAL											
DESTINO DO PACIENTE											
ASSINATURA DO ANESTESISTA											

COMPREV
COMPREV SEGUR. PREVIDENCIÁRIA
11.04.2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JÚNIOR DA SILVA MEIRELES

DATA DE NASCIMENTO 31/10/91

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 795.232

N.º PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 18/11/14

HORA DO ATENDIMENTO 13:48

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO(S) CONTUSÃO DA MÃO E + AMPUTACÃO TRAUMÁTICA ANTIGA DO 4º QUIRODÁCTILO E

CID 10 S 80.2 + S 68.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando dor forte na mão E. Apresenta amputação antiga do 4º quirodáctilo E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS

RX da mão E - AP e P

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.

10 ABR. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Sem alterações + presença de amputação antiga da 3ª falange do 4º quirodáctilo E aos RX. Realizado atendimento, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 18/11/14

DATA DA EMISSÃO: 10/04/15

Dr. Ewerton Noronha Teixeira

CRM: 2816/PB

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



CURVILHA
PACIENTE

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO

TRAUMA

EXAME PRIMÁRIO

AS

AÉREAS () Pêlvias () Obstruídas

CERVICAL (MOBILIZADA: () Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA-MÉDIA () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

() Presente e normal

() Rudo

() Diminuído

() Ausente

2- RUÍDOS

() Sim

() Não

HTD - Roncos

Sibilos

Estertores

HTD - Roncos

Sibilos

Estertores

FR: 120 60 80

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Piorreagente

() Periladas

() Isocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

() Anisocóricas

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

() Normal () Pálida () Cianótica

() Pleórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE:

() Normal () Quente () Fria

PULSO

() Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RITMO

() Regular () Irregular () Ausente

BULHA

() Normotônicas () Hipotônicas

() Hipofônicas () Ausente

SOPRO

() Presente () Ausente

BE OU B4

() Sim () Não

FC: 120 bpm PA: 80 mmHg

ECG: 120 bpm

ABDOMEN:

() Normal () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

Ata de exame físico e de
exame de laboratório
de 12/04/2017

12:34:47

COR DA PELE:

() Normal () Pálida () Cianótica

() Pleórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE:

() Normal () Quente () Fria

PULSO

() Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RITMO

() Regular () Irregular () Ausente

BULHA

() Normotônicas () Hipotônicas

() Hipofônicas () Ausente

SOPRO

() Presente () Ausente

BE OU B4

() Sim () Não

FC: 120 bpm PA: 80 mmHg

ECG: 120 bpm

ABDOMEN:

() Normal () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

() Abundante () Ausente

() Ausente () Abundante

TOTAL:

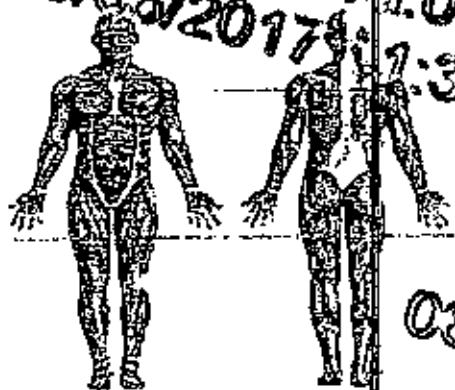
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
10 ABR 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

F(NG).CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () NS () Sim:
 MEDICAMENTOS: () NS () Sim:
 IMUNIZAÇÃO: () NS () Sim:
 PATOLOGIA: () NS () Sim:
 AUMENTOS INGERIDOS: () NS () Sim:

LOCAL DA LESÃO: () NS () Sim:



1. Abreção
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalamento
9. Erisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma Branca
13. F. Arma de Fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-Contuso
17. F. Perfuro-Contuso
18. F. Perfuro-Cortante

19. Fratura Óssea Fechada
20. Fratura Óssea Aberta
21. Hematoma
22. Injúria do Nervoso
23. Laceração
24. Lesão Tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinais de Isquemia
36. H

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma): % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS:

- () Radiografias
 () Ultrassonografia (FAST)
 () Tomografia computadorizada

- () Lavado peritoneal
 () Gasometria arterial
 () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicitado parecer da: _____ do dia ____ de ____
 Solicitado parecer da: _____ do dia ____ de ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA: _____
 SAÍDA: _____
 HORAS: _____

() Centro Cirúrgico
 () Transfência (unidade de saúde)
 () Internato (setor)
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revoga () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JML () SVO

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 10 ABR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

21:45

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

Dr. Sâvio Brandão S. Barros
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PB: 5515 CREMEP: 18315

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

COMPREV
COMPRESSO E PREVIDÊNCIA S/A
06/06/2017 11:34:41
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde						3 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA						2593262	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE CUIDANTE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA						4 - CNES	
Identificação do Paciente						5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE JUNIA DA SILVA LIMA						776678	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO						10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE						12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						17 - CDD, CCE MUNICÍPIO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						18 - UF	
19 - CEP						20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI)	
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR						22 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA						24 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL						26 - CDD 10 PRINCIPAL	
27 - CDD 10 SECUNDÁRIO						28 - CDD 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL						30 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI EM DIÁRIA DE ACOMPANHANTE						32 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						34 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						38 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
Fio de Kirschner 1,5 - 03.34.							
ASL-012							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						43 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
44 - DOCUMENTO						45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - CDD, CCE MUNICÍPIO						49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
50 - DOCUMENTO						51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
52 - ASSINATURA E CARIMBO (R) DO REGISTRO DO CONSELHO						53 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

SUS

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - CTOR
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - CTOR
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - CTOR
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - CTOR
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - CTOR
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - CTOR
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - CTOR
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - CTOR
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - CTOR
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - CTOR
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - CTOR
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - CTOR
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - CTOR
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - CTOR
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - CTOR
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - CTOR

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
 100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

101 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
 102 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

16 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
 ASL-0140636/17
 natalia.silva.0111
 8/08/2017 11:34:41

 ASL-0140636/17
 natalia

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2593262	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		14 - CNES	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA			

Identificação do Paciente		10 - RACIA COR		10.1 - ETNIA	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
Júlia da Silva Mendes		31/10/91		Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
		maria da Silva			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO		15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CDD, 9955 MUNICÍPIO		18 - UF	
Cotacema					
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		19 - CEP			
119-0					

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	22 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	24 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL	26 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
27 - CID 10 PRINCIPAL	28 - CID 10 SECUNDÁRIO
29 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	31 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
32 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	DIÁRIA DE UTI TIPO I
DIÁRIA DE UTI TIPO II	DIÁRIA DE UTI TIPO III
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
40 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
Fio de Kenderen 1,5 - 03.35	
ASL-010	

PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
42 - DOCUMENTO		45 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
46 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - CDD, ORGÃO EMISSOR		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
50 - DOCUMENTO		51 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO				
50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 51 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 52 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 54 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 55 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 57 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 58 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 60 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 61 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 63 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 64 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 66 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 67 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 69 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 70 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 72 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 73 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 75 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 76 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 78 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 79 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 81 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 82 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 84 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 85 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 87 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 88 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 90 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 91 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 93 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 94 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 96 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 97 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 98 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 99 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 100 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 52 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 53 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 54 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 55 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 56 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 57 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 58 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 59 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 60 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 61 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 62 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 63 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 64 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 65 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 66 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 67 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 68 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 69 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 70 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 71 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 72 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 73 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 74 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 75 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 76 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 77 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 78 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 79 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 80 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 81 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 82 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 83 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 84 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 85 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 86 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 87 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 88 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 89 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 90 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 91 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 92 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 93 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 94 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 95 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 96 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 97 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 98 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 99 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 100 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
16 ABR 2017

PROTOCOLADO
G. JOÃO PESSOA

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/2017 11:34:41

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
16 ABR 2017

PROTOCOLADO
G. JOÃO PESSOA

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/2017 11:34:41

99 - ASSINATURA E CARIMBO (RP DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 100 - ASSINATURA E CARIMBO (RP DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	99 - ASSINATURA E CARIMBO (RP DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 100 - ASSINATURA E CARIMBO (RP DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
---	---



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUGENA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Natalia Silva Registro: 038/17
Idade: 34 Sexo: F Cor: P Clínica: 0111 EMP: 0111 LR: 0111
Data: 03/08/2017 Cirurgião: A. Pereira 1º Assistente: A. Pereira
2º Assistente: A. Pereira 3º Assistente: A. Pereira Instrumentador: A. Pereira
Anestesista: A. Pereira Tipo de Anestesia: 0111 Hora Início: 08:00 Hora término: 11:30

Diagnóstico(s) Pós-Operatório	CID
<u>FRATURA EXPÔS</u>	
<u>DE HUMERUS DEXTRO</u>	
<u>FRATURA EXPÔS</u>	
<u>DE HUMERUS SINISTRO</u>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<u>TRAT. CIRÚRGICO</u>	
<u>E TENDINOTOMIA DOS</u>	
<u>FOSSOS</u>	
<u>DO</u>	

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

João Pessoa - Data

Dr. Carlos Fabrício de J. Santos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 55.875 Médico CRM

COMPROV. SEGUR. E PREVIDENCIA SIA
10 ABR. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASL-0977

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

ASI

Posição e Preparo:

Inclinação:

Achados:

Conduta:

1) Paciente com dor no ombro direito há 12 meses, piorando com o tempo e com a realização de atividades cotidianas.

2) Dor insuportável à noite, necessitando de analgésicos.

3) Exame físico: ombro direito com dor à palpação, especialmente na região do manguito rotador.

4) Exame de imagem: radiografia de ombro direito em incidência anteroposterior e lateral, demonstrando alterações compatíveis com artrose degenerativa.

5) Exame de imagem: ultrassom de ombro direito, demonstrando espessamento da cápsula articular e alterações da morfologia dos tendões do manguito rotador.

6) Exame de imagem: ressonância magnética de ombro direito, demonstrando alterações compatíveis com artrose degenerativa e tendinopatia do manguito rotador.

7) Exame de imagem: tomografia computadorizada de ombro direito, demonstrando alterações compatíveis com artrose degenerativa.

8) Exame de imagem: cintilografia de ombro direito, demonstrando alterações compatíveis com artrose degenerativa.

9) Exame de imagem: exame de imagem complementar de ombro direito, demonstrando alterações compatíveis com artrose degenerativa.

10) Exame de imagem: exame de imagem complementar de ombro direito, demonstrando alterações compatíveis com artrose degenerativa.

11) Exame de imagem: exame de imagem complementar de ombro direito, demonstrando alterações compatíveis com artrose degenerativa.

12) Exame de imagem: exame de imagem complementar de ombro direito, demonstrando alterações compatíveis com artrose degenerativa.

13) Exame de imagem: exame de imagem complementar de ombro direito, demonstrando alterações compatíveis com artrose degenerativa.

14) Exame de imagem: exame de imagem complementar de ombro direito, demonstrando alterações compatíveis com artrose degenerativa.

15) Exame de imagem: exame de imagem complementar de ombro direito, demonstrando alterações compatíveis com artrose degenerativa.

Data: João Pessoa, de 13/08/2017

Assinatura/carimbo

Dr. Carlos Roberto de Sousa
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM: 4670

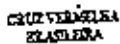
COMPRESSÃO DE PRECIPITADO

Amostragem:

Observação:

Amostragem:

Amostragem:



לא יאכל

SYNOPSIS (2) - 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL - P. 017

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENFÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

João Pessoa

31/10/1991

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REABTINO

DATA DE

3.436.331 -2 VIA

EXPECÇÃO

24/10/2014

NAME

JUNIOR DA SILVA MEIRELES

RAÇÃO

JOSE CIPRIANO MEIRELES FILHO

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

31/10/1991

DOC ORIGEM

INASC. N. 4.531 FLS. 055

31/10/1991

092.190.494-06

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/63

Entrada

18/11/14

DOCUMENTO 5 *15%



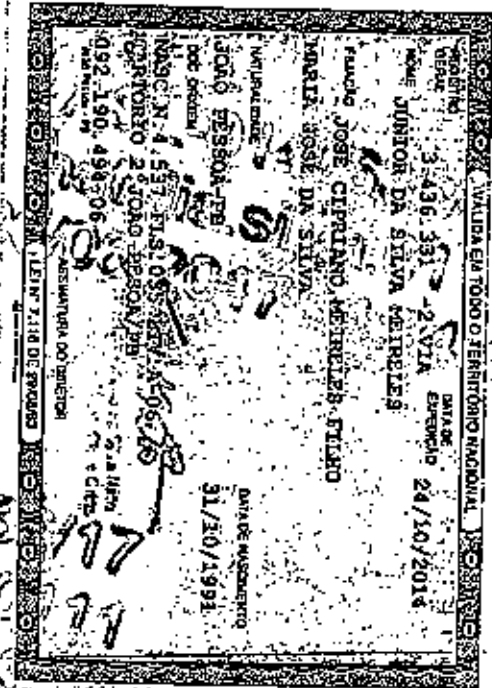
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

1º ABR. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/08/2017 11:34:44

DOCUMENTO 5
ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/08/2017 11:34:44

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/08/2017 11:34:44

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/08/2017 11:34:44

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
16 ABR 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
0140636/17
natalia.silva.0111
11:34:44

DOCUMENTO 6 "T8%"



ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017

COMPREV
COMPREV-SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
PROTOCOLO
AG 13040 PESSOA

17
11
8:29

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

17
11
8:29

SEGIRO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
ANDADORES DE VIA TERRESTRE CU POR SUA CATEGORIA A PESSOAS
TRANSPORTADAS CU HAD: SEGIRO PRIVAT

17
11
8:29



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE (DAMS)

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Júnior da Silva Meireles

DATA DO ACIDENTE 10/11/2014 CPF DA VÍTIMA 092.190.494-06

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Júnior da Silva Meireles

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Rá Vítima () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Júnior da Silva Meireles.

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Severino José do Nascimento

Nº 157 COMPLEMENTO BAIRRO Roque

CIDADE João Pessoa UF PB CEP 51020-395

E-MAIL TELEFONE (83) 99921-9283

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTERÁ DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERÁ DE TRABALHO DO CARTERÁ NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () 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)
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERÁ DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERÁ DE TRABALHO DO CARTERÁ 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)
 - () ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
- OBS: O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM RECEBERÁ A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODENDO SER O PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTERÁ DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERÁ DE TRABALHO DO CARTERÁ 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERÁ DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERÁ DE TRABALHO DO CARTERÁ 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 16 ANOS, PODE SER O 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANHISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 20/03/2017

DATA

NÚMERO 3436-331

ASSINATURA

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER

Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE (DAMS) ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Júlia da Silva MeirelesDATA DO ACIDENTE 10/11/2014 CPF DA VITIMA 092.140.494-06PORTADOR DO DOCUMENTO Júlia da Silva MeirelesQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Meireles () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARENTESCO COM A VITIMA MeirelesENDEREÇO DO PORTADOR Rua Severino José do NascimentoNº 154 COMPLEMENTO BAIRRO ROQUECIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58020-345E-MAIL joao.pessoa@joao.pessoa.pb.gov.br TELEFONE (31) 99921-9283

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:
- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPECÍDIO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 - () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 - () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 - () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 - () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM 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 DO 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)
- () ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

OBS: APRESENTAR O LAUDO DE OCORRÊNCIA EXPECÍDIO PELA AUTORIDADE POLICIAL, DE 0 A 15 ANOS, PODENDO SER O LAUDO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPECÍDIO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (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 E OUTRAS
- () NOTAS FISCAIS ORIGINAIS E LEGÍVEIS DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEBIMÉNTO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM 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)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.594/74.
- DESPESAS MÉDICAS (PARTE) - 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, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE 0800 545 0800 0800 022 1104.

PORTADOR DO DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/03/2014ASSINATURA 3436-33L

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

ASSINATURA

ASSINATURA João da Silva ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217459/17
Vítima: JUNIOR DA SILVA MEIRELES
CPF: 092.190.494-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/11/2014
Titular do CPF: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JUNIOR DA SILVA MEIRELES : 092.190.494-06

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.

Portador da documentação entregue

Data: 06/06/2017
Nome: JUNIOR DA SILVA MEIRELES
CPF : 092.190.494-06

JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 06/06/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA