

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00018

CONTA: 00001037146-2

---

Nr. da Autenticação B7D6E5AD18555729

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190086038      **Cidade:** Nossa Senhora das Dores      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVALDO MOTA DA SILVA      **Data do acidente:** 19/10/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MAXILAR DIREITO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.  
FRATURA DE COTOVELO DIREITO (TRÍADE TERRÍVEL).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (RESSECÇÃO PARCIAL DA CABEÇA DO RÁDIO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE COTOVELO DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## 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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

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

---

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190086038**      **Vítima: ROSIVALDO MOTA DA SILVA**

**Data do Acidente: 19/10/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROSIVALDO MOTA DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =      R\$ 2.531,25

**Recebedor: ROSIVALDO MOTA DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 047**

**Agência: 000000018**

**Conta: 000001037146-2**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

054.978.795-00

Rosivaldo Mota da Silveira

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

Nome completo:

Rosivaldo Mota da Silveira

CPF:

054.978.795-00

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

43600-000

Centro

Novo Senhor das Dores

SG

E-mail:

Marcosdegloria@gmail.com

Tel.(DDD):

29-999

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00

 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

 Bradesco (237)  Itaú (341)

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banestel

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 018

CONTA: 01037146

02

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

 Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: Novo Senhor da Glória, 17.01.19

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES - AISP - NOSSA  
SENHORA DAS DORES - SE

31 JAN 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001308/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/01/2019 11:17 Data/Hora Fim: 04/01/2019 11:40

Delegado de Policia: Marcos José Garcia da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora Das Dores - Aisp

Data/Hora do Fato: 19/10/2018 22:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora das Dores (SE)

Bairro: Outro

Logradouro: Rodovia SE que liga Dores a Capela

CEP: 49.600-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSIVALDO MOTA DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 10/09/1992  
Profissão: Técnico Agrícola Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Neuza Mota da Silva Nome do Pai: Roberto Cardoso da Silva  
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 054.978.795-00

Endereço

Município: Nossa Senhora das Dores - SE  
Logradouro: Rua José Figueiredo Barreto Nº: 373  
Bairro: centro CEP: 49.600-000  
Telefone: (79) 99914-7809 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Velículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	054.978.805-09	Placa	QMC8480
Renavam	01136353701	Número do Motor	KD08E1H445857
Número do Chassi	9C2KD0810HR445855	Ano/Modelo Fabricação	2017/2017
Cor	Vermeia	Município Veículo	Nossa Senhora das Dores
Marca/Modelo	HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
<u>Nome Envolvido</u>		<u>Envolvimentos</u>	
Rosivaldo Mota da Silva		Possuidor	

Delegado de Polícia Civil: Marcos José Garcia da Rocha

Impresso por: Rodrigo Guimarães Pereira

Data de Impressão: 04/01/2019 11:41

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

31 JAN 2019

EDS MAL 10

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001308/2019

### RELATO/HISTÓRICO

Relata que vinha da Usina Campo Lindo para esta cidade, quando o pneu da moto derrapou em uma cana que estava na pista, perdeu o controle do veículo, vindo a cair; Que foi socorrido e encaminhado a Clínica da Família desta cidade, onde teve os primeiros socorros e por volta das 04:30h hora do dia seguinte foi encaminhado ao Hospital João Alves Filho (HUSE) em Aracaju, conforme Relatório Médico apresentado nesta Delegacia.

### ASSINATURAS

Rodrigo Guimarães Pereira  
Responsável pelo Acolhimento

Rosivaldo Mota da Silva  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (assine) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia, 340-Munição e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos de o. Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rosvaldo jato da silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.978.795,00

do sinistro de DPVAT cobertura moradia

da Vítima Rosvaldo jato da silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.978.795,00

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua 100 Silveira</u>	Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>Ex-tarau</u>
Bairro:	<u>Brasília</u>	Cidade:	<u>Brasília</u>	Estado:	<u>DF</u>
E-mail:	<u>marcosduarte90@gmail.com</u>			CEP:	<u>709.680-000</u>

Local e Data: N. Gra. Da Glória 17-01-19

Jose Marcos de Oliveira Rosa  
Assinatura do Declarante

31 JAN 2019

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosivam nota da Silva,  
RG nº 2585842-4, data de expedição 03/11/2008  
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 059.978.805-09, com  
domicílio na cidade de NOSSA SENHORA DAS DORES, no Estado de  
SERGIPE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua José Figueiredo Barreto, nº 373,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víctima Rosivaldo nota da Silva, cujo o condutor era  
Rosivaldo nota da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA Bros 160  
Ano: 2017  
Placa: QMC-8480  
Chassi: 4C2KD0810HR495855  
Data do Acidente: 19/10/2018  
Local e Data: Dores / 19 de outubro 2018

X Rosivam nota da Silva  
Assinatura do Declarante



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

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS**  
NOSSA SENHORA DAS DORES - SE

Leia Notação Correta de Nascimento - TRAILER  
Carolina Jorge Rodrigues Soárez - SUBSTITUTA  
Fone: 0800 28 60 127 - 0800 28 76 025 - Site: www.tjse.jus.br

Consegui por Autenticidade a firma de ROSIVAM  
NOTA DA SILVA em 15/01/2019 13:41:16 e dou fé  
Em testemunho da verdade. ESCREVENTE  
ALESSANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE Emol. R\$ 6,98  
FERD R\$ 1,40, Total R\$ 8,38 Selo:  
201929560000641, Site: www.tjse.jus.br/x/3TCMKz

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO**  
Alessandra Santos de Lima Andrade  
Escrevente

NOME DO PACIENTE: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

DATA DA ENTRADA: 20/10/2018

DATA DA SAÍDA: 1/1/1

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS ( ) ENFERMARIA ( ) UTI ( )

## HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTA, APRESENTANDO FRACTURA  
EM CLAVÍCULA DIRÍGITA, FRACTURA DE ROTOVELO DIRÍGITO, FRACTURA DO  
SEIO MAXILAR DIRÍGITO ESTA COM IMPLANTAÇÃO DE TRATAMENTO CONSERVADOR.  
AS DEMAS FRACTURAS TRATADAS COM TALO DESSAO, TENDO SUA TRANS-  
FERENCIADA PARA F.B.H.C PARA CONTINUACAO DO TRATAMENTO  
EM 23.10.2018

## HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não ocorreu nenhuma cirurgia

## EXAMES COMPLEMENTARES:

TOPOGRAFIA DE CRANIO, RADIOTOMIAS, HEMOGLOBINA

## MÉDICOS ASSISTENTES:

DRA. AMANDA OLIVEIRA

DRA. PATRICIA GALALDO

DR. ILONACIS RODRIGUES

DR. FRANCIS LIMA DE LASCARRELOS

DR. WASHIKOTO BATISTA

DR. ADRIANO FRANCO CARMO

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ( ) TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

ARACAJU, 03 de DEZEMBRO de 2018

Izac Souza de Mendonça  
CPF: 201.951.925-91  
Médico  
CRM / SE 1518

Izac Souza de Mendonça  
CPF: 201.951.925-91  
Médico  
CRM / SE 1518

Izac Souza de Mendonça  
CRM / SE 1518

Izac Souza de Mendonça  
CRM / SE 1518



# Ortopedia

PROS MARTE

06:30

Saínte com dor na clavícula  
no cíngulo ①

Dor + deformidade do cotovelo  
Rx - Frx/Lx de cíngulo  
Tendão serrátil

② Redução + Tala furada  
Injeção  
+ Tc de cíngulo

Dr. Ronald Barreto  
Proteção de Mão e Punho  
CRM-SE 2759

Peso NC:

Saínte vítima de acidente  
de moto com capacete, só pôde  
de consciente, ofuscado.  
ECA=15. Nigra céfalo e  
torax.

No crânio se observaram  
multiple fraturas +/a hemorragias  
No crânio normal

cd: Alterado NC

Atm an. lato de ortopedia

Dr. Antônio Carlos Silveira de Andrade  
Neurocirurgião  
CRM-SE 2759

BMF  
20/10/18

+c: Fratura de penas de peso morto ②. Trajano conserva

ACTA BMF  
A. Antônio

Alvaro M.  
CRM-SE 2759  
CRO 143

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: Rosivaldo Mota da Silva

SEXO: ( ) FEMININO  MASCULINO IDADE: 26 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE: HU SE (União Trauma), Dr. Sny

DESCRÍÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente trazido pelo Colégio de trabalhadores, nove  
quintal de moto e 15 minutos, sem  
uso de capacete. Neurônio simpático, tênis,  
calça e mochila. Requer dor no abdômen.  
Exame: neoplasia de hidatida abdominal, EF;  
NEG, ECG: 14, pupila ~~patológica~~, no ouro  
alto esquerdo, FC: 86bpm, FR: 18ipm, Sc: 102; 96% de oxigênio,  
PA: 130x80. Acl: RCR = 21,4 mm. A1: Hb 10,5  
g/dL, Ht 31,4%, Vcs: 3000 pmc, Escorpião e  
cento e ~~cinco~~ (cinco) mortais de Colégio a 1000 e  
duzentos acidentes. Fratura interna e  
extremidade e possivel luxação de ombro. ⑤

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

① Protocolo de trauma, ② NOV, ③ NC  
1000 — l, 1V; ④ Rendamis do nártex  
e Colégio, ⑤ Magétonina ótica.  
⑥ SUD, (01:00m) ⑦ NC 500 e, em 5

PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PREScrição MÉDICA

Nome:

Ronaldo Mota da Cunha

Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

DATA HORA

20/10 045

PREScrição

HORÁRIO

Olhos Grandes

①  $\frac{1}{2}$  ml EV 0/8h

② Diprivan 4ml EV 0/6h

③ Tramadol 100mg EV 12/12h

④ Replan 2g EV 8/8h

⑤ Real de Ortopedia - Enfermar  
apar a TC.

⑥ Ameproxal 100

Dr. Ronald Barreto

⑦ Ameproxal 400g EV 1x/dia

Dr. Ronald Barreto  
Ortopedia - Enfermar

MS-DATASUS  
VERSÃO: 15.60

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1  
DATA: 07/11/2018

O.E: M280030801

ESFERA: PRIVADO

Tipo: 01-INICIAL

APRESENTAÇÃO: 11/11/2018

Data Autorização: 23/10/2018

Num AIH: 281810016458-3

Situação: APURADA

Apresentação: 11/11/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 190136126980000

Doc med resp: 206790614650009

Doc diretor clínico: 206790614650009

Doc Médico solic: 980016000138321

CNS: 70630577452517-9

CNES: 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Paciente: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

Data Nasc.: 10/09/1992 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Nome da Mãe: NEUZA MOTA DA SILVA

Responsável pac.: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APPLICA

Telefone: (79)9991-47809 Muda Proc.? NÃO

Endereço: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO 373 Bairro: CENTRO

Município: 280480 - NOSSA SENHORA DAS DORES: SE CEP: 49600-000

Procedimento solicitado: 04.08.02.054-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO

Procedimento principal: 04.08.02.054-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO

Diag. principal: S530-LUXACAO DA CABECA DO RÁDIO

Diag. secundário:

Causa Obito:

Modalidade: HOSPITALAR

Complementar:

Caráter atendimento: 02 - URGÊNCIA

Data internação: 23/10/2018

Data saída: 25/10/2018

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior:

AIH Posterior:

Liberação SISAIH01:

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador: - / -

Vínculo Previdência:

CNAER: -

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor pr	Qtde	Gmot	Descrição
	2 0408020547 190125400140018 225151(6)		3359948	3359948	1	10/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar						TOTAL	
	Direto		Direto		Rateado			
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
VALORES DA PRÉVIA								
Total Geral:	201,27		33,04		77,11		311,42	

CID SECUNDÁRIO

Cid: V299

Característica: PREEXISTENTE

Descrição:

MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Vivos:

Mortos:

Número de Saldas

Altas: Transf.:

Óbitos:

Nº Pré-Natal:

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

20/11/18  
Dra. Ana Lise  
Supervisora  
12/10/2018 - 10/11/2018  
12/10/2018 - 10/11/2018



Sistema  
Único de  
Saúde  
SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTEGRAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL  
CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ROSIVALDO MOTA DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706305774526179

11 - NOME DA MÃE

NEUZA MOTA DA SILVA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

o mesmo

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO N.º37?

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Nossa Senhora das Dores

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

puente ultima de queca de mob há 01 dias  
com bri edema e deformidade em abdome e clav-  
ula 0  
do Paciente  
MOTRASIVA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

10/09/1992

10/09/1992

8-3

Fem. 3

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 79

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 79

16 - UF

SE

18 - CEP

49600-000

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

exame clínico + RX

(V29.9)

Vagg

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID-10 PRINCIPAL

CID-10 SECUNDARIO

CID-10 DAUSAS ASSOCIADAS

diálex abdo + clavula

550

590

0908020547

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

37 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

38 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

39 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

40 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

41 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

43 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

44 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

45 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

47 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

50 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

51 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

52 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

53 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

54 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

55 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

56 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

57 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

58 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

59 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

60 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

61 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

62 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

63 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

64 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

65 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

66 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

67 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

68 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

69 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

70 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

71 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

72 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

73 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

74 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

75 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

76 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

77 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

78 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

79 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

80 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

81 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

82 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

83 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

84 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

85 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

86 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

87 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

88 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

89 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

90 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

91 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

92 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

93 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

94 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

95 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

96 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

97 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

98 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

99 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

100 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

101 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

102 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

103 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

104 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

105 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

106 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

107 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

108 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

109 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

110 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

111 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

112 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

113 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

114 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

115 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

116 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

117 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

118 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

119 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

120 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

121 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

122 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

123 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

124 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

125 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

126 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

127 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

128 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

129 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

130 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

131 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

132 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

133 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

134 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

135 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

136 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

137 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

138 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

139 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

140 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

141 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

142 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

143 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

144 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

145 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

146 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

147 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

148 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

149 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

150 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

151 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

152 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

153 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

154 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

155 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

156 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

157 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

158 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

159 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

160 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

161 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

162 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

163 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

164 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

165 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

166 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

167 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

168 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

169 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

170 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

171 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

172 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

173 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

174 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

175 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

</



F.B.H.C - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF:SE CEP:49 75-170  
FICHA DE ADMISSAO HOSPITALAR

ATT

anna.soares

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria  
DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim  
DATA: 23/10/2018 11:17:14  
TIPO: Urgência  
CONVENIO: SUS INTERNO  
PROFISSIONAL: 866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

LE TO: ✓ ORT BUZO D06 - Ortopedia I

PACIENTE

CA TAO SUS:706305774526179

ATENDIMENTO: 1057574  
NOME: ROSIVALDO MOTA DA SILVA  
ENDERECO: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO N° 373  
BAIRRO: Centro UF SE CEP: 49600000  
CIDADE: Nossa Senhora das Dores CP 05497879500  
FONE: 99914-7809/99928-2901 R.: 25658416  
DATA NASC.: 10/09/1992 IDADE: 26 SEXO: Masculino  
EST. CIVIL: Solteiro PR FISSAO  
NOME DO PAI: ROBERTO CARDOSO DA SILVA  
NOME DA MAE: NEUZA MOTA DA SILVA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL:

ENDERECO: CIDADE: UF  
BAIRRO:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: 852.0-Fratura da extremidade superior do cubito (ulna)  
ORIGEM: Nossa Senhora das Dores  
DIAS INTERNAMENTO: 9999  
PROC.SUS: 041503001-3 Tratamento Cirurgico Em Politraumatizados  
AIH.:

Lindane Mota Souza  
Secretaria Clínica I  
Mat. 89441

Carina das Santos Souza  
Matrícula / 97240  
Secretaria Clínica / FBHC

**DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - ROSIVALDO MOTA DA SILVA****crl.complexoregulatorio.org**

&lt;sigau.regulacaodeleitos2@gmail.com&gt;

Para: nirhuse crpe &lt;nirhuse.crpe@gmail.com&gt;, REGULAÇÃO HC &lt;regulacaohc@gmail.com&gt;

22 de outubro de 2018

16:48

Boa tarde. Segue cód. autorizativo.

**RL2210HCO1D6YL5**

Atenciosamente,

Yuri Lobão

Médico Regulador

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuações, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados pelo COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. A presente mensagem, suas continuações, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados por e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Ficá terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. O Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe, terá e se valerá do direito de pleitear reparação material, moral e de todas as ordens e níveis pelos danos causados pela utilização indevida das informações e de requisitar a aplicação das penalidades cabíveis e previstas na legislação brasileira vigente.

Em seg, 22 de out de 2018 às 13:38, nirhuse crpe &lt;nirhuse.crpe@gmail.com&gt; escreveu:

Boa Tarde, Segue em anexo documentação do referido paciente para avaliação

Att,

GOVERNO DE SERGIPE  
SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU  
COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO  
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS  
DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV

NOME DO PACIENTE: <b>ROSIVALDO MOTA DA SILVA</b>		DATA DE ADMISS	20/10/18
NOME DA MÃE: <b>NEUZA MOTA DA SILVA</b>		DATA DE NASCIM	10/09/92
ENDERECO: <b>RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO</b>		IDADE:	26
CNS: <b>706305774526179</b> PLANO DE SAÚDE: <b>NÃO</b>		ESTADO:	<b>SERGIPE</b>
NATURALIDADE: <b>NOSSA SENHORA DAS DORES-SE</b>		MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <b>DAS DORES</b>	
TELEFONE PARA CONTATO: <b>79 - 998081322</b>		REGIÃO DE SAÚDE:	

UNIDADE PRODUTIVA:	PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL ( ) ÁREA VERDE (X) OUTROS: _____
--------------------	--

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO: DOR EM CLAVICULA D + COTOVELO D

DEFENSE ATTACHMENT

ESTRUTURA ATOMICA E FISICA QUANTICA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
ROQUE ALVIO MOTA DA SILVA  
NOVAZ MOTA DA SILVA  
RUA 400 - FIGUEIREDO BATISTE  
CEP 59000-000 - PIAUÍ - BRASIL

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:  
NÃO

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS(ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)  
**RX + LABORATORIO + ECG**

RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)  
**FRATURA DE CLAVICULA + TRIADE TERRIVEL DE COTOVELO D**

RESUMO DA TERAPÉUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS  
**ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP**

## PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
120 X 90	98%	80	16	101	NAO	NÃO

HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	SECRETIVO: SIM ( ) NÃO ( )	INTUBADO: SIM ( ) NÃO ( )	COLAR CERVICAL: SIM ( ) NÃO ( )
13.3	9.26	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	
INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS							
DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NÃO	INSUFICIÊNCIA CARDIACA: SIM/NÃO	ALIMENTAÇÃO: ORAL ( ) SME ( ) NPT ( ) GTT ( )	ISOLAMENTO: SIM ( ) RESP ( ) CONTATO ( ) NÃO ( )	INSUF RENAL: SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DIAS DE USO (DX)	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MMR	
NÃO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO	15		
MOTILIDADE							
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS				
NÃO	NÃO	SIM					

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

### FRATURA DE CLAVICULA + TRIADE TERRIVEL DE COTOVELO D

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

FALTA DE VAGA

### É VEDADO AO MÉDICO

Art. 35. Exagerar agravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou qualquer outro procedimento médico.

Art. 41. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

#### Médico Solicitante

Data: 02/10/18 Assinatura:  
Hora: 13:00 Carimbo:

Antônio Prata Cabral  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 580

NIR

Data: 02/10/18 Hora: 13:00  
Responsável: *gabuz*

#### Médico do NIR

Data: Assinatura:  
Hora: Carimbo:

Data: Hora:  
Responsável:

#### CRL (RECEBIMENTO)

Comentários Médico CRL:

CRL (Autorização)  
Data: Hora:  
MR:  
Código:  
Assinatura

### ATENÇÃO

A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermaria devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação. As atualizações dar-se-ão a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central e Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.

Este DUSV UTI terá validade máxima de 03 dias a partir da data da primeira solicitação.