
Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200697

Vítima: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 20/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

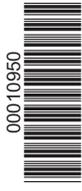
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Vítima: **CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA**

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237 Agência: 000002169-5 Conta: 000001000661-9 Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, retorne 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.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 012.488.104-14 4 - Nome completo da vítima: Claudemir Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Claudemir Rodrigues da Silva 6 - CPF: 012.488.104-14
7 - Profissão: Robuseiro de Rua 8 - Endereço: Rua Francisco Muniz Soares 9 - Número: 22 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Floresta 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55158-110
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9258.3017

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2269 CONTA: 1000661
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

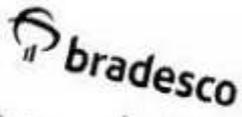
Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, Belo Jardim, 221041 26/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Claudemir Rodrigues da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Banco: Deposito Conta Poupanca
Data: 03/04/2020 Hora: 11:26 N.Trans: 15806
Valor: 30,00 Agencia: 2169 Maquina: 456
Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 2169 / BELO JARDIM
Conta: 1000661-9
Titular 1: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CCMPREI
30 Abr. 2020
PROTÓCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 012.488.104-14 4 - Nome completo da vítima: Claudemir Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Claudemir Rodrigues da Silva 6 - CPF: 012.488.104-14
7 - Profissão: Robuseiro de Rua 8 - Endereço: Rua Francisco Muniz Soares 9 - Número: 22 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Floresta 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55158-110
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9258.3017

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2269 CONTA: 1000661
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

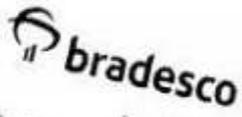
Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, Belo Jardim, 221041 26/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Claudemir Rodrigues da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Banco: Deposito Conta Poupanca
Data: 03/04/2020 Hora: 11:26 N.Trans: 15806
Valor: 30,00 Agencia: 2169 Maquina: 456
Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 2169 / BELO JARDIM
Conta: 1000661-9
Titular 1: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CCMPREI
30 Abr. 2020
PROTÓCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SANDRO MARTINS, matrícula 1971941, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003823801 e o número de controle 508501EFEF9B0404571FEF803F98E4.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 20/01/2020 Hora: 13:26 Município: BELO JARDIM/PE
BR: 232 KM: 180,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: SANDRO MARTINS: 1971941

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 20/01/2020, por volta das 13h26min, no Km 180 da BR 232, em Belo Jardim-PE, ocorreu um acidente, do tipo colisão frontal, com 01 vítima. Os veículos envolvidos foram: Caminhão M.BENZ/ATEGO 2426 (V1) e Motocicleta HONDA/CG 125 FAN (V2). Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que o V1 seguiu o fluxo normal da via, no sentido Interior/Capital, enquanto V2 seguia no sentido contrário. No trecho urbano o V2 efetuou uma ultrapassagem irregular e indevida, vindo a colidir frontalmente com V1. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Assim, conforme constatações registradas nessa narrativa e interpretação dos vestígios materiais identificados no local, conclui-se que o fator principal do acidente foi a invasão da faixa contrária pelo condutor de V2. OBSERVAÇÕES: - Local preservado; - A velocidade regulamentar da via, no local, é de 80 km/h, conforme placa regulamentar; - Sinalizações vertical e horizontal presentes e nitidas; - Estiveram presentes no local uma equipe do Corpo de Bombeiros que efetuou o socorro imediato do condutor de V2; - Vítima socorrida e encaminhada para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Belo Jardim e, de lá, para o Hospital Regional do Agreste, em Caruaru-PE; - O condutor de V1 foi submetido ao Teste do Etilômetro, enquanto o condutor de V2 alegou dores para não se submeter ao referido teste; - Nenhum dos



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SANDRO MARTINS, matrícula 1971941, Policial Rodoviário Federal, em 20/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobalautentica>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 508501EFEF9B0404571FEF803F9826.

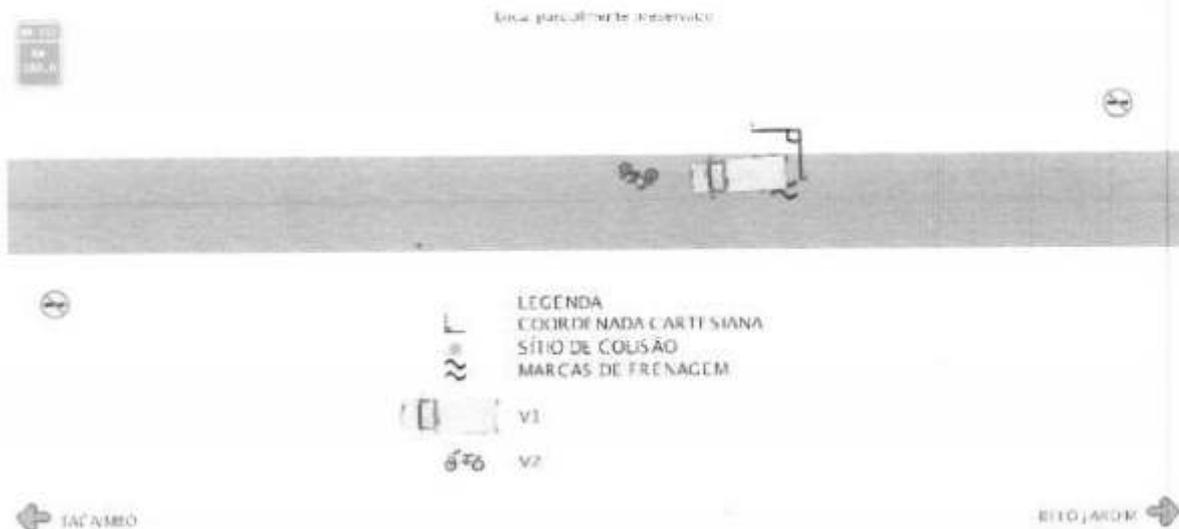
191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

envolvidos quis preencher o Termo de Declarações do Envolvido - TDE;- Foi entregue ao condutor de V1 e à irmã do condutor de V2 o número do Protocolo do Boletim de Acidente de Trânsito - PBAT;- O V1 foi liberado para seu condutor e o V2 foi recolhido ao depósito por estar com o licenciamento vencido.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X (m)	Y (m)
Traseira V1	0,00	1,00
Início da marca de frenagem - PDR6988 - V1	0,60	1,00
Fim da marca de frenagem - PDR6988 - V1	1,70	1,20
Frente V1	9,50	1,90
Roda dianteira - KIU5649 - V2	11,80	2,00
Roda traseira - KIU5649 - V2	13,60	1,80
Material orgânico - sangue	15,70	3,40

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------



Documento assinado eletronicamente por SANDRO MARTINS, matrcul# 1971941, Policial Rodoviário Federal, em 20/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 508501EFEF980404571FEF801F98E6.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUE

APOIO EXTERNO

Tipo de Orção	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - PDR6988 - CAMINHÃO

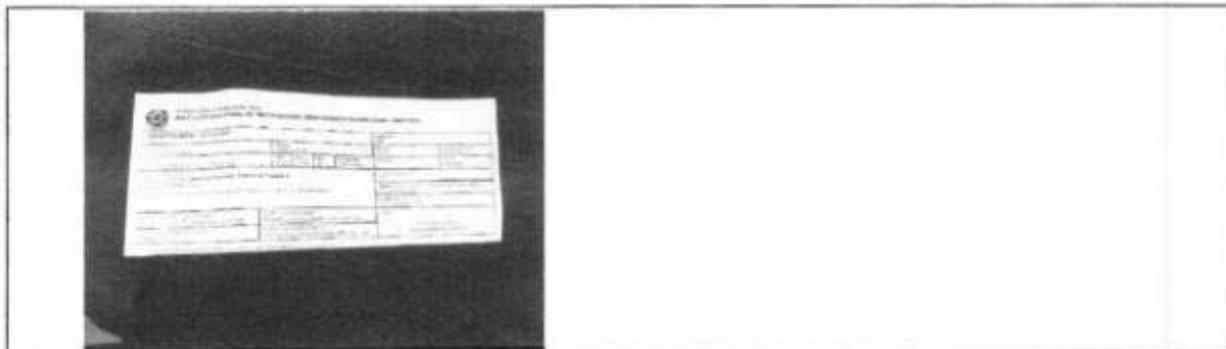
V1 - Informações

Placa: PDR6988 Marca/modelo: M.BENZ/ATEGO 2426 Renavam: 01126175762
Ano fabricação: 2017 Chassi: 9BM958164HB054639 Tipo de veículo: Caminhão
Espécie: Carga Categoria: Aluguel Cor: Branca
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V1 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim Presente: Sim
Equipamento atende à legislação: Sim Diagrama foi recolhido: Sim
Tempos de parada/descanso atendem à legislação: Sim

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por SANDRO MARTINS, matrícula 1971941, Policial Rodoviário Federal, em 20/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 508501EFEF9B9404571F EF803F98E5.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÁNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / M.BENZ/ATEGO 2426

Placa: PDR6988

Nº BOAT: 20003823B01

Nome do Agente: SANDRO MARTINS

Matrícula do Agente: 1971941

Data: 20/01/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Pequena



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SANDRO MARTINS, matrícula 1971941, Policial Rodoviário Federal, em 20/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobrasil/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 5D8501EFEF9B0404571FEF803F98E6.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V1 - Imagens Obrigatórias

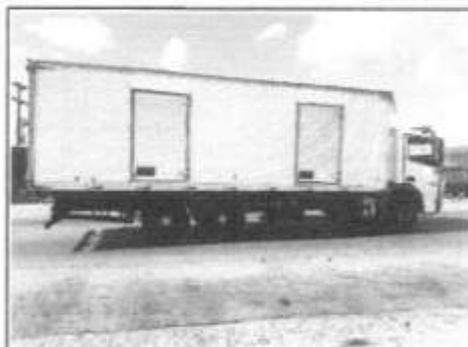


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SANDRO MARTINS, matrícula 1971941, Policial Rodoviário Federal, em 20/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 508501EFEF980404571F6F803F98Ea.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V1 - Proprietário

Nome: VERDAO DISTRIBUIDORA HORTIFRUTI LTDA
Email:
Endereço: VITORIA DE SANTO ANTAO-PE

CPF/CNPJ: 08.868.231/0001-23
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - RICARDO SOARES DE SOUZA

V1C - Informações

Nome: RICARDO SOARES DE SOUZA
CPF: 093.501.374-10
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 10/03/1990
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Ileso

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD
UF: PE
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 25/03/2009
Vencimento da habilitação: 13/07/2022

Nº Registro: 04598023742
Motorista profissional: Sim

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA COMERCIANTE AUGUSTO LUIS DO CARMO, 248, CASA, CAJÁ, VITORIA DE SANTO ANTAO-PE

Telefone:

Email:

V1C - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SANDRO MARTINS, matrícula 1971941, Policial Rodoviário Federal, em 20/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no 5º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DC, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobal/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 5DR501EFEF980404571FEF03F98E5.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V2 - VEÍCULO 2 - KIU5649 - MOTOCICLETA

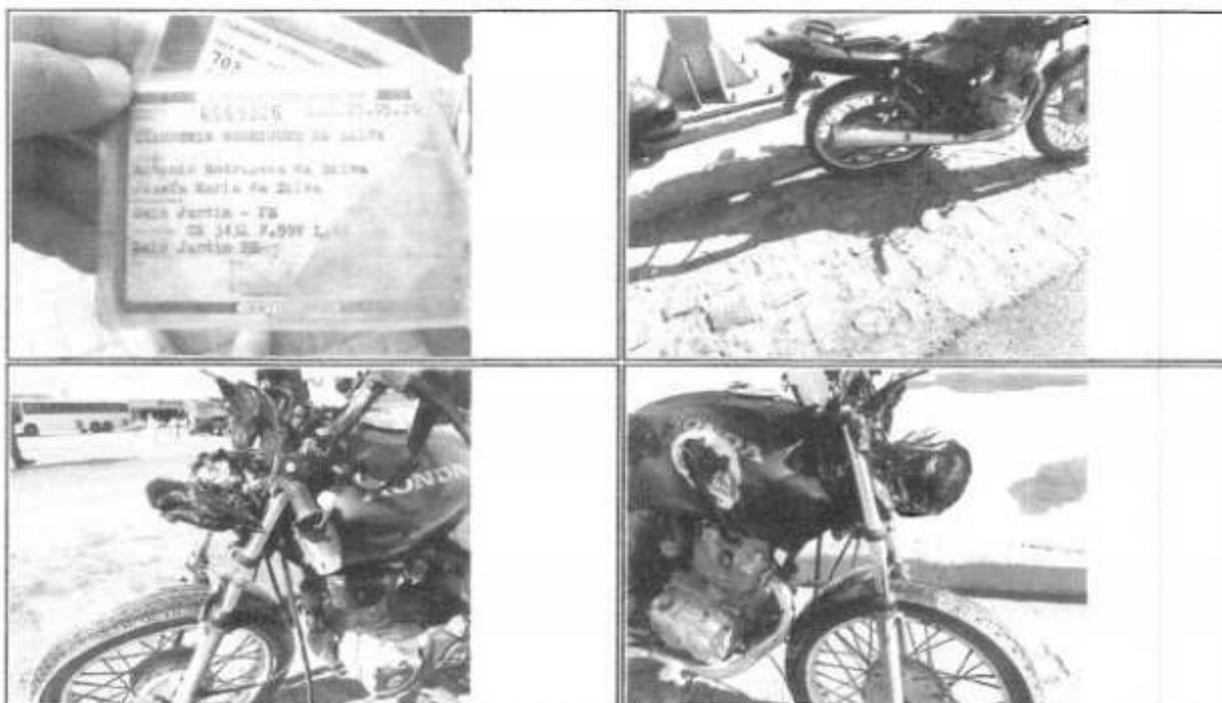
V2 - Informações

Placa: KIU5649 Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN Renavam: 00945896182
Ano fabricação: 2007 Chassi: 9C2JC30708R106159 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Ultrapassando

V2 - Encaminhamento

Motivo: Outros Tipo de Receptor: Depósito credenciado
Informações complementares: Motocicleta com o licenciamento vencido

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por SANDRO MARTINS, matrícula 1971941, Policial Rodoviária Federal, em 20/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle SD8501EFEF9B0404571FEF803F98E.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG 125 FAN

Placa: KIU5649

Nº BOAT: 20003823B01

Nome do Agente: SANDRO MARTINS

Matricula do Agente: 1971941

Data: 20/01/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Média

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SANDRO MARTINS, matrícula 1971941, Policial Rodoviário Federal, em 20/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 7º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobel/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 5D8501EFEF9B0404571FEF803F98E6.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V2 - Proprietário

Nome: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CPF/CNPJ: 012.488.104-14

Email:

Telefone:

Endereço: BELO JARDIM-PE

V2C - CONDUTOR DE V2 - CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

V2C - Informações

Nome: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Data de Nascimento: 07/05/1981

CPF: 012.488.104-14

Estado civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: Rua Francisco Muniz Arraes, 22, Casa, Floresta, BELO JARDIM-PE

Telefone:

Email:

V2C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: Corpo de bombeiros

Informações complementares: Socorrido a UPA em Belo Jardim-PE



Documento assinado eletronicamente por SANDRO MARTINS, matrícula 1971941, Policial Rodoviário Federal, em 20/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobal/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 5D8501E7EF9B0404571FEF803F98E4.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 012.488.104-14 4 - Nome completo da vítima: Claudemir Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Claudemir Rodrigues da Silva 6 - CPF: 012.488.104-14
 7 - Profissão: Robuseiro de Rua 8 - Endereço: Rua Francisco Muniz Soares 9 - Número: 22 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Floresta 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55158-110
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9258.3017

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2269 CONTA: 1000661
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

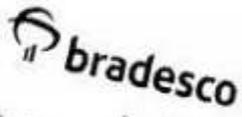
Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, Belo Jardim, 221041 26 20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Banco: Deposito Conta Poupanca
Data: 03/04/2020 Hora: 11:26 N.Trans: 15806
Valor: 30,00 Agencia: 2169 Maquina: 456
Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 2169 / BELO JARDIM
Conta: 1000661-9
Titular 1: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CCMPREI
30 Abr. 2020
PROTÓCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 012.488.104-14 4 - Nome completo da vítima: Claudemir Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Claudemir Rodrigues da Silva 6 - CPF: 012.488.104-14
 7 - Profissão: Robuseiro de Rua 8 - Endereço: Rua Francisco Muniz Soares 9 - Número: 22 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Floresta 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55158-110
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9258.3017

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 2269 CONTA: 1000661
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

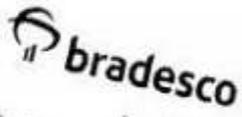
Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, Belo Jardim, 221041 26/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Banco: Deposito Conta Poupanca
Data: 03/04/2020 Hora: 11:26 N.Trans: 15806
Valor: 30,00 Agencia: 2169 Maquina: 456
Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 2169 / BELO JARDIM
Conta: 1000661-9
Titular 1: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CCMPREI
30 Abr. 2020
PROTÓCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200200697 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 20/01/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PARASSÍNFISE DA MANDÍBULA À ESQUERDA. P3
 FRATURA BARTON VOLAR DO RÁDIO ESQUERDO. P4
 FRATURA EXPOSTA DISTAL DO FÊMUR DIREITO. P4
 FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P13/18/20/22
 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS, DO PUNHO ESQUERDO, DO JOELHO DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS, MODERADO DO PUNHO ESQUERDO E DO JOELHO DIREITO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
JOSEFA MARIA DA SILVA
CPF: 036.436.344-47

DATA DE VENCIMENTO
16/04/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
99,73

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
08/04/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
08/04/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
103626567

CONTA CONTRATO
001676306036
Nº DO CLIENTE
2001228946
Nº DA INSTALAÇÃO
0000300401

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO MUNIZ ARRAES 22
FLORESTA/BELO JARDIM
55158-110 BELO JARDIM PE

CLASSIFICAÇÃO
**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO
A4B2.5E25.7CF6.F23A.FE65.80FC.20E9.90FE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	111,00	0,43299956	48,06
Consumo Ativo(kWh)-TE	111,00	0,36417065	40,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,55
ICMS Subvenção-CDE-NF 091996130-10/01/20			0,63
ICMS Subvenção-CDE-NF 095717213-07/02/20			0,47
Multa por atraso-NF 095717213 - 07/02/20			1,13
Juros por atraso-NF 095717213 - 07/02/20			0,47
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			99,73

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Receb	Valor
16/03/20	08/04/20	22,96

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	kWh
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,29630000	ABR 20	111
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25095000	MAR 20	94
	FEV 20	72
	JAN 20	95
	DEZ 19	114
	NOV 19	97
	OUT 19	97
	SET 19	96
	AGO 19	71
	JUL 19	94
	JUN 19	85
	MAI 19	100
	ABR 19	85

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
88,48	25,00	22,12	88,48	1,10	0,97
					4,99
					4,41

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	%
Geração de Energia	27,58	21,16
Transmissão	3,21	3,23
Distribuição (Celpe)	18,48	22,52
Encargos Setoriais	4,58	5,18
Tributos	27,50	21,88
Perdas de Energia	6,13	6,93
TOTAL	88,48	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
600006000071960943	CAT	09/03/2020	3.925,00	08/04/2020	4.036,00	30	1,00000	0,00	111,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/05/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EU\$D-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,12					
Toda Consumidor pode solicitar a operação dos instrumentos DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você inovar: av. senador paulo guerra 01 cohab i / wandelson som e celu: r graciliano ramos 32 cohab-ii lista completa em www.celpe.com.br.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

Coronavirus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001676306036	04/2020	99,73	16/04/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000008 997300110014 676306036108 144937949831



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
JOSEFA MARIA DA SILVA
CPF: 036.436.344-47

DATA DE VENCIMENTO
16/04/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
99,73

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
08/04/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
08/04/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
103626567

CONTA CONTRATO
001676306036
Nº DO CLIENTE
2001228946
Nº DA INSTALAÇÃO
0000300401

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO MUNIZ ARRAES 22
FLORESTA/BELO JARDIM
55158-110 BELO JARDIM PE

CLASSIFICAÇÃO
**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO
A4B2.5E25.7CF6.F23A.FE65.80FC.20E9.90FE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	111,00	0,43299956	48,06
Consumo Ativo(kWh)-TE	111,00	0,36417065	40,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,55
ICMS Subvenção-CDE-NF 091996130-10/01/20			0,63
ICMS Subvenção-CDE-NF 095717213-07/02/20			0,47
Multa por atraso-NF 095717213 - 07/02/20			1,13
Juros por atraso-NF 095717213 - 07/02/20			0,47
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			99,73

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Receb	Valor
16/03/20	08/04/20	22,96

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	kWh
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,29630000	ABR 20	111
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25095000	MAR 20	94
	FEV 20	72
	JAN 20	95
	DEZ 19	114
	NOV 19	97
	OUT 19	97
	SET 19	96
	AGO 19	71
	JUL 19	94
	JUN 19	85
	MAI 19	100
	ABR 19	85

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
88,48	25,00	22,12	88,48	1,10	0,97
					4,99
					4,41

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	27,58	21,16
Transmissão	3,21	3,23
Distribuição (Celpe)	18,48	22,52
Encargos Setoriais	4,58	5,18
Tributos	27,50	21,88
Perdas de Energia	6,13	6,93
TOTAL	88,48	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
600006000071960943	CAT	09/03/2020	3.925,00	08/04/2020	4.036,00	30	1,00000	0,00	111,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/05/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EU\$D-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,12					
Toda Consumidor pode solicitar a operação dos instrumentos DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você inovar: av. senador paulo guerra 01 cohab i / wandelson som e celu: r graciliano ramos 32 cohab-ii lista completa em www.celpe.com.br.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

Coronavirus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001676306036	04/2020	99,73	16/04/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000008 997300110014 676306036108 144937949831



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

DG: 353004

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIAS

(RQ-06)

Nº 062643

2º Via Cliente

Hospital: HATA Convênio: TAC Cidade: CARUARU

Nome do Paciente: ANDRÉIA ROBERTA DA SILVA Data da Cirurgia: 24.04.20

Médico: DR. MARCOS GONCALVES Membro Operado: PERNA E + D

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
EL-10006 ESTERIL 7.00 TUBO TUBO		02	
222203038 4 46264592-0			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	QUANT.	LOTE
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº	QUANT.	LOTE
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	QUANT.	LOTE
PARAFUSOS CANULADOS	Nº	QUANT.	LOTE
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº	QUANT.	LOTE

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: [Handwritten Signature]

RECIFE

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
07/05/1981
ID: 353004
Male
38 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Mandibula - 3 vistas

Ac. Nb: 324886

Acq.: 27/01/2020

Acq.: 14:47:41

10 cm



R

AP DIR

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 14,94%

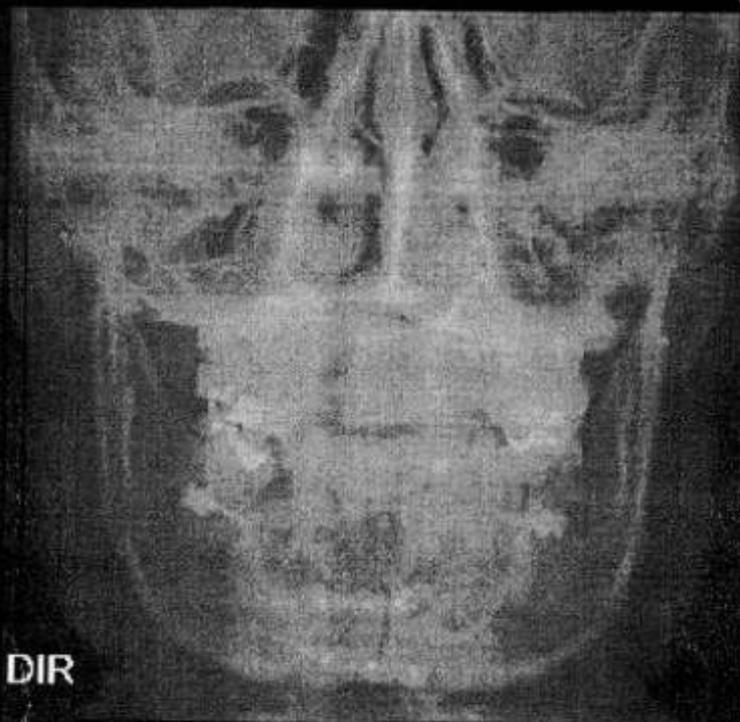
Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (3020x2400)

Series Nb: 5

AP Axial



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Cláudio de Almeida Rodrigues de Lira

Prontuário: 353004

Data: 20 / 01 / 2020

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de parassínfise mandibular (E)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório de Dr. Belmiro Torres, no
dia 05/02/2020, às 07h00, meses com antecedência

TATAMENTO REALIZADO:

osteossíntese de fratura de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: / /

Hora: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

PRONTUÁRIO: 353004

DATA DE ENTRADA: 20/01/2020

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE BARTON NO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO + FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES DOS COORDENADORES DO SERVIÇO. ORIENTADO ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE MÃO COM DR. FELIPE LESSA, COM RETORNO EM 30 DIAS. ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADAS AO PACIENTE E ACOMPANHANTE. MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ RETORNO AMBULATORIAL.

TRATAMENTO REALIZADO:

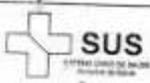
- 1- RAFI DA FRATURA DE BARTON COM PLACA VOLAR EM RÁDIO ESQUERDO
- 2- RAFI DA FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO COM PLACA LISS
- 3- OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR

ALTA HOSPITALAR: 28/03/2020

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

Dr. Raphael Heitor
Médico Residente
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 29.118

ASS: DO MÉDICO RESIDENTE



SUS
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 _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____

4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE _____

6 - N.º DO PRONTUÁRIO _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO _____

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR _____

10.1 - ETNIA _____

11 - NOME DA MÃE _____

12 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE _____

13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____

14 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE _____

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, 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 - QTDE. _____

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

37 - QTDE. _____

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

40 - QTDE. _____

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

2 - FAMILIA DE MARIBRISA

2 - OBS: IMPUNIA INSCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO em 2010

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____

44 - DOCUMENTO _____

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

46 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

Dr. Luanda
Francis Carlos dos S. Barros
Bucmaxilar e Odontologia
CRO 13035

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____

50 - DOCUMENTO _____

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

52 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) _____



Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

RG: 353004

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 062830

2º Via Cliente

Hospital: HEM Convênio: TAC Cidade: CARUARÁ
Nome do Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA Data da Cirurgia: 10.02.20
Médico: WILZ ANTONIO Membro Operado: TIBIA "E"

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
haste bloqueada P/ tibia		01	
EF: 232991-3			
Dr. WILZ ANTONIO Membro Operado Ortomédica - Ortodontologia CRM 62.474-7/PE			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

Cx - 180

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: [Assinatura]



Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

RG: 353004

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 063429

2º Via Cliente

Hospital: HRA Convênio: TAC Cidade: CARUARU
Nome do Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA Data da Cirurgia: 02.03.20
Médico: WIZ ANTONIO Membro Operado: FÊMUR "D"

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
PLACA BLOQUEADA NYPLATE EF: 280719-0		01	
PARAFUSO BLOQUEADO EF: 276611-6		09	
ENXERTO OSSEO EF: 167808-6		01	
<p>Dra. Selma Lorena Médica Residente de Ortopedia / Traumatologia CRM: 26199</p>			

	Nº	QUANT.	LOTE	
PARAFUSOS CORTICAIS				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA				
PARAFUSOS CANULADOS				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA				



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

ANDRÉIN RIBEIRO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651119996070582

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

DDD

997352186

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Francisco Junz Peres, n: 22 - Floresta

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Floresta

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE 55258210

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de peso e fraqueza nos membros inferiores há 3 dias

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fr. Cerebelar

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

FR + exames físicos

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura exposta de fêmur (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fr. Cerebelar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Renato C.O. Camp

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

262010390690-4



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

Waldemir Rodrigues da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651119996070581

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
994352186

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Francisco Rufino de Azevedo nº 22 - Floresta

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Jardim

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE 55158110

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Mobilidade atípica em mandíbula

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pacient cirúrgico

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

Ex. Rx + Ex. tomogm

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de mandíbula

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenções para fratura complexa mandíbula

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0404020500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

018431804

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

AZUALDO BRITO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/01/2020

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

Amaldo Brito
Bucco Maxilo Facial
6904

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

262010390694-8



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Cláudia Rodrigues da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651199990

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ex comissão com pontos 05 e 2
ponto 01 e 02

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neutrofilia no leucograma

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

Análise de urina e sangue

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

do 2º grau classe 200 S723

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO Clínica

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050519

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

D. Luiz Augusto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/07/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

CNS CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Charles Roberto de Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 1 0 3 2 1 0 4 1 6 5 4 4 1 9 9 9 1 6

8 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Josely Maria de Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Infecção T. O. Coxa

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção T. O. Coxa

24 - CID 10 PRINCIPAL

1031

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

1to Cirúrgico

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

014151040027

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Alfredo Lourenço

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/3/2020

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

Dr. Alfredo Lourenço

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, ACIDENTES DE TRABALHO, ACIDENTES DE TRAJETO)

6 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

7 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

8 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

*Intervenção =
Fratura fechada fechada nos
tombos inferiores + desvio
fratura e desvio no
Socato AA
do Bordo Unificado*

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEOT 1115

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

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

Nome: FR DE BRUNO RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: 1 / 1 / 20

*FR DA CORA D
FR DO JOELHO*

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: FR DA

*FR DA JOELHO
FR DA JOELHO
FR DA JOELHO*

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: _____ Internamento _____

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

N° Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

N° do leito:

Operador: DR. MAURÍCIO PAES

1º Assistente: DR. MARCOS GONÇALVES R1

2º Assistente:

Instrumentador: SUELLEN + JAILSON

Anestesista:

Anestesia: GERAL

Duração:

Data da Operação: 21/01/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIAFISARIA

Diagnóstico Pós-operatório: A MESMA

Operação Proposta: CONTROLE DE DANOS

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISUALIZADO LESÃO EM JOELHO DIREITO
4. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO-TUBO EM MID
6. VISUALIZADO LESÃO EM TIBIA ESQUERDA
7. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
8. INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO-TUBO EM FORMATO LINEAR EM TIBIA E
9. LAVAGEM COM SFO,9%
10. SUTURA DE FERIMENTO PARA APROXIMAÇÃO DAS BORDAS
11. CURATIVO
12. VISUALIZADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM AMBOS OS MEMBROS APOS PROCEDIMENTO CIRURGICO
13. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Marcos Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 16.760

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

N° Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

N° do leito:

Operador: DR. LUIZ ANTONIO

1º Assistente: DR. MARCOS IRAN R1

2º Assistente:

Instrumentador: GUSTAVO

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 10/02/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE TIBIA E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: OSTEOSINTESE DE FRATURA DE TIBIA E

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO ANTEROMEDIAL AO JOELHO E + INTRODUIDO INICIADOR SOB FLUOROSCOPIA
4. PASSAGEM DE FIO GUIA + FRESAGEM DO CANAL MEDULAR + INSTALAÇÃO DE HASTE COM BLOQUEIOS PROXIMAIS E DISTAIS
5. LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9%
6. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0
7. CURATIVO
8. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Marcos Gonçalves
N.º 165
CRM 2760



SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE - STS
EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE COMPLETO: Claudemir Rodrigues da Silva

NOME DA MÃE: Mãe, Marcia da Silva

NÚMERO DO CARTÃO SUS: 70320465 1119996 ENDEREÇO: R. Francisco Muniz Aguiar

DATA DE NASC.: 07/05/1981 IDADE: 38 SEXO: M PESO: _____ R. G.: 0669220 MUNICÍPIO: Belo Jardim

CONVÊNIO: _____ MATRÍCULA/SENHA/VALIDADE CARTEIRA: _____

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL: HRA MUNICÍPIO: _____

FONE/RAMAL: _____ LEITO: _____ Nº REGISTRO: _____

3 - DIAGNÓSTICO

4 - HISTÓRICO TRANSFUSIONAL

ANTECEDENTE TRANSFUSIONAL: NÃO () SIM () CH () CP () OUTROS ()

RELAÇÃO TRANSFUSIONAL: NÃO () SIM () TIPO? _____ DATA: ____/____/____

USA SANGUE FENOTIPADO: NÃO () SIM () QUAIS FENÓTIPOS? _____

5 - HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS EM UNIDADE OU VOLUME:

02l (dos) Concentrados de Plasma

6 - TIPO DE TRANSFUÇÃO

PROGRAMADA - DIA: 25/10/18

NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24H

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

RESERVA VÁLIDA POR 72 HORAS

FONE PARA CONTATO: 81-3719-9425

URGENTE: A realizar dentro de 03 horas, desde que não sejam procedimentos eletivos.

EXTRA URGÊNCIA: Autorizo sem prova cruzada e declaro estar ciente dos riscos para o paciente que está sob minha responsabilidade médica. As condições clínicas do paciente não permitem qualquer retardo na administração de transfusão. (Termo de responsabilidade no verso)

ASS. GARIMBO MÉDICO: _____ CRM: 25263 DATA: 25/10/18 HORA: _____

Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 2282 CRM-BA: 30917

RECEBIDO NA AGENCIA TRANSFUSIONAL

DATA: ____/____/____ HORA: _____ FUNCIONÁRIO(MATRÍCULA): _____

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

TIPAGEM PACIENTE: O+ Pos PESQ. ANTC. IRREGULARES: Negativo TÉCNICO RESPONSÁVEL: _____

LIBERAÇÃO

Nº TUBO COLETOR	Nº DA BOLSA	PRODUTO	ABO/RH	VALIDADE	TESTE DE COMPAT.
<u>255 ml</u>	<u>L2356360</u>	<u>PH</u>	<u>O+</u>	<u>20/10/18</u>	<u>Compatível</u>
<u>300 ml</u>	<u>L2393627</u>	<u>CM</u>	<u>O+</u>	<u>20/10/18</u>	<u>Compatível</u>

ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL: _____

DATA: ____/____/____ HORA: _____ TÉCNICO RESPONSÁVEL: _____



SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE - STS

EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

folha: 580448

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE COMPLETO:

Anderson Rodrigues da Silva

NOME DA MÃE:

maria da Silva

NÚMERO DO CARTÃO SUS

ENDEREÇO

703204651139996

Rua Francisco Menezes Soares

DATA DE NASC.

IDADE

SEXO

PESO

R. G.

MUNICÍPIO

091051983

38

Pelo Gendim

CONVÊNIO

MATRÍCULA/SENHA/VALIDADE CARTEIRA

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL

HRA

MUNICÍPIO

Laranjeira

FONE/RAMAL

LEITO

55

Nº REGISTRO

353004

3 - DIAGNÓSTICO

Fratura exposta

4 - HISTÓRICO TRANSFUSIONAL

ANTECEDENTE TRANSFUSIONAL: NÃO () SIM () CH () CP () OUTROS ()

RELAÇÃO TRANSFUSIONAL: NÃO () SIM () TIPO?

DATA: / /

USA SANGUE FENOTIPADO: NÃO () SIM () QUAIS FENÓTIPOS?

5 - HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS EM UNIDADE OU VOLUME:

O.C.H

6 - TIPO DE TRANSFUÇÃO

PROGRAMADA - DIA / / HORA

NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24H

DATA DA CIRURGIA: / /

VALIDA POR 72 HORAS

LINE PARA CONTATO: 81-3719-9425

ASS./CARIMBO MÉDICO:

CRM:

URGENTE: A realizar dentro de 03 horas, desde que não sejam procedimentos eletivos.

EXTRA URGÊNCIA: Autorizo sem prova cruzada e declaro estar ciente dos riscos para o paciente que está sob minha responsabilidade médica. As condições clínicas do paciente não permitem qualquer retardo na administração de transfusão. Termo de responsabilidade no verso)

Seville
Médico Residente
24h Traumatologia
2011-2012

DATA: 01/03/2012 HORA:

RECEBIDO NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

DATA: 01/03/2012 HORA:

FUNCIONÁRIO (MATRÍCULA):

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

TIPAGEM PACIENTE:

O+ Ros

PESQ. ANTC. IRREGULARES:

Não

TÉCNICO RESPONSÁVEL

Carlos

LIBERAÇÃO

Nº TUBO COLETOR	Nº DA BOLSA	PRODUTO	ABO/RH	VALIDADE	TESTE DE COMPAT.
305-1-2361569	275/1505-9	OH	O+	26/03/20	CompatuCC

ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL:

DATA:

HORA:

TÉCNICO RESPONSÁVEL

hora retirada da senha: 20/01/2020 17:07

Nome Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente: 353004
Data de Nascimento: 07/05/1981
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: U0021
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 580398 
SAME: 353004

Período: 20/01/2020 17:12 - 20/01/2020 17:19

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **MUITO URGENTE**

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE ORIUNDO DE BELO JARDIM, VITIMA DE COLISAP MOTO/ CAMINHAO, APRESENTANDO FRATURA EM FEMUR E PATELA DIREITA (EXPOSTA) + MIE + PUNHO ESQUERDO. APRENDA DOR E EDEMA + TRAUMA EM FACE. DM -/ HAS -

Observação: ALCOOLIZADO, COM MACA E SENHA5864739

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - MECANISMO DE LESÃO?
- GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL?

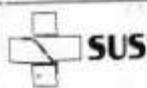
especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

20/01/2020 17:44 - IRAM BARBOSA DA SILVA - mudança de especialidade

Mudança de Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/01/2020 17:44



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Waldemir Rodrigues da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651119996070583

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

937352186

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Francisco de Assis nº 22 - Floresta

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Jardim

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO - UF

PE 55158110

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Mobilidade atípica em mandíbula

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pacient cirúrgico

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

Ex. Raio X e Ex. tomografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de mandíbula

24 - CID 10 PRINCIPAL

S076

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intoxante fratura complexa mandíbula

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0404020500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS (x) CPF

019431804

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ARVALDO BRUNO FILHO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/05/2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL)

Arvaldo Bruno Filho
CBO 31201001
CBO 31201001

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

262010390695.9

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO At. 580448

PACIENTE: Claudemir Rodrigues da Silva REGISTRO Nº 353004

SALA CIRÚRGICA Nº 05 DATA 27/03/2020

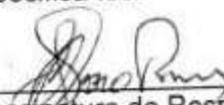
CIRURGIA: Limpeza Cirúrgica CIRURGIÃO: Alfredo Lourenço

ANESTESIA: Raquia Sedação ANESTESIOLOGISTA: Constantino Machado

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
1x	Oxigênio			02	Agulha Descartável 40x12		
04	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina			01	Agulha para Raqui 27		
01	Bupivacaína 0,5%				Atadura Gessada		
02	Cefazolina 1g			04	Atadura Crepom 2cm		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg			01	Cateter para Venopunção 18		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			04	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
01	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
08	Soro Fisiológico			02	Fio de Nylon 2-0		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			06	Gase 7,5x7,5 200		
02	Tenoxicam			01	Lâmina de Bisturi 24		
01	Facilmil RA				Luvas Estéreis 7,0		
01	Ketamin RA			06	Luvas Estéreis 7,5		
01	MIDA 2 dia RA			02	Luvas Estéreis 8,0		
					Seringa 5ml		
				02	Seringa 10ml		
				03	Seringa 20ml		
06	GARRA				Sonda de Foie		
06	MAXIMA				Sonda Endotraqueal		
06	PROPEX 102				Sonda Nasogástrica		
100ml	CLORPENTONA 5%				Sonda Uretal		
300ml	" " 2%			01	Tubo para Aspiração		
				03	ESCARA PVPI		
				02	PACT COMPRESSAS		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Alfredo Lourenço
 CPMSB 12.123
 Assinatura do Cirurgião


 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CHRISTIAN ROBERTO SILVA

Nº do Registro:

Clínica: ORTOP.

Nº do Leito:

Operador: DR ALFREDO

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 27/3/2020 Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

fratura T.O. com (D)

Diagnóstico Pós-Operatório:

(D) normal

Operação Proposta:

Debridamento cirúrgico

Operação Realizada:

(D) normal

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

(1) putagem para sob proteção + antitétanos + curativos

(2) acesso direto sobre coxa (D) lateral + limpeza exata do sítio.

(3) sutura + curativos

Dr. Alfredo Lourenço
Ortopedia - Der
CRM-PE 21980

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Atend.:
580.448

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Cláudio Rodrigues da Silva REGISTRO Nº 353.004
 SALA CIRÚRGICA Nº 03 DATA 24/10/20
 CIRURGIÃO: Dr. Felipe Lense
 ANESTESIA: Bloq. Plexo + Sedação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Caio Soprano

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
9x	Oxigênio			04	Aguilha Descartável		
06	Água Destilada			01	Aguilha para Pendura <u>Plexo n. 350</u>		
02	Atropina				Aguilha para Raqui		
01	Bupivacaina CIV				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g <u>Rocipim</u>			08	Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
02	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
01	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
06	Soro Fisiológico			02	Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			14	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			03	Lâmina de Bisturi		
01	<u>Fentamil</u>			06	Luvax Estéreis 7,0		
01	<u>Midazolam</u>			06	Luvax Estéreis 7,5		
9x	<u>Alcool. 70%</u>			03	Luvax Estéreis 8,0		
6x	<u>Clorixidina Alcoolica</u>				Seringa 5ml		
7x	<u>Clorixidina aquosa</u>			08	Seringa 10ml		
15	<u>Suaporadriapo</u>			02	Seringa 20ml		
20	<u>Compressa</u>				Sonda de Foiev		
05	<u>Escova</u>				Sonda Endotraqueal		
01	<u>Algodão Estéril</u>				Sonda Nasogástrica		
02	<u>Smarach</u>				Sonda Uretal		
04	<u>Escova</u>			01	Tubo para Aspiração		
06	<u>Luva</u>						
06	<u>Propie</u>						
06	<u>Mascara</u>						
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

João Carlos Martins Silva
Téc. em Anestesia
Rég. Prof. nº 238291

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

N° Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

N° do leito:

Operador: DR. FELIPE LESSA

1º Assistente: DR. MARCOS IRAN R2

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Duração:

Data da Operação: 24/03/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: RAFI + CAPSULORRAFIA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. GARROTE EM MSE
3. ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO AO RADIODISTAL POR VIA VOLAR + VISUALIZAÇÃO DO FOCO FRATURÁRIO + REDUÇÃO DE FRATURA + ESTABILIZAÇÃO COM PLACA PARA RADIO DISTAL 3.5MM BLOQUEADA + 03 PARAFUSOS BLOQUEADOS
5. VISUALIZADA LESÃO DA CAPSULA ARTICULAR DO PUNHO + REALIZA CAPSULORRAFIA
6. LAVAGEM EXAUSTIVA DA FERIDA COM SFO,9%
7. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0
8. CURATIVO
9. RETIRADO GARROTE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO TECIDUAL PERIFÉRICA
10. ENCAMINHO A SRPA

Dr. Márcos Irã R2
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 26.750

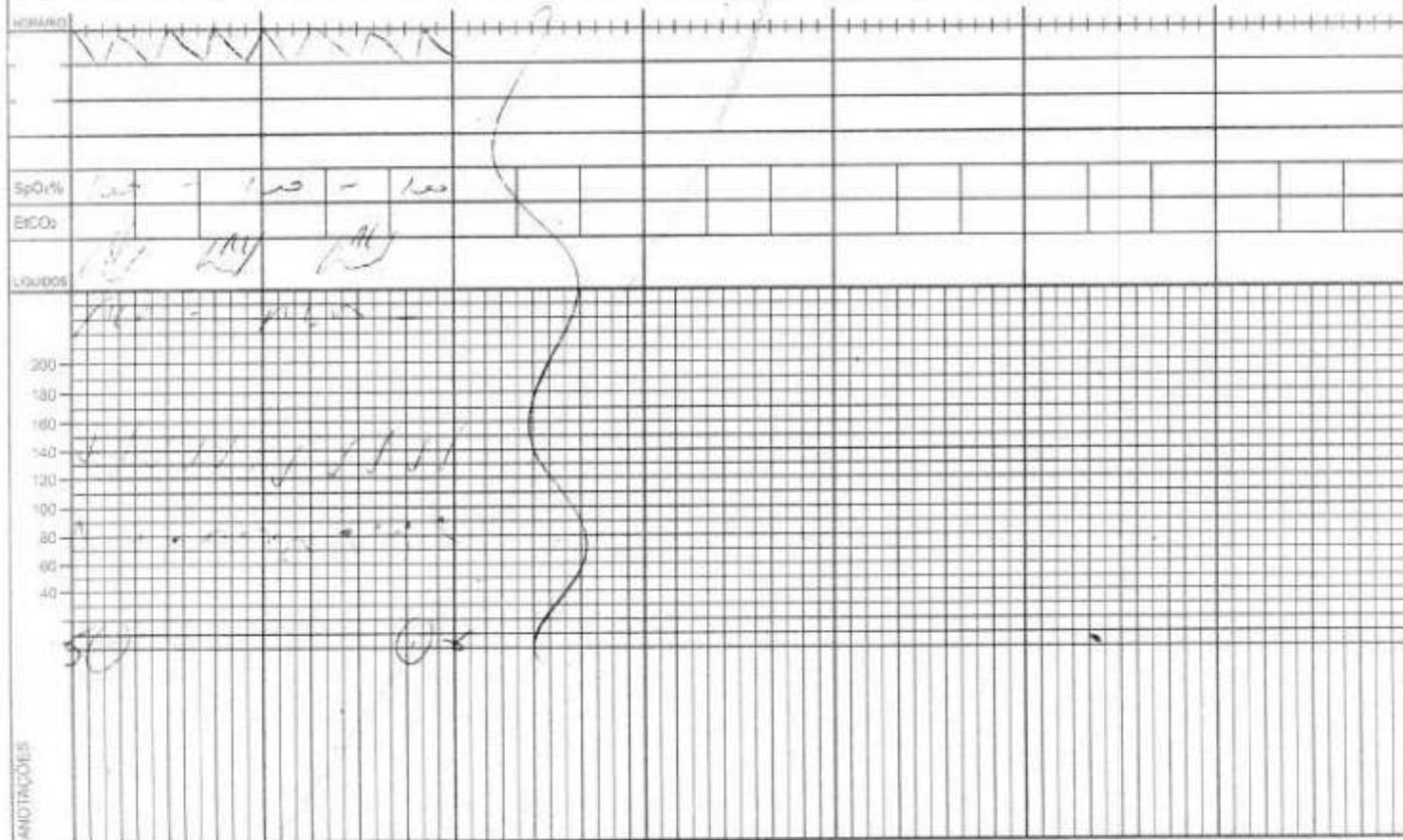


COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 20560

NOME: Claudemir Rodrigues da Silva		REGISTRO: 353004	CATEGORIA: SUS
HOSPITAL: HMS	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CCR: <input type="checkbox"/> Br <input type="checkbox"/> Pd <input type="checkbox"/> N	IDADE: 55
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur distal		HORÁRIO: 18:30	DATA: 02/03/20
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: A mesma		PESO: 70 kg	PA: 130 x 90
OPERAÇÃO PROPOSTA: Redução e fixação da fratura de fêmur distal com placa e parafusos intramedulares		FC: 70	RESPIRAÇÃO: 15 IRPM
OPERAÇÃO REALIZADA: A mesma		CÓDIGO CIRURGIA:	ASA: II



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA:
Propofol 2%	1%	100 ml	Propofol 2% 100ml + Fentanil 100mcg
			Propofol 2% 100ml + Fentanil 100mcg
			Propofol 2% 100ml + Fentanil 100mcg
			Propofol 2% 100ml + Fentanil 100mcg

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: _____ DURAÇÃO DA ANESTESIA: _____

<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> _____
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S. VESICAL	<input checked="" type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	<input type="checkbox"/> _____

ENCAMINHADO	DESTINO
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> RPA
<input checked="" type="checkbox"/> ADORMECIDO	<input type="checkbox"/> UTI
<input checked="" type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> QUARTO
<input type="checkbox"/> INTUBADO	



SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 42585

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: <i>Cláudia Regina Rabelo</i>				PRONTUÁRIO: <i>353</i>	
DATA: <i>21/07/2020</i>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE:	NASCIMENTO: <i>1/1</i>	CONVÊNIO: <i>SE</i>	
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Tratamento expiratório da síndrome de apnéia</i>					

Índice Aldrete Kroulik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
<i>5</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	S.O.		<i>120/80</i>					
						15 min.							
						30 min.							
						60 min.							
						2h							
						3h							

Roberto Tomares
Médico Anestesiologista
CRM - 8004 - SGT - 13379

RESPIRAÇÃO						CIRCULAÇÃO					
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR 1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA 0 CIANÓTICO						2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO					
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO			ATIVIDADE MUSCULAR			CONSCIÊNCIA					
0 SpO ₂ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O ₂ , 1 PRECISA RECEBER O ₂ PARA SpO ₂ > 90% 2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE			2 APTO MOVER 4 EXT 1 APTO MOVER 2 EXT 0 APTO MOVER 1 EXT			2 DESPERTO TOTALMENTE 1 DESPERTO AO CHAMAR 0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO					

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

2:10:21:20 - 22h - 1 - SPTD.

Roberto Tomares
Médico Anestesiologista
CRM - 8004 - SGT - 13379

Carimbo e assinatura:

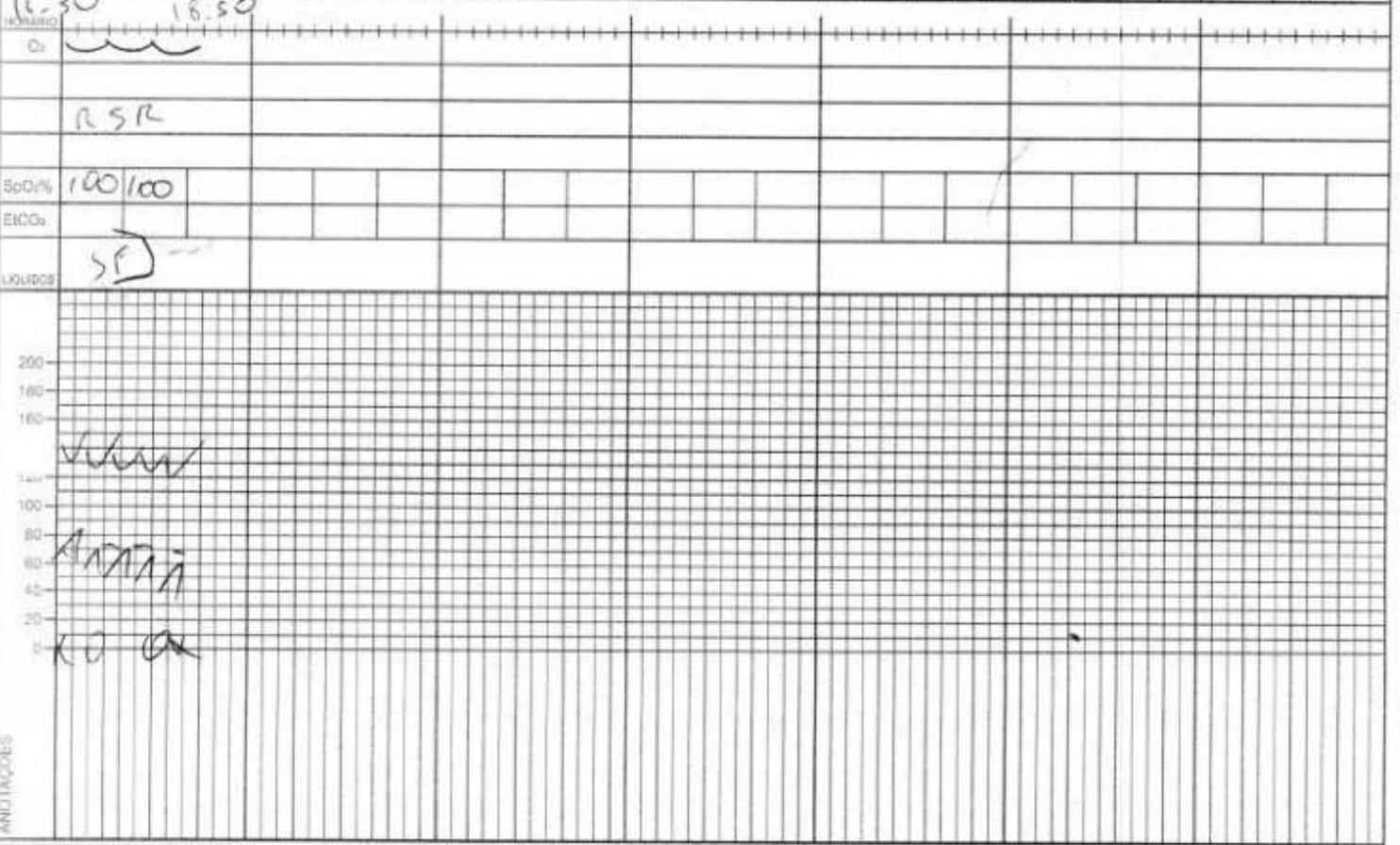


COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

VALOR **Nº 18802**

NOME Claudemir Rodrigues da Silva		REGISTRO 353004	CATEGORIA SUS
HOSPITAL URA	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR Br <input type="checkbox"/> Pd <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	IDADE
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fratura rádio distal		PESO 65 Kg	PA 130 x 80
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		FC 90	RESPIRAÇÃO 13 IRPM
OPERAÇÃO PROPOSTA Redução + Pinação		CÓDIGO CIRURGIA	PORTE
OPERAÇÃO REALIZADA			



AGENTES	CONC	QUANTIDADE
LiDO 1%	1%	40ml
Diazepam		40mg
pentanil		75mg
ketarolol		45mg
Propofol		60mg

TÉCNICA ANESTÉSICA:
Bloqueio + Sedação

Bloqueio axilar + intubação por via oral restrita
(paciente com abertura bucal restrita)

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: _____ DURAÇÃO DA ANESTESIA: _____

<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S. VESICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

ENCAMINHADO	DESTINO
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> RPA
<input type="checkbox"/> ADORMECIDO	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> QUARTO
<input type="checkbox"/> INTUBADO	



SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

N 02555

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: <i>Blumenauer Roberto</i>		PRONTUÁRIO: <i>3530000</i>	
DATA: <i>13/02/2020</i>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE:	NASCIMENTO:
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Instrumento cirúrgico de pele de</i>			

Índice Aldrete Kroulik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	TAX	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
<i>9</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>12</i>		S.O.		<i>120</i>					
						15 min.							
						30 min.							
						60 min.							
						2h							
						3h							

Roberto Tavares
Médico Anestesiologista
CRM - 9054 - SSA - 13977

RESPIRAÇÃO				CIRCULAÇÃO			
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR 1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA 0 CIANÓTICO				2 PA <20% VALOR PRE-OPERATÓRIO 0 PA <25% OU >50% MAIOR PRE-OPERATÓRIO 0 PA <50% VALOR PRE-OPERATÓRIO			
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO		ATIVIDADE MUSCULAR		CONSCIÊNCIA			
0 SpO2 DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O2 1 PRECISA RECEBER O2 PARA SpO2 <90% 2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE		2 APTO MOVER 4 EXT 1 APTO MOVER 2 EXT 0 APTO MOVER 1 EXT		2 DESPERTO TOTALMENTE 1 DESPERTO AO CHAMAR 0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO			

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

sem alteração

Roberto Tavares
Médico Anestesiologista
CRM - 9054 - SSA - 13977

Carimbo e assinatura:

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

qf: 580448

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Leandemir Rodrigues da Silva REGISTRO Nº 353004
 SALA CIRÚRGICA Nº 07 DATA 31/09/2020
 CIRURGIAS: Dr. Frac. Durães Pinho ESQ. CIRURGIÃO: Dr. Felipe Carvalho
 ANESTESIA: Bloqueio ANESTESIOLOGISTA: Stenio

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
03	Bupivacaína CIV				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg			03	Cateter para Venopunção nº 38		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			03	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
1	Soro Fisiológico				Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			10	Gase 7,5x7,5 Pels		
	Tenoxicam			1	Lâmina de Bisturi nº 24		
1	Papi				Luvas Estéreis 7,0		
TX	Clorox. degermanté.			1	Luvas Estéreis 7,5		
TX	Alcool a 70%			1	Luvas Estéreis 8,0		
TX	Clorox. alcalica.				Seringa 5ml		
TX	esparadrapo			1	Seringa 10ml		
1	escova el degermanté				Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

18:50.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS 580448
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE AT- ~~80448~~

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Cláudio de Jesus de Silva REGISTRO Nº _____
 SALA CIRÚRGICA Nº 04 DATA 10/02/20
 CIRURGIÃO: Luiz Antônio
 ANESTESIA: Laxar + Sedação ANESTESIOLOGISTA: Flávia Tostam

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<input checked="" type="checkbox"/>	Oxigênio			<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha Descartável		
<input checked="" type="checkbox"/>	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina			1	Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			1	Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<input checked="" type="checkbox"/>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de Aço Vicul		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<input checked="" type="checkbox"/>	Soro Fisiológico			1	Fio de Nylon Nº 20		
<input checked="" type="checkbox"/>	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<input checked="" type="checkbox"/>	Gase 7,5x7,5		
	Tehoxican			<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina de Bisturi Nº 24		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiótico			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,0		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiótico			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,5		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiótico			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 8,0		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiótico			<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 5ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiótico			<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiótico			<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 20ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiótico				Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				1	Tubo para Aspiração		
				<input checked="" type="checkbox"/>	Compresso		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Luiz Antônio de Carvalho
 Ortopedia e Traumatologia
 Assinatura do Cirurgião

Luciene Faria
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO At: 580448

PACIENTE: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA REGISTRO Nº 353004
 SALA CIRÚRGICA Nº 04 DATA 27/01/2020
 CIRURGIAS: REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA
COMPLEXA DE MANDIBULA CIRURGIÃO: ARVALDO BRITO
 ANESTESIA: GERAL ANESTESIOLOGISTA: DAILDO

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio			15	Agulha Descartável	ND	
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
01	Atropina	1			Agulha para Raqui		
01	Bupivacaína	1			Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio	1	
01	Dezametasona 4mg	1			Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona	L			Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização	1	
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro	1	
04	Neostigmina	1			Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			01	Fio de Aço	1	
	Ringer co Lactato	L			Fio de Algodão		
02	Soro Fisiológico	L		01	Fio de Nylon	1	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno	1	
	Succinato de Estriol			06	Gase 7,5x7,5	1	
02	Tenoxicam	L		01	Lâmina de Bisturi	1	
01	PROPOFOL	1		04	Luvas Estéreis 7,0	1	
01	CISATRICURIO	1			Luvas Estéreis 7,5		
01	EXORTIL	1		01	Luvas Estéreis 8,0	1	
01	ORMOV-D	1		05	Seringa 5ml	1	
TX	LUVAS PROCEDIMENTO			06	Seringa 10ml	1	
03	TOUCAS DES.	4		02	Seringa 20ml	L	
03	MÁSCARAS DES.	4			Sonda de Folev		
03	PROTÉ.	4			Sonda Endotraqueal		
TX	CUREXIDINA				Sonda Nasogástrica		
TX	ALCOOL 70%				Sonda Uretal		
TX	ESPARADRAPO				Tubo para Aspiração		
				02	COMPRESSAS est. dos	L	
				01	LATEX	1	
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Arvaldo Brito Brito
 Cirurgião Bucal Maxilo-Facial
 6985

Assinatura do Cirurgião

Juciaria Diniz
 COREN-PE 1467840-TE

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
AValiação PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 21/01/2020 HORA DE ADMISSÃO: 00:01 HORA DA LIBERAÇÃO: _____

REGISTRO: 353004 CIRURGIÃO: Spina e Mauricio ANESTESISTA: Priscila

NOME DO PACIENTE: Chaudemir Rueluques do Silva

PROCEDIMENTO REALIZADO: Ho. cir. prot. exp. tubos. uniz. p/ Espirator. PONTUAÇÃO FINAL: _____

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração:					
• Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	2			
• Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização)	1				
• Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica					
• > 80% do nível pré-anestésico	2	2			
• 50 a 80% do nível pré-anestésico	1				
• < 50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência:					
• Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço	2				
• Acorda quando chamado pelo nome	1	1			
• Não responde ao comando	0				
Coloração:					
• Coloração e aparência normais da pele	2	2			
• Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica	1				
• Cianose evidente	0				
Atividade Muscular:					
Movimenta-se espontaneamente ou sob comando:					
• Capacidade de movimentar todas as extremidades	2				
• Capacidade de movimentar duas extremidades	1	2			
• Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				
Total:					

Necessário para que receba Alta da Sala de Recuperação: 7-8 pontos

Observações:

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

AT - 580498
P - 353004

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Cláudio Carlos Rodrigues da Silva REGISTRO Nº (08)
SALA CIRÚRGICA Nº (08) Femin Distal (D) DATA 20/01/20
CIRURGIAS: Pro. Cir. Fract. Exposta CIRURGIÃO: Dr. Marco + Naurice
ANESTESIA: Arter. mM.II PIE ANESTESILOGISTA: Dr. Marcelina
Raqui Patrícia Fuscula

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<u>02</u>	Oxigênio			<u>01</u>	Agulha Descartável		
<u>02</u>	Água Destilada				Agulha para Pendura		
<u>01</u>	Atropina			<u>01</u>	Agulha para Raqui		
	Bupivacaina				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g			<u>01</u>	Atadura Crepom		
	Clonidina			<u>01</u>	Cateter para Oxigênio		
<u>01</u>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<u>02</u>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<u>05</u>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			<u>01</u>	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
<u>01</u>	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<u>01</u>	Soro Fisiológico			<u>01</u>	Fio de Nylon <u>200</u>		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<u>01</u>	Gase 7,5x7,5		
<u>02</u>	Tenoxicam			<u>02</u>	Lâmina de Bisturi		
<u>01</u>	<u>Mudaxolan</u>			<u>1</u>	Luvas Estéreis 7,0		
<u>02</u>	<u>Rocyn</u>			<u>01</u>	Luvas Estéreis 7,5		
<u>2</u>	<u>Gentamicina 40 mg</u>			<u>01</u>	Luvas Estéreis 8,0		
<u>01</u>	<u>Chlraseton</u>				Seringa 5ml		
<u>01</u>	<u>Bupivacaina</u>			<u>01</u>	Seringa 10ml		
<u>01</u>	<u>Fentanila</u>				Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
<u>01</u>	<u>Clorid</u>				Sonda Endotraqueal		
<u>01</u>	<u>Cloridina</u>				Sonda Nasogástrica		
<u>01</u>	<u>Esparadrapo</u>				Sonda Uretal		
<u>01</u>	<u>escova de dentes</u>			<u>01</u>	Tubo para Aspiração		
<u>01</u>	<u>compressas 10x10</u>						
<u>01</u>	<u>luva de procedimento</u>						
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Marcos Gonçalves
Residência Médica / Traumatologia
Assinatura do Cirurgião

Carla Ribero
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro: 353004

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 55

EVOLUÇÃO MÉDICA

ID: SEXO MASCULINO, 38 ANOS.

DIH: 20/01/20

HD: FX COMPLEXA DE MANDÍBULA

FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE DIAFISÁRIA DE TIBIA

SITUAÇÃO: FIXADOR EXTERNO 21/01/20

EVOLUÇÃO: PACIENTE APRESENTA-SE BEM CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ACEITA DIETA VIA ORAL, SEM RESTRIÇÕES. QUEIXA-SE DE INSÔNIA. PCT RELATA DESALINHAMENTO DE FIXADOR.

EXAME FÍSICO:

COTE, EUPNEICO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO.

CD:

1. VPM

DATA: 06/02/20

CARIMBO + CREMEPE: _____

Dr. Marco Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 26.760

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro: 353004

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 55

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FX COMPLEXA DE MANDÍBULA + FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE DIAFISÁRIA DE TIBIA

Acidente de moto

EVOLUÇÃO: PACIENTE APRESENTA-SE BEM CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. ACEITA DIETA VIA ORAL, SEM RESTRIÇÕES. QUEIXA-SE DE INSÔNIA, MAS SEM OUTRAS QUEIXAS.

CD:

1. VPM

DATA: 10/02/2020

CARIMBO + CREMEPE: _____

Dr. Márcio Rodrigues
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.7160

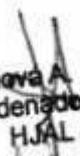
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Aluísio Rodrigues
da Silva residente Rua Francisco Juvy
Amaz nº 22 Floresta B-jardim esteve internado
neste Hospital no período de 20-01-20 à
_____ com diagnóstico de CID:
_____ prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 20 / 02 / 20


Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
HJAL / UPA

Responsável

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 991.191216
Nome: Cláudio Rodrigues da Silva Idade: 38
Data de Nascimento: 07/05/81 Sexo: M Cid.: Perde Estado Civil: _____
Naturalidade: Belo Jardim PE Profissão: _____
Endereço: _____
Procedência: Belo Jardim Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: _____ Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: Bombeiro
Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: / / Hora: _____
NATUREZA DO ACIDENTE
 Casual Acid. do Trânsito Tentativa de Suicídio
 Queda Intoxicação Outras Causas
 Acid. do Trabalho Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: Clínico Cirúrgico
História da Doença Atual: Politrauma em Colisão Motor-veículo por BR 232 - vítima de acidente com várias lesões em regiões superiores do corpo e fratura ossos da perna e punho.

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: 120/80 Pulso: _____ Temperatura: _____

Jeová Ferreira
Pesq. Coordenador Executivo
HJAL/LIRA

- Fratura distal de fêmur D - exposta
- fratura proximal de tíbia D.
- fratura punho oss.

HTA = crônica

5884759.

Diagnóstico Provisório: _____

G. L. Santos
RECEPCIONISTA

[Assinatura]
MÉDICO CREMEPE

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO: Clayson R. Rodrigues Da Silva (384)

DADOS CLÍNICOS:

Vítima acidente com c/ta moto - caminhada apressada
e alcoolizada com fraturas de fêmur distal, diáfise e tíbia
distal.

EXAMES COMPLEMENTARES (RESULTADO):

Guaybow = 14!

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Múltiplas fraturas de ossos da MM II e III

CONDUTA ADOTADA:

Trat. ortopédico associado
56.57 - 5020/0

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

HRA CACUARA - RR 5824753 - JCM

Dr. Pedro Henrique
Medicina
CRM 12345

20/01/2020
DATA

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

José A. Ferreira
Coordenador Executivo
HRA JUA

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA
OUTRO SERVIÇO

5824753

NOME

CRM

DATA



Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

DG: 353004

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURIA

(RQ-06)

Nº 062643

2º Via Cliente

Hospital: HATA Convênio: TAC Cidade: CARUARU

Nome do Paciente: ANDRÉIA ROBERTA DA SILVA Data da Cirurgia: 24.04.20

Médico: DR. MARCOS GONCALVES Membro Operado: PERNA E + D

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
ELADORE ESTERIL 7.00 TUBO TUBO		02	
22223038 4 46264592-0			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	QUANT.	LOTE
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº	QUANT.	LOTE
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	QUANT.	LOTE
PARAFUSOS CANULADOS	Nº	QUANT.	LOTE
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº	QUANT.	LOTE

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: [Handwritten Signature]

RECIFE

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
07/05/1981
ID: 353004
Male
38 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Mandibula - 3 vistas
Ac. Nb: 324886
Acq.: 27/01/2020
Acq.: 14:47:41

10 cm

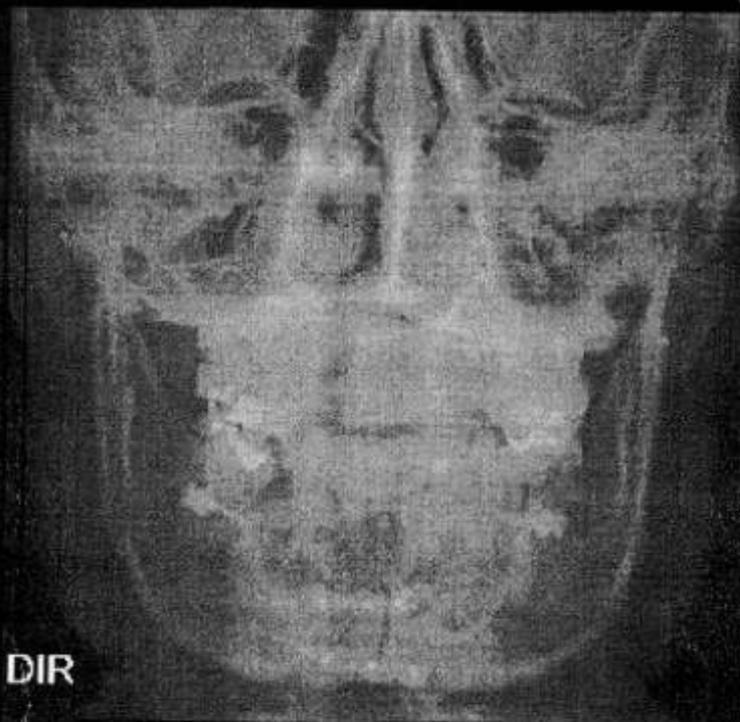


R

AP DIR

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 14,94%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (3020x2400)

Series Nb: 5
AP Axial



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Cláudio de Almeida Rodrigues de Silva

Prontuário: 353004

Data: 20 / 01 / 2020

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de parassínfise mandibular (E)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório de Dr. Belmiro Torres, no
dia 05/02/2020, às 07h00, meses com antecedência

TATAMENTO REALIZADO:

osteossíntese de fratura de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: / /

Hora: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

PRONTUÁRIO: 353004

DATA DE ENTRADA: 20/01/2020

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE BARTON NO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO + FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES DOS COORDENADORES DO SERVIÇO. ORIENTADO ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE MÃO COM DR. FELIPE LESSA, COM RETORNO EM 30 DIAS. ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADAS AO PACIENTE E ACOMPANHANTE. MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ RETORNO AMBULATORIAL.

TRATAMENTO REALIZADO:

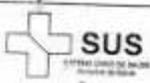
- 1- RAFI DA FRATURA DE BARTON COM PLACA VOLAR EM RÁDIO ESQUERDO
- 2- RAFI DA FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO COM PLACA LISS
- 3- OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR

ALTA HOSPITALAR: 28/03/2020

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

Dr. Raphael Heitor
Médico Residente
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 29.118

ASS: DO MÉDICO RESIDENTE



SUS
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 _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____

4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE _____

6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO _____

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR _____

10.1 - ETNIA _____

11 - NOME DA MÃE _____

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____

18 - UF _____

19 - CEP _____

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) _____

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR _____

22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR _____

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____

24 - COD. 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 - COD. 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 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

34 - QTDE. _____

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

37 - QTDE. _____

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

40 - QTDE. _____

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

2 - FAMILIA DE MARIBELA

2 - OBS: IMPUNIA INSCIA DO PROCEDIMENTO em 2010

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____

44 - DOCUMENTO _____

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

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

Dr. Luanda
Francisca dos S. Barboza
Bucmaxilar
CRO 13035

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR _____

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____

50 - DOCUMENTO _____

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

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



Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

RG: 353004

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 062830

2º Via Cliente

Hospital: HEM Convênio: TAC Cidade: CARUARÁ

Nome do Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA Data da Cirurgia: 10.02.20

Médico: WILZ ANTONIO Membro Operado: TIBIA "E"

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
haste bloqueada P/ tibia		01	
EF: 232991-3			
Dr. WILZ ANTONIO Membro Operado Ortomédica - Parnamirim CRM 62474-15			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

Cx - 180

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: [Assinatura]



Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

RG: 353004

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 063429

2º Via Cliente

Hospital: HRA Convênio: TAC Cidade: CARUARU
Nome do Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA Data da Cirurgia: 02.03.20
Médico: WIZ ANTONIO Membro Operado: FÊMUR "D"

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
PLACA BLOQUEADA NYPLATE EF: 280719-0		01	
PARAFUSO BLOQUEADO EF: 276611-6		09	
ENXERTO OSSEO EF: 167808-6		01	
<p>Dra. Selma Lorena Médica Residente de Ortopedia / Traumatologia CRM: 26199</p>			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	HAP-91®		ESTERIL EM
	QUANT.	<p>Hydroxapatite Porosa Absorbível - Absorvível e biodegradável Tubo de 10mm de diâmetro</p> <p>Apresentação: 5,000 - 10 mesh TYPE LOT: HA18019-1M RAD DATE PATENT NOME DO PROPRIETÁRIO: SOCIEDADE REGISTRADORA: DATA DA CIRURGIA: SETOR CLÍNICO: ENFERMEIRO: CLIENTE: ESTÉRIL EM: 2018-09 2021-09 STERILE EO</p>		
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº	QUANT.		
	LOTE			
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	QUANT.		
	LOTE			
PARAFUSOS CANULADOS	Nº	QUANT.		
	LOTE			
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº	QUANT.		
	LOTE			



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

7 - NOME DO PACIENTE

ANDRÉIN RIBEIRO DA SILVA

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651119996070582

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc Fem. **3**

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

DDD

997352186

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Francisco Junz Peres, n: 22 - Floresta

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Floresta

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE 55258210

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de peso e fraqueza nos membros inferiores há 3 dias

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fr. Cerebelar

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

FR + exames físicos

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

instauração de fr. cerebelar

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fr. Cerebelar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Renato C.O. Camp

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

262010390690-4



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

Waldemir Rodrigues da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651119996070581

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

DDD

994352186

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Francisco Gomes de Azevedo nº 22 - Floresta

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Jardim

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE 55158110

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Mobilidade atípica em mandíbula

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pacient cirúrgico

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

Ex. Rx + Ex. tomogm

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de mandíbula

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenções para fratura complexa mandíbula

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0404020500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

018431804

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

AZUALDO BRITO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/01/2020

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

Azualdo Brito Filho
Belo Jardim, PE, 27/01/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

262010390694-8



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Cláudia Rodrigues da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651199990

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ex comissão com pontos 05 e 2
ponto 01 e 02

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Resultados de exames

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

Análise de urina

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

do 2º grau para 5723

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO comissão

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050519

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

D. Luiz Augusto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/07/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Cláudio Roberto de Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 1 0 3 2 1 0 4 1 6 5 4 4 1 9 9 9 1 6

8 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

José Maria de Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Infecção T. O. Coxa

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção T. O. Coxa

24 - CID 10 PRINCIPAL

1031

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

1to Cirúrgico

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO () JCMS () JCPF

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

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

014151040027

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Alfredo Lourenço

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/3/2020

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

Dr. Alfredo Lourenço

Ortopedia - Der

OBVIÇÕES

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, ACIDENTES DE TRABALHO, ACIDENTES DE TRAJETO)

6 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

7 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

8 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () JCMS () JCPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Integridade
Fratura fechada fechada nos
ombros laterais + deslocamento
fratura e deslocamento de
ombro AA
do Bordo Unificado

Dr. Leonardo Canêjo
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 13783 - TEOT 1115

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

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

Nome: FR DA BRUNIA RG: _____
 Endereço: _____ Tel.: _____
 Data: 1 / 1 / 20

FR DA CORA IS
FR DO JOELHO

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome: _____ RG: _____
 Endereço: _____ Tel.: _____
 Procedimento: FR DA

FR DA
FR DO JOELHO
FR DA

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: _____ Internamento _____

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

N° Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

N° do leito:

Operador: DR. MAURÍCIO PAES

1º Assistente: DR. MARCOS GONÇALVES R1

2º Assistente:

Instrumentador: SUELLEN + JAILSON

Anestesista:

Anestesia: GERAL

Duração:

Data da Operação: 21/01/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIAFISARIA

Diagnóstico Pós-operatório: A MESMA

Operação Proposta: CONTROLE DE DANOS

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISUALIZADO LESÃO EM JOELHO DIREITO
4. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO-TUBO EM MID
6. VISUALIZADO LESÃO EM TIBIA ESQUERDA
7. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
8. INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO-TUBO EM FORMATO LINEAR EM TIBIA E
9. LAVAGEM COM SFO,9%
10. SUTURA DE FERIMENTO PARA APROXIMAÇÃO DAS BORDAS
11. CURATIVO
12. VISUALIZADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM AMBOS OS MEMBROS APOS PROCEDIMENTO CIRURGICO
13. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Marcos Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 16.760

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

N° Registro:

Clínica: ORTOPEdia

N° do leito:

Operador: DR. LUIZ ANTONIO

1º Assistente: DR. MARCOS IRAN R1

2º Assistente:

Instrumentador: GUSTAVO

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 10/02/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE TIBIA E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: OSTEOSINTESE DE FRATURA DE TIBIA E

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO ANTEROMEDIAL AO JOELHO E + INTRODUIDO INICIADOR SOB FLUOROSCOPIA
4. PASSAGEM DE FIO GUIA + FRESAGEM DO CANAL MEDULAR + INSTALAÇÃO DE HASTE COM BLOQUEIOS PROXIMAIS E DISTAIS
5. LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9%
6. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0
7. CURATIVO
8. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Marcos Gonçalves
N.º 165
CRM 2760



SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE - STS
EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE COMPLETO: Claudemir Rodrigues da Silva

NOME DA MÃE: Mãe, Marcia da Silva

NÚMERO DO CARTÃO SUS: 40320465 1119996 ENDEREÇO: R. Francisco Muniz Aguiar

DATA DE NASC.: 07/05/1981 IDADE: 38 SEXO: M PESO: _____ R. G.: 0669220 MUNICÍPIO: Belo Jardim

CONVÊNIO: _____ MATRÍCULA/SENHA/VALIDADE CARTEIRA: _____

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL: HRA MUNICÍPIO: _____

FONE/RAMAL: _____ LEITO: _____ Nº REGISTRO: _____

3 - DIAGNÓSTICO

4 - HISTÓRICO TRANSFUSIONAL

ANTECEDENTE TRANSFUSIONAL: NÃO () SIM () CH () CP () OUTROS ()

RELAÇÃO TRANSFUSIONAL: NÃO () SIM () TIPO? _____ DATA: ____/____/____

USA SANGUE FENOTIPADO: NÃO () SIM () QUAIS FENÓTIPOS? _____

5 - HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS EM UNIDADE OU VOLUME:

02l (dos) Concentrados de Plasma

6 - TIPO DE TRANSFUÇÃO

PROGRAMADA - DIA 25/10/18

NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24H

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

RESERVA VÁLIDA POR 72 HORAS

FONE PARA CONTATO: 81-3719-9425

URGENTE: A realizar dentro de 03 horas, desde que não sejam procedimentos eletivos.

EXTRA URGÊNCIA: Autorizo sem prova cruzada e declaro estar ciente dos riscos para o paciente que está sob minha responsabilidade médica. As condições clínicas do paciente não permitem qualquer retardo na administração de transfusão. (Termo de responsabilidade no verso)

ASS. GARIMBO MÉDICO: _____ CRM: 25263 DATA: 25/10/18 HORA: _____

Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 2282 CRM-BA: 30917

RECEBIDO NA AGENCIA TRANSFUSIONAL

DATA: ____/____/____ HORA: _____ FUNCIONÁRIO(MATRÍCULA): _____

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

TIPAGEM PACIENTE: O+ PESQ. ANTC. IRREGULARES: Negativo TÉCNICO RESPONSÁVEL: _____

LIBERAÇÃO

Nº TUBO COLETOR	Nº DA BOLSA	PRODUTO	ABO/RH	VALIDADE	TESTE DE COMPAT.
<u>255 ml</u>	<u>L2356360</u>	<u>PH</u>	<u>O+</u>	<u>20/10/18</u>	<u>Compatível</u>
<u>300 ml</u>	<u>L2393627</u>	<u>CM</u>	<u>O+</u>	<u>20/10/18</u>	<u>Compatível</u>

ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL: _____

DATA: ____/____/____ HORA: _____ TÉCNICO RESPONSÁVEL: _____



SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE - STS

EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

folha: 580448

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE COMPLETO:

Anderson Rodrigues da Silva

NOME DA MÃE:

maria da Silva

NÚMERO DO CARTÃO SUS

ENDEREÇO

703204651139996

Rua Francisco muniz Soares

DATA DE NASC.

IDADE

SEXO

PESO

R. G.

MUNICÍPIO

091051983

38

Pelo Gendim

CONVÊNIO

MATRÍCULA/SENHA/VALIDADE CARTEIRA

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL

HRA

MUNICÍPIO

Larnaru

FONE/RAMAL

LEITO

55

Nº REGISTRO

353004

3 - DIAGNÓSTICO

Fratura exposta

4 - HISTÓRICO TRANSFUSIONAL

ANTECEDENTE TRANSFUSIONAL: NÃO () SIM () CH () CP () OUTROS ()

RELAÇÃO TRANSFUSIONAL: NÃO () SIM () TIPO?

USA SANGUE FENOTIPADO: NÃO () SIM () QUAIS FENÓTIPOS?

DATA: / /

5 - HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS EM UNIDADE OU VOLUME:

O.C.H

6 - TIPO DE TRANSFUÇÃO

PROGRAMADA - DIA / / HORA

NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24H

DATA DA CIRURGIA: / /

VALIDA POR 72 HORAS

FONE PARA CONTATO: 81-3719-9425

ASS./CARIMBO MÉDICO:

URGENTE: A realizar dentro de 03 horas, desde que não sejam procedimentos eletivos.

EXTRA URGÊNCIA: Autorizo sem prova cruzada e declaro estar ciente dos riscos para o paciente que está sob minha responsabilidade médica. As condições clínicas do paciente não permitem qualquer retardo na administração de transfusão. Termo de responsabilidade no verso)

CRM:

DATA: 01/03/2015 HORA:

RECEBIDO NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

DATA: 01/03/2015 HORA:

FUNCIONÁRIO(MATRÍCULA):

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

TIPAGEM PACIENTE:

O+ Ros

PESQ. ANTC. IRREGULARES:

Não

TÉCNICO RESPONSÁVEL

Paulo

LIBERAÇÃO

Nº TUBO COLETOR	Nº DA BOLSA	PRODUTO	ABO/RH	VALIDADE	TESTE DE COMPAT.
305-1-2361569	275/1505-9	OH	O+	26/03/20	CompatuCC

ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL:

DATA:

HORA:

TÉCNICO RESPONSÁVEL

hora retirada da senha: 20/01/2020 17:07

Nome Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente: 353004
Data de Nascimento: 07/05/1981
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: U0021
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 580398 
SAME: 353004

Período: 20/01/2020 17:12 - 20/01/2020 17:19

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **MUITO URGENTE**

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE ORIUNDO DE BELO JARDIM, VITIMA DE COLISAP MOTO/ CAMINHAO, APRESENTANDO FRATURA EM FEMUR E PATELA DIREITA (EXPOSTA) + MIE + PUNHO ESQUERDO. APRENDA DOR E EDEMA + TRAUMA EM FACE. DM -/ HAS -

Observação: ALCOOLIZADO, COM MACA E SENHA5864739

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - MECANISMO DE LESÃO?
- GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL?

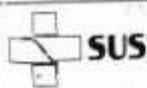
especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

20/01/2020 17:44 - IRAM BARBOSA DA SILVA - mudança de especialidade

Mudança de Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/01/2020 17:44



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Cláudio Rodrigues da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651119996070583

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

937352186

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Francisco de Assis nº 22 - Floresta

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Jardim

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO - UF

PE 55158110

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Mobilidade atípica em mandíbula

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pacient cirúrgico

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

Ex. Raio X e Ex. tomografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de mandíbula

24 - CID 10 PRINCIPAL

S076

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Interação fratura complexa mandíbula

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0404020500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

019431804

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ARVALDO BRUNO FILHO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/05/2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL)

Arvaldo Bruno Filho
CBO 31201001
CBO 31201001

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

262010390695.9

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO At. 580448

PACIENTE: Claudemir Rodrigues da Silva REGISTRO Nº 353004

SALA CIRÚRGICA Nº 05 DATA 27/03/2020

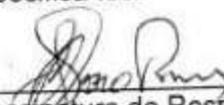
CIRURGIA: Limpeza Cirúrgica CIRURGIÃO: Alfredo Lourenço

ANESTESIA: Raquia Sedação ANESTESIOLOGISTA: Constantino Machado

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
1x	Oxigênio			02	Agulha Descartável 40x12		
04	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina			01	Agulha para Raqui 27		
01	Bupivacaína 0,5%				Atadura Gessada		
02	Cefazolina 1g			04	Atadura Crepom 2cm		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg			01	Cateter para Venopunção 18		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			04	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
01	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
08	Soro Fisiológico			02	Fio de Nylon 2-0		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			06	Gase 7,5x7,5 200		
02	Tenoxicam			01	Lâmina de Bisturi 24		
01	Fentanyl RA				Luvas Estéreis 7,0		
01	Ketamina RA			06	Luvas Estéreis 7,5		
01	MIDA 2.0 RA			02	Luvas Estéreis 8,0		
					Seringa 5ml		
				02	Seringa 10ml		
				03	Seringa 20ml		
06	GARRA				Sonda de Foie		
06	MAXIMA				Sonda Endotraqueal		
06	PROPEX 102				Sonda Nasogástrica		
100ml	CLORPENTINA 5%				Sonda Uretal		
300ml	" " 2%			01	Tubo para Aspiração		
				03	ESCARA PVPI		
				02	PACT COMPRESS		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Alfredo Lourenço
 CPMSB 12.122
 Assinatura do Cirurgião


 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAYTON ROBERTO SILVA

Nº do Registro:

Clínica: ORTOP.

Nº do Leito:

Operador: DR ALFREDO

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 27/3/2020 Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

fratura T.O. COTA (D)

Diagnóstico Pós-Operatório:

(D) normal

Operação Proposta:

Debridamento cirúrgico

Operação Realizada:

(D) normal

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

(1) Realizar punção sob protocolo + antiseptização + campo

(2) acesso direto sobre COTA (D) lateral + limpeza exata do sítio.

(3) Sutura + curativos

Dr. Alfredo Lourenço
Ortopedia - Der
CRM-PE 21980

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Atend.:
580.448

BLOCO CIRÚRGICO

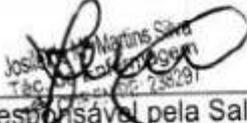
PACIENTE: Cláudio Rodrigues da Silva REGISTRO Nº 353.004
 SALA CIRÚRGICA Nº 03 DATA 24/10/20
 CIRURGIÃO: Dr. Felipe Lense
 ANESTESIA: Bloq. Plexo + Sedação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Caio Soprano

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
9x	Oxigênio			04	Aguilha Descartável		
06	Água Destilada			01	Aguilha para Pendura <u>Plexo n.º 50</u>		
02	Atropina				Aguilha para Raqui		
01	Bupivacaina CIV				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g <u>Rocupim</u>			08	Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
02	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
01	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
06	Soro Fisiológico			02	Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			14	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			03	Lâmina de Bisturi		
01	<u>Fentamil</u>			06	Luvras Estéreis 7,0		
01	<u>Midazolam</u>			06	Luvras Estéreis 7,5		
9x	<u>Alcool. 70%</u>			03	Luvras Estéreis 8,0		
6x	<u>Cloridina Alcoolico</u>				Seringa 5ml		
7x	<u>Cloridina desarmante</u>			08	Seringa 10ml		
15	<u>Suaporadriapo</u>			02	Seringa 20ml		
20	<u>Compressa</u>				Sonda de Foiev		
05	<u>Escova</u>				Sonda Endotraqueal		
01	<u>Algodão Estéril</u>				Sonda Nasogástrica		
02	<u>Smarach</u>				Sonda Uretal		
04	<u>Escova</u>			01	Tubo para Aspiração		
06	<u>Luva</u>						
06	<u>Propi</u>						
06	<u>Mascara</u>						
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia


 José Augusto Martins Silva
 Médico Cirurgião
 CRM nº 238291

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

N° Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

N° do leito:

Operador: DR. FELIPE LESSA

1º Assistente: DR. MARCOS IRAN R2

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Duração:

Data da Operação: 24/03/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: RAFI + CAPSULORRAFIA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. GARROTE EM MSE
3. ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO AO RADIODISTAL POR VIA VOLAR + VISUALIZAÇÃO DO FOCO FRATURÁRIO + REDUÇÃO DE FRATURA + ESTABILIZAÇÃO COM PLACA PARA RADIO DISTAL 3.5MM BLOQUEADA + 03 PARAFUSOS BLOQUEADOS
5. VISUALIZADA LESÃO DA CAPSULA ARTICULAR DO PUNHO + REALIZA CAPSULORRAFIA
6. LAVAGEM EXAUSTIVA DA FERIDA COM SFO,9%
7. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0
8. CURATIVO
9. RETIRADO GARROTE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO TECIDUAL PERIFÉRICA
10. ENCAMINHO A SRPA

Dr. Márcos Irã R2
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 26.750

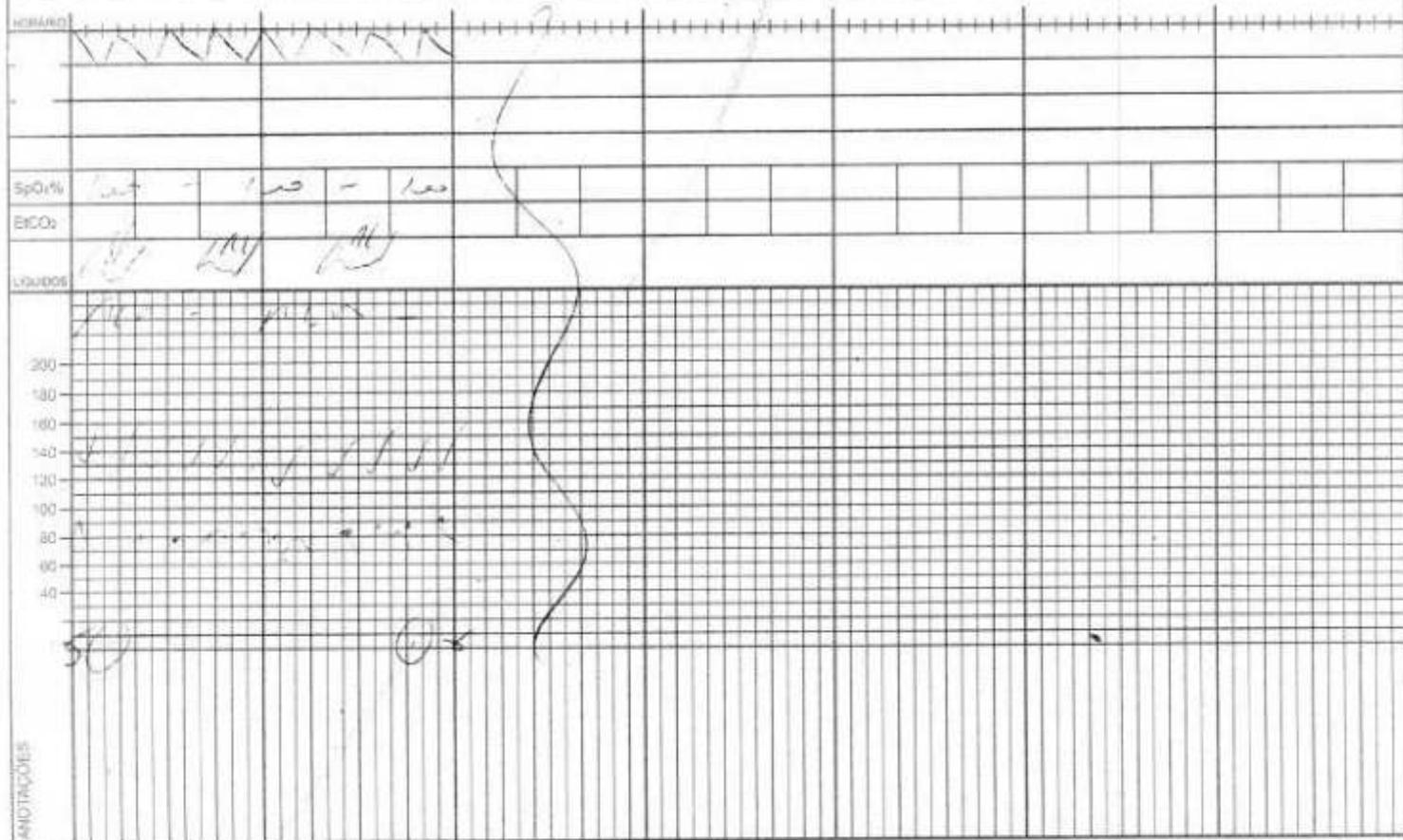


COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 20560

NOME: Claudemir Rodrigues da Silva		REGISTRO: 353004	CATEGORIA: SUS
HOSPITAL: HMS	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CCR: <input type="checkbox"/> Br <input type="checkbox"/> Pd <input type="checkbox"/> N	IDADE: 55
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur distal		HORÁRIO: 18:30	DATA: 02/03/20
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: A mesma		PESO: 70 kg	PA: 130 x 90
OPERAÇÃO PROPOSTA: Redução e fixação da fratura de fêmur distal com placa e parafusos intramedulares		FC: 70	RESPIRAÇÃO: 15 IRPM
OPERAÇÃO REALIZADA: A mesma		CÓDIGO CIRURGIA:	ASA: II



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA:
Propofol 2%	1%	100 ml	Propofol 2% 100ml + Fentanil 100mcg + Sufentanil 100mcg + Rocuronio 100mg + Ureia 100ml
			Ureia 100ml + Sufentanil 100mcg + Rocuronio 100mg + Ureia 100ml
			Ureia 100ml + Sufentanil 100mcg + Rocuronio 100mg + Ureia 100ml
			Ureia 100ml + Sufentanil 100mcg + Rocuronio 100mg + Ureia 100ml

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: _____ DURAÇÃO DA ANESTESIA: _____

<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> _____
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S. VESICAL	<input checked="" type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	<input type="checkbox"/> _____

ENCAMINHADO	DESTINO
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> RPA
<input checked="" type="checkbox"/> ADORMECIDO	<input type="checkbox"/> UTI
<input checked="" type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> QUARTO
<input type="checkbox"/> INTUBADO	



SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 42585

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: <i>Cláudia Regina Rabelo</i>				PRONTUÁRIO: <i>353</i>	
DATA: <i>21/07/2020</i>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE:	NASCIMENTO: <i>1/1</i>	CONVÊNIO: <i>SE</i>	
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Tratamento expiratório da síndrome de apnéia</i>					

Índice Aldrete Kroulik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
<i>5</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	S.O.		<i>120</i> <i>80</i>					
						15 min.							
						30 min.							
						60 min.							
						2h							
						3h							

Roberto Tomares
Médico Anestesiologista
CRM - 8004 - S22 - 13379

RESPIRAÇÃO					CIRCULAÇÃO				
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR 1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA 0 CIANÓTICO					2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO				
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO			ATIVIDADE MUSCULAR			CONSCIÊNCIA			
0 SpO ₂ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O ₂ 1 PRECISA RECEBER O ₂ PARA SpO ₂ > 90% 2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE			2 APTO MOVER 4 EXT 1 APTO MOVER 2 EXT 0 APTO MOVER 1 EXT			2 DESPERTO TOTALMENTE 1 DESPERTO AO CHAMAR 0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO			

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

2:10:21:20 - 22h - 1 - S.O.

Roberto Tomares
Médico Anestesiologista
CRM - 8004 - S22 - 13379

Carimbo e assinatura:

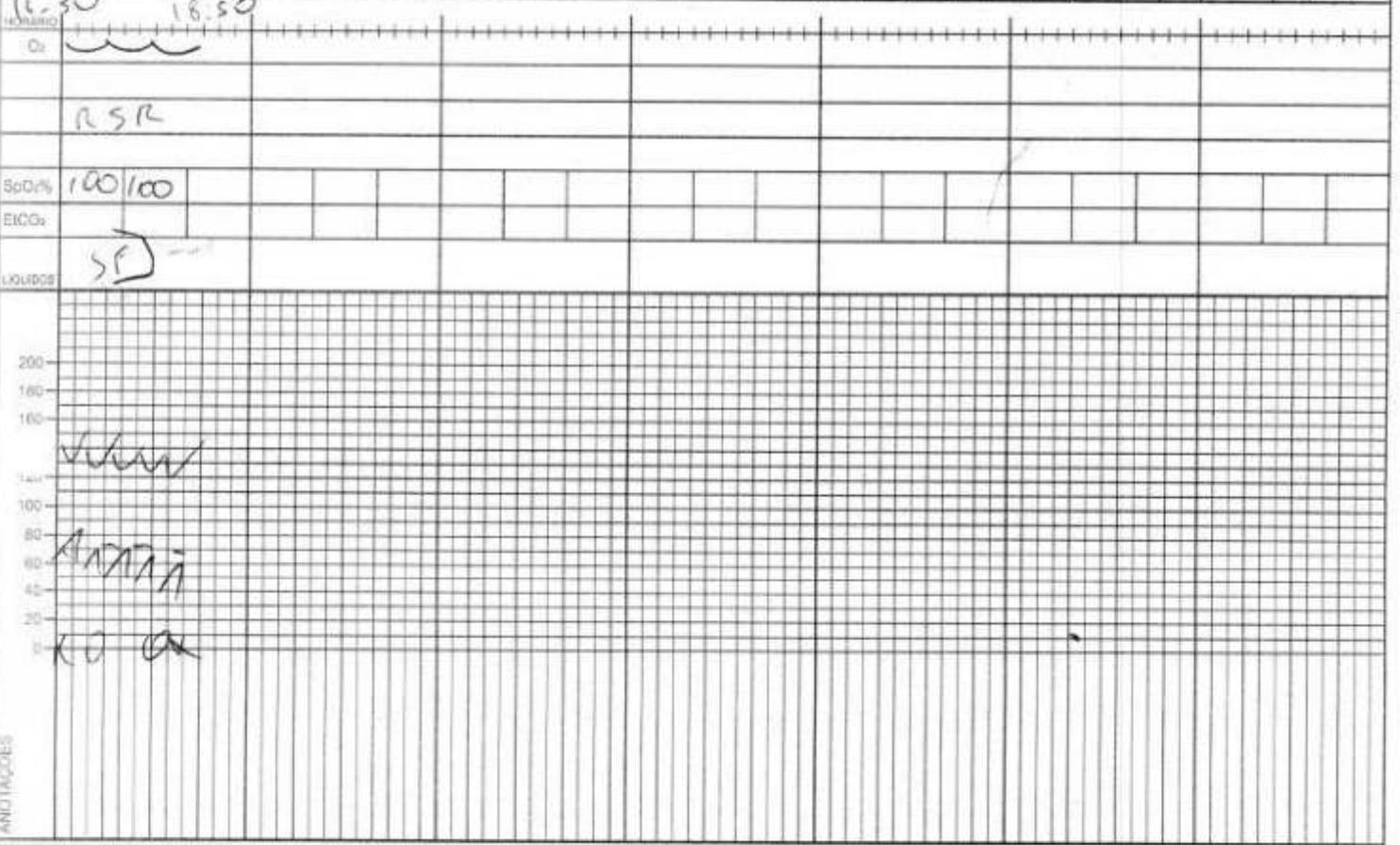


COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

VALOR Nº 18802

NOME <i>Claudemir Rodrigues da Silva</i>		REGISTRO <i>353004</i>	CATEGORIA <i>SUS</i>
HOSPITAL <i>UPA</i>	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR Br <input type="checkbox"/> Pd <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	IDADE
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>fratura rádio distal</i>		PESO <i>65</i> Kg	PA <i>130 x 80</i>
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		FC <i>90</i> BPM	RESPIRAÇÃO <i>13</i> IRPM
OPERAÇÃO PROPOSTA <i>Redução + Pinação</i>		CÓDIGO CIRURGIA	PORTE
OPERAÇÃO REALIZADA			



AGENTES	CONC	QUANTIDADE
<i>LiDO 1%</i>	<i>1%</i>	<i>40ml</i>
<i>Diazepam</i>		<i>10mg</i>
<i>benzocain</i>		<i>40mg</i>
<i>pentanil</i>		<i>75mg</i>
<i>ketorolac</i>		<i>15mg</i>
<i>propofol</i>		<i>60mg</i>

TÉCNICA ANESTÉSICA:
Bloqueio + Sedação

Bloqueio axilar + intubação por via oral (paciente com abertura bucal restrita)

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: _____ DURAÇÃO DA ANESTESIA: _____

<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S. VESICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

ENCAMINHADO	DESTINO
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> RPA
<input type="checkbox"/> ADORMECIDO	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> QUARTO
<input type="checkbox"/> INTUBADO	



SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

N 02555

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: <i>Blumenauer Roberto</i>		PRONTUÁRIO: <i>3530000</i>	
DATA: <i>13/02/2020</i>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE:	NASCIMENTO:
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Instrumento cirúrgico de pele de</i>			

Índice Aldrete Kroulik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	TAX	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
<i>9</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>12</i>		S.O.		<i>120</i>					
						15 min.							
						30 min.							
						60 min.							
						2h							
						3h							

Roberto Tavares
Médico Anestesiologista
CRM - 9054 - SSA - 13977

RESPIRAÇÃO				CIRCULAÇÃO			
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR 1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA 0 CIANÓTICO				2 PA <20% VALOR PRE-OPERATÓRIO 0 PA <25% OU >50% MAIOR PRE-OPERATÓRIO 0 PA <50% VALOR PRE-OPERATÓRIO			
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO		ATIVIDADE MUSCULAR		CONSCIÊNCIA			
0 SpO2 DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O2 1 PRECISA RECEBER O2 PARA SpO2 <90% 2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE		2 APTO MOVER 4 EXT 1 APTO MOVER 2 EXT 0 APTO MOVER 1 EXT		2 DESPERTO TOTALMENTE 1 DESPERTO AO CHAMAR 0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO			

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

sem alteração

Roberto Tavares
Médico Anestesiologista
CRM - 9054 - SSA - 13977

Carimbo e assinatura:

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

qf: 580448

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Leandemir Rodrigues da Silva REGISTRO Nº 353004
 SALA CIRÚRGICA Nº 07 DATA 31/09/2020
 CIRURGIAS: Dr. Frac. Durães Pinho ESQ. CIRURGIÃO: Dr. Felipe Carvalho
 ANESTESIA: Bloqueio ANESTESIOLOGISTA: Stenio

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
03	Bupivacaína CIV				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg			03	Cateter para Venopunção nº 38		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			03	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
1	Soro Fisiológico				Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			10	Gase 7,5x7,5 Pels		
	Tenoxicam			1	Lâmina de Bisturi nº 24		
1	Papi				Luvas Estéreis 7,0		
TX	Clorox. degermanté.			1	Luvas Estéreis 7,5		
TX	Alcool a 70%			1	Luvas Estéreis 8,0		
TX	Clorox. alcalica.				Seringa 5ml		
TX	esparadrapo			1	Seringa 10ml		
1	escova el degermanté				Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

18:50.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS 580448
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE AT- ~~80448~~

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Cláudio de Jesus de Silva REGISTRO Nº _____
 SALA CIRÚRGICA Nº 04 DATA: 10/02/20
 CIRURGIÃO: Luiz Antônio
 ANESTESIA: Laxar + Sedação ANESTESIOLOGISTA: Flávia Tostam

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<input checked="" type="checkbox"/>	Oxigênio			<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha Descartável		
<input checked="" type="checkbox"/>	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina			1	Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			1	Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<input checked="" type="checkbox"/>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de Aço Vicul		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<input checked="" type="checkbox"/>	Soro Fisiológico			1	Fio de Nylon Nº 20		
<input checked="" type="checkbox"/>	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<input checked="" type="checkbox"/>	Gase 7,5x7,5		
	Tehoxican			<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina de Bisturi Nº 24		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiotico			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,0		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiotico			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,5		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiotico			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 8,0		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiotico			<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 5ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiotico			<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiotico			<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 20ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiotico				Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				1	Tubo para Aspiração		
				<input checked="" type="checkbox"/>	Compresso		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Luiz Antônio de Carvalho
 Ortopedia e Traumatologia
 Assinatura do Cirurgião

Luciene Faria
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO At: 580448

PACIENTE: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA REGISTRO Nº 353004
 SALA CIRÚRGICA Nº 04 DATA 27/01/2020
 CIRURGIAS: REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA
COMPLEXA DE MANDIBULA CIRURGIÃO: ARVALDO BRITO
 ANESTESIA: GERAL ANESTESIOLOGISTA: DAILDO

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio			15	Agulha Descartável	ND	
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
01	Atropina	1			Agulha para Raqui		
01	Bupivacaína	1			Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio	1	
01	Dezametasona 4mg	1			Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona	L			Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização	1	
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro	1	
04	Neostigmina	1			Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			01	Fio de Aço	1	
	Ringer co Lactato	L			Fio de Algodão		
02	Soro Fisiológico	L		01	Fio de Nylon	1	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno	1	
	Succinato de Estriol			06	Gase 7,5x7,5	1	
02	Tenoxicam	L		01	Lâmina de Bisturi	1	
01	PROPIONOL	1		04	Luvas Estéreis 7,0	1	
01	CISATRACURIO	1			Luvas Estéreis 7,5		
01	EXORTIL	1		01	Luvas Estéreis 8,0	1	
01	ORMOV.D.	1		05	Seringa 5ml	1	
TX	LUVAS PROCEDIMENTO			06	Seringa 10ml	1	
03	TOUCAS DES.	4		02	Seringa 20ml	L	
03	MÁSCARAS DES.	4			Sonda de Folev		
03	PROTÉ.	4			Sonda Endotraqueal		
TX	CUREXIDINA				Sonda Nasogástrica		
TX	ALCOOL 70%				Sonda Uretal		
TX	ESPARADRAPO				Tubo para Aspiração		
				02	COMPRESSAS est. dos	L	
				01	LATEX	1	
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Arvaldo Brito Brito
 Cirurgião Bucal Maxilo-Facial
 6985

Assinatura do Cirurgião

Juciaria Diniz
 COREN-PE 1467840-TE

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

**SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

DATA: 21/01/2020 HORA DE ADMISSÃO: 00:01 HORA DA LIBERAÇÃO: _____

REGISTRO: 353004 CIRURGIÃO: Spina e Mauricio ANESTESISTA: Priscila

NOME DO PACIENTE: Chaudemir Rueluquis do Silva

PROCEDIMENTO REALIZADO: Ho cir. prot. exp. tubar. uniz PONTUAÇÃO FINAL: _____

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração:					
• Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	2			
• Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização)	1				
• Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica					
• > 80% do nível pré-anestésico	2	2			
• 50 a 80% do nível pré-anestésico	1				
• < 50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência:					
• Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço	2				
• Acorda quando chamado pelo nome	1	1			
• Não responde ao comando	0				
Coloração:					
• Coloração e aparência normais da pele	2	2			
• Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica	1				
• Cianose evidente	0				
Atividade Muscular:					
Movimenta-se espontaneamente ou sob comando:					
• Capacidade de movimentar todas as extremidades	2				
• Capacidade de movimentar duas extremidades	1	2			
• Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				
Total:					

Necessário para que receba Alta da Sala de Recuperação: 7-8 pontos

Observações:

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

AT - 580498
P - 353004

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Cláudio Rodrigues da Silva REGISTRO Nº (08)
SALA CIRÚRGICA Nº (08) Femin Distal (D) DATA 20/01/20
CIRURGIAS: Pro. Cir. Frnt. Exposta CIRURGIÃO: Dr. Marco + Naurice
ANESTESIA: Arter. mM.II PIE ANESTESILOGISTA: Dr. Marcelina
Raqui Patrícia Fuscula

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<u>02</u>	Oxigênio			<u>01</u>	Agulha Descartável		
<u>02</u>	Água Destilada				Agulha para Pendura		
<u>01</u>	Atropina			<u>01</u>	Agulha para Raqui		
	Bupivacaina				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g			<u>01</u>	Atadura Crepom		
	Clonidina			<u>01</u>	Cateter para Oxigênio		
<u>01</u>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<u>02</u>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<u>05</u>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			<u>01</u>	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
<u>01</u>	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<u>01</u>	Soro Fisiológico			<u>01</u>	Fio de Nylon <u>200</u>		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<u>01</u>	Gase 7,5x7,5		
<u>02</u>	Tenoxicam			<u>02</u>	Lâmina de Bisturi		
<u>01</u>	<u>Midazolam</u>			<u>1</u>	Luvas Estéreis 7,0		
<u>02</u>	<u>Rocin</u>			<u>01</u>	Luvas Estéreis 7,5		
<u>2</u>	<u>Gentamicina 40 mg</u>			<u>01</u>	Luvas Estéreis 8,0		
<u>01</u>	<u>Erdasetimona</u>				Seringa 5ml		
<u>01</u>	<u>Bupivacaina</u>			<u>01</u>	Seringa 10ml		
<u>01</u>	<u>Fentanila</u>				Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
<u>01</u>	<u>Clorid</u>				Sonda Endotraqueal		
<u>01</u>	<u>Cloridina</u>				Sonda Nasogástrica		
<u>01</u>	<u>Esparadrapo</u>				Sonda Uretal		
<u>01</u>	<u>escova de dentes</u>			<u>01</u>	Tubo para Aspiração		
<u>01</u>	<u>compressas 10x10</u>						
<u>01</u>	<u>luva de procedimento</u>						
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Marcos Gonçalves
Residência Médica / Traumatologia
Assinatura do Cirurgião

Joana Maria
Geane Ribeiro
Naurice Leal
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro: 353004

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 55

EVOLUÇÃO MÉDICA

ID: SEXO MASCULINO, 38 ANOS.

DIH: 20/01/20

HD: FX COMPLEXA DE MANDÍBULA

FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE DIAFISÁRIA DE TIBIA

SITUAÇÃO: FIXADOR EXTERNO 21/01/20

EVOLUÇÃO: PACIENTE APRESENTA-SE BEM CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ACEITA DIETA VIA ORAL, SEM RESTRIÇÕES. QUEIXA-SE DE INSÔNIA. PCT RELATA DESALINHAMENTO DE FIXADOR.

EXAME FÍSICO:

COTE, EUPNEICO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO.

CD:

1. VPM

DATA: 06/02/20

CARIMBO + CREMEPE: _____

Dr. Marco Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 26.760

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro: 353004

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 55

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FX COMPLEXA DE MANDÍBULA + FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE DIAFISÁRIA DE TIBIA

Acidente de moto

EVOLUÇÃO: PACIENTE APRESENTA-SE BEM CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. ACEITA DIETA VIA ORAL, SEM RESTRIÇÕES. QUEIXA-SE DE INSÔNIA, MAS SEM OUTRAS QUEIXAS.

CD:

1. VPM

DATA: 10/02/2020

CARIMBO + CREMEPE: _____

Dr. Márcio Rodrigues
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.7160

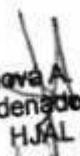
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Aluísio Rodrigues
da Silva residente Rua Francisco Juvy
Amaz nº 22 Floresta Belo Jardim esteve internado
neste Hospital no período de 20-01-20 à
_____ com diagnóstico de CID:
_____ prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 20 / 02 / 20


Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
HJAL / UPA

Responsável

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 991.191216
Nome: Cláudio Rodrigues da Silva Idade: 38
Data de Nascimento: 07/05/81 Sexo: M Cid.: Perde Estado Civil: _____
Naturalidade: Belo Jardim PE Profissão: _____
Endereço: _____
Procedência: Belo Jardim Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: _____ Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: Bombeiro
Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: / / Hora: _____
NATUREZA DO ACIDENTE
 Casual Acid. do Trânsito Tentativa de Suicídio
 Queda Intoxicação Outras Causas
 Acid. do Trabalho Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: Clínico Cirúrgico
História da Doença Atual: Politrauma em Colisão Motor - Caminhão por BA 232 - vítima de acidente com várias lesões em regiões superiores do corpo e fratura ossos da perna e punho.

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: 120/80 Pulso: _____ Temperatura: _____

Jeová Ferreira
Pesq. Coordenador Executivo
HJAL/LIRA

- Fratura distal de fêmur D - exposta
- fratura proximal de tíbia D.
- fratura punho oss.

HTA = controlada

5884759.

Diagnóstico Provisório: _____

G. L. Santos
RECEPCIONISTA

[Assinatura]
MÉDICO CREMEPE

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO: Cláudio R. Rodrigues Da Silva (384)

DADOS CLÍNICOS:

Vítima acidente com c/ta moto - caminhada apressada
e alcoolizada com fraturas de fêmur distal, tíbia e peroneo
EXAMES COMPLEMENTARES (RESULTADO):

Guyssow = 14!

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Múltiplas fraturas de ossos da MM II e III

CONDUTA ADOTADA:

Trat. ortopédico associado
56.57 - 5020/0

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

HRA CACUARA - RR 5824753 - JCM

Dr. Pedro ...
Medicina
CRM ...

20/01/2020
DATA

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

José A. Ferreira
Coordenador Executivo
HRA UPA

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA
OUTRO SERVIÇO

5824753

NOME

CRM

DATA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado Claudemir Rodas
do SUS portador da Carteira Profissional nº _____
série _____, necessita de 120 (cento e vinte)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença. S720 + 5829 + 5625

Hospital ou Ambulatório

20/04/2020
Localidade e Data

Aurelio Sérgio
ASS. do Médico - CRM Nº

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
07/05/1981
ID: 353004
Male
38 Years

F

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Punho - 2 vistas
Ac. Nb: 326889
Acq: 06/02/2020
Ass: 13:50:52

ESQ
PERFIL

10 cm

P

ame: [1] 1 / 1
om: 25,18%
indow/Level: 4.096/2.048
el
(1792x2392)

Series Nb
Late

CLAUDEMIR ROD
07/05/1981
ID: 353004
Male
38 Years

PERFI

ESQ

10 cm

P

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 25,18%
Window/Level: 4096
Pixel
CR (1792x2392)

13 JUN 2020
PROTODI
BILL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO FEDERAL



Claudemir Rodrigues da Silva

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

VÁLIDA em todo o Território Nacional

6669226

25.05.2000

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Antônio Rodrigues da Silva

Josefa Maria da Silva

Belo Jardim - PE

07.05.1981

CN 3431 P.99V L. 38 Cart

Belo Jardim PE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Data de Nascimento: 07/05/81

Nº de Inscrição: 012488104-14



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e exigida por terceiros, salvo nas casos previstas na Legislação vigente.

Assinatura: *Claudemir Rodrigues da Silva*

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 06/06/00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO FEDERAL



Claudemir Rodrigues da Silva

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

VÁLIDA em todo o Território Nacional

6669226

25.05.2000

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Antônio Rodrigues da Silva

Josefa Maria da Silva

Belo Jardim - PE

07.05.1981

CN 3431 P.99V L. 38 Cart

Belo Jardim PE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº de Inscrição: 012488104-14

Data de Nascimento: 07/05/81



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e exigível por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura: *Claudemir Rodrigues da Silva*

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 06/06/00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 0120337/09088
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA Odo. RESERVA R.N.T.R.C. DRENHO
1 945896192 ***** 2015

PEDRO ZACARIAS MACIEL

BELO JARDIM-PE

067.145.524-28

PLACA ANT/VIP *****/SE

9C2JC90708R106159

PLACA XIU5649

EAS /MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/CG 125 EAM

2007 2008

2P/124CL

PARTIC

PRETA

IPVA 2016 QUITADO

1º

FAUX IPVA

2º

SEGURO PAGO

3º

SEM RESERVA

RO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

RO OBRIGATORIO

BELO JARDIM-PE

06/09/15

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Expediente DETRAN/PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 033971042026
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA Odo. RESERVA R.N.T.R.C. DRENHO
1 945896192 ***** 2015

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

RUA JOSE BAPTISTA RAMOS S/N

CS XUCURU

BELO JARDIM-PE

012.998.109-14

PLACA ANT/VIP *****/SE

9C2JC90708R106159

PLACA XIU5649

EAS /MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/CG 125 EAM

2007 2008

2P/124CL

PARTIC

PRETA

FAUX IPVA

PRETA

SEM RESERVA

RO OBRIGATORIO

BELO JARDIM-PE

18/06/11

Chaxies Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Expediente DETRAN/PE

COMPREI
2020
SIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 0120337/09088
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA Odo. RESERVA R.N.T.R.C. DRENHO
1 945896192 ***** 2015

BELO JARDIM-PE
067.145.524-28
PLACA ANT/VIA *****
PLACA K1U5649

PLACA ANT/VIA *****
9C2JCG90708R106159
CLASSIF. GASOLINA

FAV / MOTOCICLETA
Especie tipo
GASOLINA

HONDA/CG 125 FAV
CAR / POR / OIL
2007 2008
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE PRETA

1 P IVA 2016 QUITADA
V FAVU IVA PARCELOAMENTO / CONTAS
A 1 ***** 3* *****
VENC / DDTVS
1* *****
2* *****
3* *****

SEM RESERVA
MBC VALIDO PARA TAVAS, SBIENCIA
RO OBRIGATORIO

BELO JARDIM-PE
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Expediente DETRAN/PE
06/09/15

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 033971042026
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA Odo. RESERVA R.N.T.R.C. DRENHO
1 945896192 ***** 2015

BELO JARDIM-PE
012.998.109-14
PLACA ANT/VIA *****
PLACA K1U5649

PLACA ANT/VIA *****
9C2JCG90708R106159
CLASSIF. GASOLINA

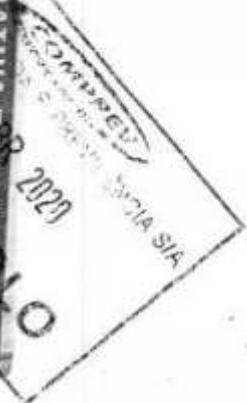
FAV / MOTOCICLETA
Especie tipo
GASOLINA

HONDA/CG 125 FAV
CAR / POR / OIL
2007 2008
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE PRETA

1 P IVA 2016 QUITADA
V FAVU IVA PARCELOAMENTO / CONTAS
A 1 ***** 3* *****
VENC / DDTVS
1* *****
2* *****
3* *****

SEM RESERVA
MBC VALIDO PARA TAVAS, SBIENCIA
RO OBRIGATORIO

BELO JARDIM-PE
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Expediente DETRAN/PE
18/06/11



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155946/20

Vítima: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CPF: 012.488.104-14

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/01/2020

Titular do CPF: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA : 012.488.104-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/06/2020
Nome: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
CPF: 012.488.104-14

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127337/20

Vítima: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CPF: 012.488.104-14

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/01/2020

Titular do CPF: CLAUDEMIR RODRIGUES
DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA : 012.488.104-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/04/2020
Nome: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
CPF: 012.488.104-14

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS