
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



00010950



Pag. 01899/01900 - carta_15P - INVALIDEZ
Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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.

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 ASI: 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: Relousou de 8 - Endereço: Rua Francisco Muniz Soares 9 - Número: 22 10 - Complemento:
11 - Bairro: Floresta 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55158-410
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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 2169 CONTA: 1000661

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 a aqueles 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)

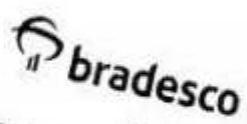
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: Belo Jardim, 22/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 30,00 456
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 ASI: 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: Relousou de 8 - Endereço: Rua Francisco Muniz Soares 9 - Número: 22 10 - Complemento:
11 - Bairro: Floresta 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55158-410
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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 2169 CONTA: 1000661

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 a aqueles 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)

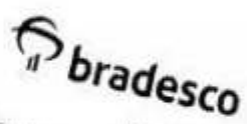
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: Belo Jardim, 22/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 30,00 456
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 30/01/2020, 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. 29 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 5D8501EFEF9B9404571FEF803F98E4.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



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/novobal/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 5D8501EFEF9B040571FEF803F98E6.

191

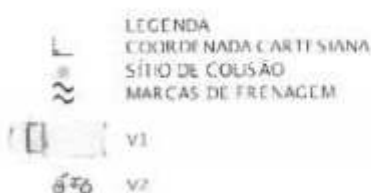


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

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

Área parcialmente reservada



← LACINHO

→ RETO JARDIM

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, 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. 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/movobat/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 HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - PDR6988 - CAMINHÃO

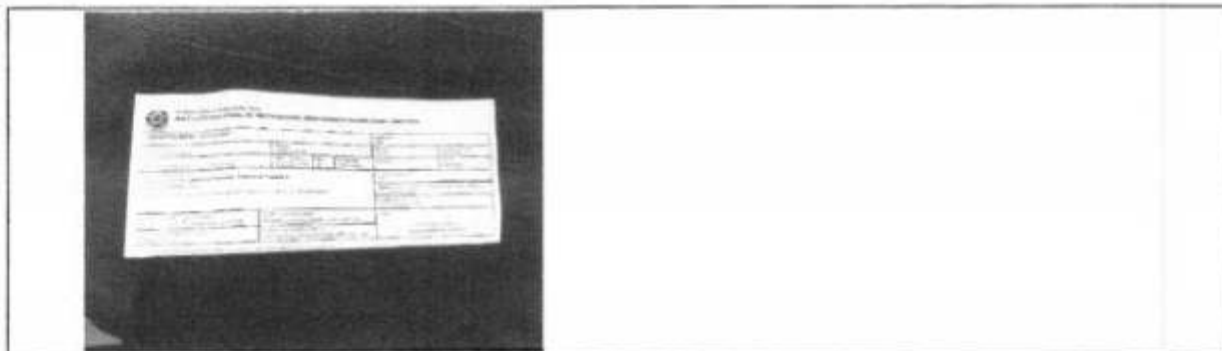
V1 - Informações

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. 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 20003823B01 e o número de controle 5D8501E7EF9B9404571F EF803F98E6.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
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



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 508501EFEF9B0404571FEF803F98E6.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V1 - Imagens Obrigatórias

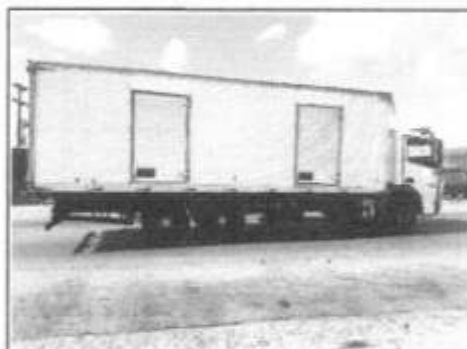


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



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 508501EFEF98040A5719EF80398Ea.

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, nascido 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-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 508501EFEF980404571FEF803F98E6.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V2 - VEÍCULO 2 - KIU5649 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

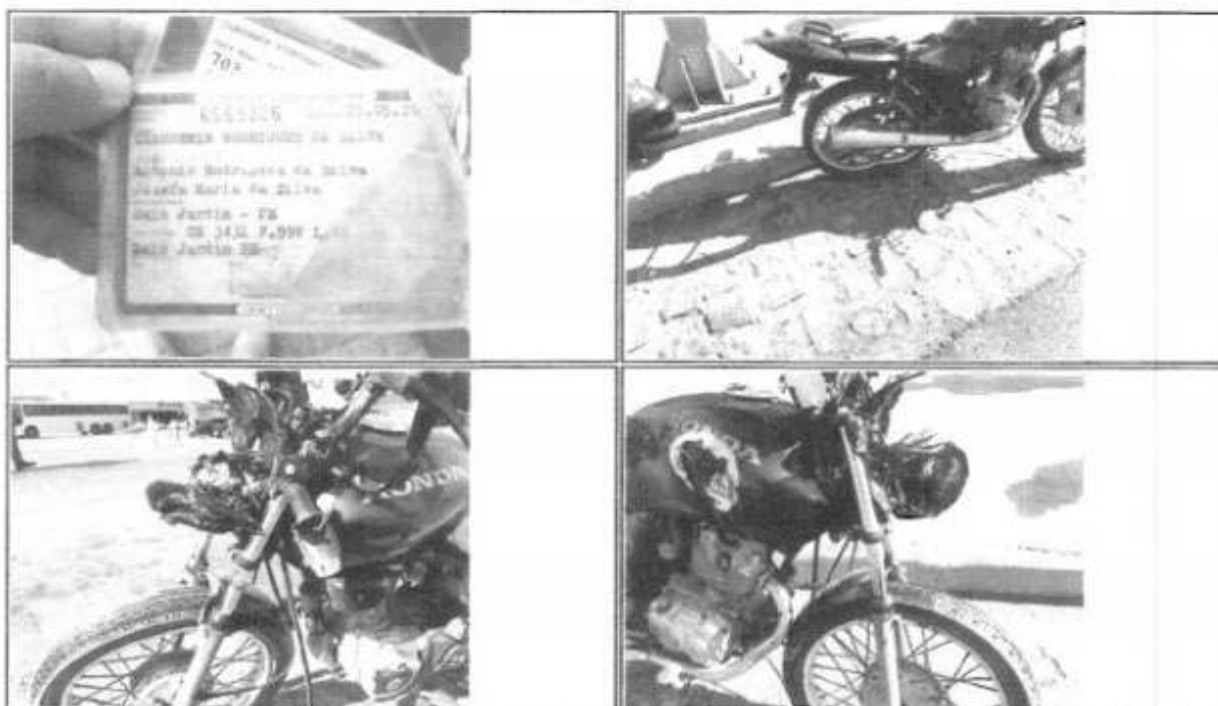
Placa: KIU5649 Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN
Ano fabricação: 2007 Chassi: 9C2JC30708R106159
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Ultrapassando

Renavam: 00945896182
Tipo de veículo: Motocicleta
Cor: Preta

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, matricula 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. 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/novobab/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 5D8501E5EF9B0404571FEF803F98E.

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

Matrícula 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



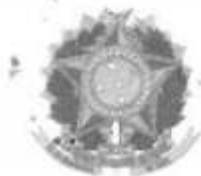
IMAGEM DA FRENTE



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/novobol/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 5D8501EFEF9B0404571FEF803F98E6.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



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/innovati/autenticar>, informando o protocolo 20003823B01 e o número de controle 5D8501E7EF9B0404571FEFB03F98E4.

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 ASI: 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: Relousou de 8 - Endereço: Rua Francisco Muniz Soares 9 - Número: 22 10 - Complemento:
11 - Bairro: Floresta 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55158-410
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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 2169 CONTA: 1000661

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 a aqueles 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)

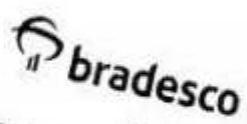
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: Belo Jardim, 22/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 30,00 456
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 ASI: 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: Relousou de 8 - Endereço: Rua Francisco Muniz Soares 9 - Número: 22 10 - Complemento:
11 - Bairro: Floresta 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55158-410
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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 2169 CONTA: 1000661

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 a aqueles 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)

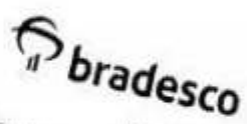
38 - 1ª Nome: CPF: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: Belo Jardim, 22/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 30,00 456
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

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	7.087,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02169-5

CONTA: 000001000661-9

Nr. Autenticação

BRABESCO1006202005000000000023702169000001000661708750 PAGO

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

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO MUNIZ ARRAES 22

FLORESTA/BELO JARDIM
55158-110 BELO JARDIM PE

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

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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-NEF 091996130-10/01/20			0,63
ICMS Subvenção-CDE-NEF 095717213-07/02/20			0,47
Multa por atraso-NEF 095717213 - 07/02/20			1,13
Juros por atraso-NEF 095717213 - 07/02/20			0,47
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8969 0800 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			99,73

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
					4,41

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Realiz	Valor
16/03/20	08/04/20	82,96

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, sem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	kWh
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,29638000	ABR 20	111
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25096000	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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	%
Geração de Energia	27,50	21,16
Transmissão	3,21	3,83
Distribuição (Celpe)	19,48	22,52
Encargos Setoriais	4,58	5,18
Tributos	27,50	21,18
Perdas de Energia	6,13	6,93
TOTAL	88,48	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000600071960943	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 INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS 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	
EU50-Valor do Encargo de Uso = R\$		23,12			

Toda Consumidor pode solicitar a operação dos indicadores 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-iiLista 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.
Coronavírus. 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

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO MUNIZ ARRAES 22

FLORESTA/BELO JARDIM
55158-110 BELO JARDIM PE

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

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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-NEF 091996130-10/01/20			0,63
ICMS Subvenção-CDE-NEF 095717213-07/02/20			0,47
Multa por atraso-NEF 095717213 - 07/02/20			1,13
Juros por atraso-NEF 095717213 - 07/02/20			0,47
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8969 0800 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			99,73

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

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Real	Valor
16/03/20	08/04/20	82,96

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, sem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	kWh
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,29638000	ABR 20	111
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25096000	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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geração de Energia	27,50 21,16
Transmissão	3,21 3,83
Distribuição (Celpe)	19,48 22,52
Encargos Setoriais	4,58 5,18
Tributos	27,50 21,16
Perdas de Energia	6,13 6,93
TOTAL	88,48 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000600071960943	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 INTERRUPÇÕES

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	
EU50-Valor do Encargo de Uso = R\$					23,12

Toda Consumidora pode solicitar a operação dos indicadores 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-iiLista 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.
Coronavírus. 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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000008 997300110014 676306036108 144937949831





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

DE: 353004

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 062643

2º Via Cliente

Hospital: HAT A Convênio: TAC Cidade: CARUARU

Nome do Paciente: ANDREIA RODRIGUES DA SILVA Data da Cirurgia: 24.04.20

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

MATERIAL

ESPECIFICAÇÃO

QUANT.

LOTE

EL-1006 EXTENSOR tipo TUBO TUBO

02

22223038 4 41264512-0

Dr. Marcos Gonçalves
Membro Operado
Ortopedia / Traumatologia
CRM 16.760

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

COMPREV
COMPREV VIDA E BOM-ESTADO SIA
30 ABR 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: 911111

062643

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%

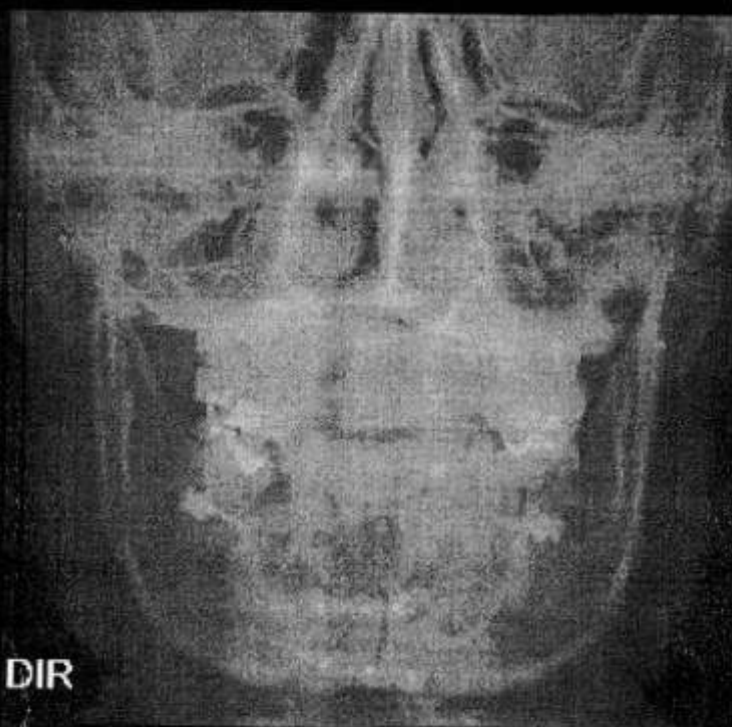
Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (3020x2400)

Series Nb: 5

AP Axial



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

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 08h00, meses com antecedência

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese de fratura de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: ____ / ____ / ____

Hora: _____

Ass. do Médico e CRM

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- OSTEOSÍNTESE DA FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR

ALTA HOSPITALAR: 28/03/2020

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

Dr. Raphael Pinho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 29.118

ASS: DO MÉDICO RESIDENTE



Ministério da Saúde
Único de 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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

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

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - 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

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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)

() CNS () CPF

05 36 45 4 5 2 7

Dr. Luanda
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
CRM 13035

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

48 - Cód. 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)

() CNS () CPF



RG: 353004

2° Via Cliente

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: 

**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)

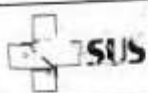
Nº 063429

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		01	
EF: 280719-0			
PARAFUSO BLOQUEADO		09	
EF: 276611-6			
ENXERTO OSSEO		01	
EF: 167808-6			
Dra. Sueli Lorena Médica Residente de Ortopedia / Traumatologia CRM: 26199			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	HAP-91® Hidroxiapatita Porosa Absorvível - Arquivo Histórico - HAP-91® Tipo 91 - Cortical - 5,0mm x 10mm Apresentação: 5,0mm x 10mm mesh TYPE LOT HA18019-1M RAD DATA PATENT NOME DO PRONTUÁRIO: SOCIAL SECURITY NUMBER DATA DA CIRURGIA: SEX OF SURGON: NAME CLINIC: CLINIC ESTÉRIL EM: 2018-09 2021-09 STERILE EO HAP-91® HA18019-1M Registro nº 0554791045720201 Cofa nº 020110001-61			
	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				



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

RODRIGUES DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

03204651119996070581

11 - NOME DA MÃE

JOSELA PEREIRA DA SILVA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Francisco Muniz Peres, n: 22 - Floresta

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Floresta

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE 55258210

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

DDD

9 9 7 3 5 2 1 8 6

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença de pele e sistema por
opoi e IBD e febre
doença há 3/1

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tr. crônico

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

Fix + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Intoxicação por remédio

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tr. crônico

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. Gomes

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

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

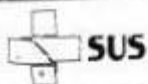
() CNS () CPF

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

1 - NOME DO PACIENTE

Waldemir Rodrigues da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651119996070581

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

994352186

14 - TELEFONE DE CONTATO

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 55158120

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Mobilidade atípica em mandíbula

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente cirúrgico

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

Ex. Rx + Ex. tomogr

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

Intervenção cirúrgica complexa mandíbula

28 - 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 27/01/2020

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Amaldo Brito 6904

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 - 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

Cláudio Roberto da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

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

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

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 - Cód. 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

Resultado de exame

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

Análise de sangue

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

doença crônica S723

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Troca de medicação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050519

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

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

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

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)

**SUS****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 Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

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

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 / 1

9 - SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Joana Maria da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Infecção T. O. Cora

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção T. O. Cora

24 - CID 10 PRINCIPAL

1031

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

0141151040027

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**Ortopedia - Dor****OBVIDEONHAS****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES)**

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 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. 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

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEOT 11153

Exame físico realizado nos membros inferiores e superiores, com lesões e hematomas no antebraço e punho direito.
Solicito RX do braço e punho direito.

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

Nome: *PA DE BRUNO* RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: *PA DE BRUNO* RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: *PA DE BRUNO*

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 SF 0,9%
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

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº 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
Nº 165
CRM 2760

HRA
SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - STS
EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
NOME DO PACIENTE COMPLETO: <u>Claudemir Godinho da Silva</u>						
NOME DA MÃE: <u>Maria da Silva</u>						
NÚMERO DO CARTÃO SUS		ENDEREÇO				
40320465 1139996		R. Francisco Muniz Aguiar				
DATA DE NASC.	IDADE	SEXO	PESO	R. G.	MUNICÍPIO	
04/05/1981	38	M		6669226	Belo Jardim	
CONVÊNIO		MATRÍCULA/SENHA/VALIDADE CARTEIRA				

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL		
HOSPITAL	MUNICÍPIO	
HRA		
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:
<u>02 (dois) Concentrados de Plasma</u>

6 - TIPO DE TRANSFUSÃO	
PROGRAMADA - DIA <u>25/01/2020</u>	URGENTE: A realizar dentro de 03 horas, desde que não sejam procedimentos eletivos.
NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24H	
DATA DA CIRURGIA: ____/____/____	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)
RESERVA VÁLIDA POR 72 HORAS	
FONE PARA CONTATO: 81-3719-9425	
ASS. CARIMBO MÉDICO:	
<u>Medico Residente</u>	
<u>Ortopedia e Traumatologia</u>	
CRM-PE: 22283 CRM-BA: 30617	CRM: <u>25263</u> DATA: <u>25/01/2020</u> HORA: _____

RECEBIDO NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	
DATA: ____/____/____ HORA: _____	FUNCIONÁRIO(MATRÍCULA): _____

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS		
TIPAGEM PACIENTE: <u>O+</u>	PESQ. ANT. IRREGULARES: <u>Negativo</u>	TÉCNICO RESPONSÁVEL: <u>[Assinatura]</u>
LIBERAÇÃO		

Nº TUBO COLETOR	Nº DA BOLSA	PRODUTO	ABO/RH	VALIDADE	TESTE DE COMPAT.
255 ml 22356360	2739869-2	CH	O+	20/02/20	Compatível
300 ml 22393627	2745503-3	CH	O+	20/02/20	Compatível
ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL: _____					TÉCNICO RESPONSÁVEL
DATA: ____/____/____ HORA: _____					

HRA
SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - STS
EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

fland: 580448

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE COMPLETO:

Anderson Rodrigues da Silva

NOME DA MÃE:

Maria da Silva

NÚMERO DO CARTÃO SUS

703204651139996

ENDEREÇO

Rua Francisco Muniz Soares

DATA DE NASC.

09/05/1983

IDADE

38

SEXO

PESO

R. G.

MUNICÍPIO

Belo Jardim

CONVÊNIO

MATRÍCULA/SENHA/VALIDADE CARTEIRA

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL

HRA

MUNICÍPIO

Laranjeira

FONE/RAMAL

LEITO

55

Nº REGISTRO

353004

3 - DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur

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 TRANSFUSÃO

PROGRAMADA - DIA / / HORA

NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24H

DATA DA CIRURGIA: / /

SERVA VÁLIDA POR 72 HORAS

FONE 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. (Assinatura de responsabilidade no verso)

DATA: 01/03/2020 HORA:

RECEBIDO NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

DATA: 01/03/2020 HORA:

FUNCIONÁRIO(MATRÍCULA):

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

TIPAGEM PACIENTE:

O+

PESQ. ANT. IRREGULARES:

LIBERAÇÃO

TÉCNICO RESPONSÁVEL

Carlos

Nº TUBO COLETOR

Nº DA BOLSA

PRODUTO

ABO/RH

VALIDADE

TESTE DE COMPAT.

305-12361569

275/1505-9

O+

O+

26/02/20

Compatível

ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL:

DATA:

HORA:

TÉCNICO RESPONSÁVEL

e 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?

pecialidade:

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

1 - NOME DO PACIENTE

Waldemir Rodrigues da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651119996070581

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Francisco de Assis nº 22 - Floresta

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Jardim

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

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. fxa e Ex. 1 máx m

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

Intervençao cirurgica complexa mandibula

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0404020500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS ☒ CPF

0194318041

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ARNALDO BZILDO 27/01/2020

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Arnaldo Bzildo Filho
CRM 1000000000

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 SEGURO

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)

262010390695-9

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: Raqui + 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			01	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat 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 0,5% RA				Luvas Estéreis 7,0		
01	Ketamina 0,5% RA			06	Luvas Estéreis 7,5		
01	Midazolam 0,5% RA			02	Luvas Estéreis 8,0		
					Seringa 5ml		
				02	Seringa 10ml		
				03	Seringa 20ml		
06	Gorro				Sonda de Foiev		
06	Máscara				Sonda Endotraqueal		
06	Probes 102				Sonda Nasogástrica		
100ml	Clorhexidina 5%				Sonda Uretal		
300ml	" 2%			01	Tubo para Aspiração		
				03	Esponja PVPI		
				02	Pack compressas		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

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

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: Chapman Rodrigues 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) moles

Operação Proposta:

Debridamento cirúrgico

Operação Realizada:

(D) moles.

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① Realizar pH sob pressão +
ortostase + campo

② acesso direto sobre coxa (D)
lateral + incisão excêntrica distal.

③ Suturas + 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 Lemos
 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	Bupivacaína <u>civ</u>				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g <u>Rocipim</u>			08	Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	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		
	Neostigmina				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	Luvas Estéreis 7,0		
01	<u>Midazolam</u>			06	Luvas Estéreis 7,5		
9x	<u>Alcool 70%</u>			03	Luvas Estéreis 8,0		
9x	<u>Cloridina Alcoolico</u>				Seringa 5ml		
9x	<u>Cloridina desodorante</u>			08	Seringa 10ml		
15	<u>Suaporadepo</u>			02	Seringa 20ml		
20	<u>Compressa</u>				Sonda de Foie		
05	<u>Escola</u>				Sonda Endotraqueal		
01	<u>Algodão estéril</u>				Sonda Nasogástrica		
02	<u>Smach</u>				Sonda Uretal		
04	<u>Escola</u>			01	Tubo para Aspiração		
06	<u>Escola</u>						
06	<u>Escola</u>						
06	<u>Escola</u>						
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

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

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº 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

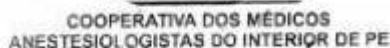
Operação Proposta: RAFI + CAPSULORRAFIA

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 SF0,9%
7. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0
8. CURATIVO
9. RETIRADO GARROTE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO TECIDUAL PERIFÉRICA
10. ENCAMINHO A SRPA

Dr. Manoel Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.750



N 20560

FICHA DE ANESTESIA

VALOR

NOME		REGISTRO		CATEGORIA			
Claudemir Rodrigues da Silva		353004		SUS			
HOSPITAL		SEXO	COR	Br <input type="checkbox"/> Pd <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	IDADE	HORARIO	DATA
HNS		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			55	18:30	02/03/20
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		PESO	PA	FC	RESPIRAÇÃO	ASA	
Fratura de fêmur distal		70 Kg	130 x 40	70	BPM	15 IRPM	II
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CÓDIGO CIRURGIA			PORTE	%	
A. M. S. M. S.							
OPERAÇÃO PROPOSTA							
Redução e fixação da fratura de fêmur com placa e parafusos							
OPERAÇÃO REALIZADA							
A. M. S. M. S.							

RESPIRATÓRIO

SpO2% 100 - 100 - 100

EtCO2 100 100 100

LÍQUIDOS 100 - 100 - 100

ANOTAÇÕES

[illegible]

Aracil do Araújo Lima



SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 42585

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: <u>Cláudio Roberto</u>				PRONTUÁRIO: <u>353</u>	
DATA: <u>21/02/2020</u>		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE: <u>1</u>	NASCIMENTO: <u>1/1</u>	CONVÊNIO: <u>SE</u>
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Tratamento espiro da paciente de A.D.</u>					

Índice Aldrete Kroulik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
6	2	2	2	1	2	S.O.		120/80					
						15 min.							
						30 min.							
						60 min.							
						2h							
						3h							

Roberto Tavares
Médico Anestesiologista
CRM - 8004 - SCS - 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

21/02/2020 - 12h - 1 - S.O.

Roberto Tavares
Médico Anestesiologista
CRM - 8004 - SCS - 13379

Carimbo e assinatura:



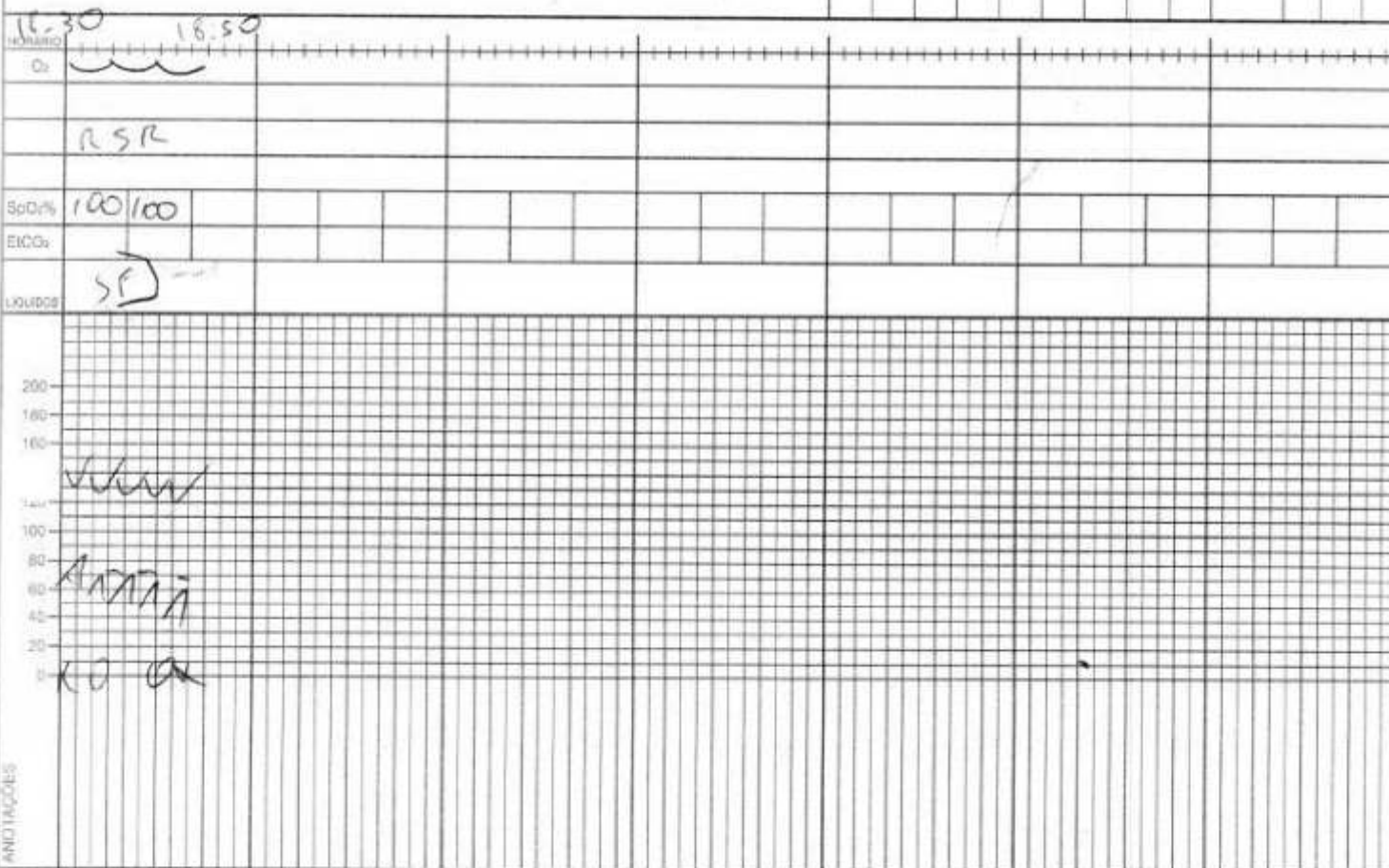
COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 18802

VALOR

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 ulna			PESO	65 Kg	PA	130 x 80
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO				FC	90 BPM	RESPIRAÇÃO	13 IRPM
OPERAÇÃO PROPOSTA	Redução + Pinação			CÓDIGO CIRURGIA		PORTE	%
OPERAÇÃO REALIZADA							



AGENTES	CONC	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA
Lidoc 1%	1%	40ml	Bloqueio + Sedação
Diprivan		40mg	
Demlocam		75mg	
Pentaxil		25mg	
Propofol		60mg	

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 checked="" type="checkbox"/> ADORMECIDO	<input type="checkbox"/> UTI
<input checked="" type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> QUARTO
<input checked="" type="checkbox"/> INTUBADO	



SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

N 02555

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME:	Cláudio Henrique da Silva			PRONTUÁRIO:	3530000
DATA:	13/02/2020	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE:	
PROCEDIMENTO REALIZADO:	Intubação orotraqueal com tubo de 7,0 mm				

Índice Aldrete Kroulik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	Tax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
9	2	2	2	1	2	S.O.		120	20				
						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		2 PA <20% VALOR PRE-OPERATÓRIO	
1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA		0 PA <25% OU >50% MAIOR PRE-OPERATÓRIO	
0 CIANÓTICO		0 PA <50% VALOR PRE-OPERATÓRIO	
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO	ATIVIDADE MUSCULAR	CONSCIÊNCIA	
0 SpO2 DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O2	2 APTO MOVER 4 EXT	2 DESPERTO TOTALMENTE	
1 PRECISA RECEBER O2 PARA SpO2 < 90%	1 APTO MOVER 2 EXT	1 DESPERTO AO CHAMAR	
2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE	0 APTO MOVER 1 EXT	0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO	

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

sem complicações

Roberto Tavares
Médico Anestesiologista
CRM - 9054 - SSA - 13977

Q# 580448

PACIENTE: Cláudio de Almeida Rodrigues da Silva REGISTRO Nº 353004
SALA CIRÚRGICA Nº 07 DATA 13/09/2020
CIRURGIÃO: Dr. Felipe Carvalho
ANESTESIA: Procurado ANESTESIOLOGISTA: Stênio

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

18:50

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- ~~880448~~

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Cláudio de Oliveira REGISTRO Nº _____
 SALA CIRÚRGICA Nº 04 DATA 10/12/20
 CIRURGIÃO: Luiz Antônio
 ANESTESIA: Raquel + 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			<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			<input checked="" type="checkbox"/>	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%			<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de Aço <u>Vicula</u>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<input checked="" type="checkbox"/>	Soro Fisiológico			<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de Nylon <u>Nº 20</u>		
<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 <u>Nº 24</u>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Amoxicilina</u>			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,0		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Cloranfenicol</u>			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,5		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Fluconazol</u>			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 8,0		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Metazolan</u>			<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 5ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Etilefril</u>			<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Paracetamol</u>				Seringa 20ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Pentabril</u>				Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				<input checked="" type="checkbox"/>	Tubo para Aspiração		
					<u>Compresse</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Dr. Luiz Antônio de Carvalho
 Ortopedia e Traumatologia
 Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

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 <u>At: 580448</u>							
PACIENTE: <u>CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA</u>				REGISTRO Nº <u>353004</u>			
SALA CIRÚRGICA Nº <u>04</u>				DATA <u>27/01/2020</u>			
CIRURIA: <u>REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA</u>				CIRURGIÃO: <u>ARNALDO BRITO</u>			
ANESTESIA: <u>GERAL</u>				ANESTESIOLOGISTA: <u>DANILLO</u>			

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio			15	Agulha Descartável	0,00	
	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	5	
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro	1	
04	Neostgmina	0			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	6	
02	Tenoxicam	L		01	Lâmina de Bisturi	1	
01	PROPOFOL	1		04	Luvas Estéreis 7,0	4	
01	CISATRICURIO	1			Luvas Estéreis 7,5		
01	FAORTIL	1		01	Luvas Estéreis 8,0	1	
01	ORMOV-D	1		05	Seringa 5ml	5	
TX	LUVAS PROCEDIMENTO			06	Seringa 10ml	6	
03	TOUCAS DES.	4		02	Seringa 20ml	2	
03	MÁSCARAS DES.	4			Sonda de Folev		
03	PROTE.	4			Sonda Endotraqueal		
TX	CUREXIDINA				Sonda Nasogástrica		
TX	ALCOOL 70%				Sonda Uretal		
TX	ESPARADRAPO				Tubo para Aspiração		
				02	COMPRESSAS est. d.05	2	
				01	LATEX	1	
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

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

Arnaldo Brito Filho
 Cirurgião Bucal Máximo 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: 21/10/2020 HORA DE ADMISSÃO: 00:01 HORA DA LIBERAÇÃO: _____
REGISTRO: 353004 CIRURGIÃO: Spina e Alencar ANESTESISTA: Priscila
NOME DO PACIENTE: Chaudemir Rodrigues do Silva
PROCEDIMENTO REALIZADO: Hc cir. prot. exp. tubos. 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:

Leticia Bezerra Torres
COREN-PE 882172-FNF

AT - 580498
P - 353004

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

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. Marcos 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. Manoel Rodrigues
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.760

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Aluísio Rodrigues
da Silva residente Rua Francisco Juvy
Araújo 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:
	<u>961.191216</u>	<u>961.191216</u>
	Nome: <u>Cláudio Rodrigues da Silva</u> Idade: <u>38</u>	
	Data de Nascimento: <u>07/05/81</u> Sexo: <u>M</u> Cor: <u>Pardo</u> Estado Civil: _____	
RESPONSÁVEL	Naturalidade: <u>Belo Jardim - PE</u> Profissão: _____	
	Endereço: _____	
	Procedência: <u>Belo Jardim</u> Telefone: _____	
	Responsável: _____ Parentesco: _____	
OCORRÊNCIA	Endereço: _____ Fone: _____	
	Trazido por: <u>Bombieiro</u>	
	Endereço: _____ Fone: _____	
	Local do Acidente: _____ Data: <u>1</u> / <u>1</u> / _____ Hora: _____	
ATENÇÃO MÉDICA	<p>NATUREZA DO ACIDENTE</p> <p><input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio</p> <p><input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas</p> <p><input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão</p>	
	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	
	História da Doença Atual: <u>Politrauma em Colisão Motor - Caminhão no BA 232 - vítima de acidente com lesões em região superior do corpo e fratura ossos da perna e punho</u>	
	EXAME - FÍSICO	
	Pressão Arterial: <u>120/80</u> Pulso: _____ Temperatura: _____	
	<p>- Fratura distal de Fêmur D - exposta</p> <p>- Fratura proximal de Tibia D.</p> <p>- Fratura punho oss.</p>	
	<p>Alta = curada</p> <p>5864759.</p>	
	Diagnóstico Provisório: _____	
	<p><u>G. L. Almeida</u> RECEPCIONISTA</p> <p><u>Jeovana Ferreira</u> Coordenadora Executiva HJAL/LIRA</p>	
	<p><u>MEDICO CREMEPE</u></p>	

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO: OLIVIERO R (RODRIGO) DA SILVA (384)

DADOS CLÍNICOS:

Vítima acidente com colisão moto-caminhão apressado
se deslocado com frequência de 0,50, tendo distorção da
EXAMES COMPLEMENTARES (RESULTADO): Exames: Rota, T-CC

Glasgow = 14!

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Múltiplas fraturas de ossos da MM II
da SI

CONDUTA ADOTADA:

Tratamento conservador
56.57 - 50.0 / 0

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

HRA CACERES - RS 5864753 - 2010

Dr. Pedro
Medicina
CRM 12345
NOME

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

Jeová A. Ferreira
Coordenadora Executiva
RSAL UPA

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

NOME

CRM

DATA



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

DE: 353004

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 062643

2º Via Cliente

Hospital: HATA Convênio: TAC Cidade: CARUARU

Nome do Paciente: ANDREIA RODRIGUES DA SILVA Data da Cirurgia: 24.04.20

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

MATERIAL

ESPECIFICAÇÃO

QUANT.

LOTE

EL-1006 EXTENSOR TIPO TUBO TUBO

02

22223038 4 41264512-0

Dr. Marcos Gonçalves
Membro Operado
Ortopedia / Traumatologia
CRM 16.760

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

COMPREV
COMPREV VIDA E BOM-ESTADO SIA
30 ABR 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: 911111

062643

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

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 08h00, meses com antecedência

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese de fratura de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: ____ / ____ / ____

Hora: _____

Ass. do Médico e CRM

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- OSTEOSÍNTESE DA FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR

ALTA HOSPITALAR: 28/03/2020

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

Dr. Raphael Lemos
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 29.118

ASS: DO MÉDICO RESIDENTE



Ministério da Saúde
Único de 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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

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

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - 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

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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)

() CNS () CPF

05 36 45 4 5 2 7

Dr. Luanda
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
CRM 13035

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

48 - Cód. 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)

() CNS () CPF



RG: 353004

2° Via Cliente

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

**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)

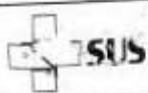
Nº 063429

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		01	
EF: 280719-0			
PARAFUSO BLOQUEADO		09	
EF: 276611-6			
ENXERTO OSSEO		01	
EF: 167808-6			
Dra. Sueli Lorena Médica Residente de Ortopedia / Traumatologia CRM: 26199			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	HAP-91® <small>Hidroxiapatita Porosa Absorvível - Arquivo Histórico - HAP-91®</small> Apresentação: 5,000 - 10 mesh TYPE LOT HA18019-1M RAD DATE PATENT NOME DO PRONTUÁRIO: SOCIAL SECURITY NUMBER DATA DA CIRURGIA: SEX OF SURGON: NAME CLINIC: CLINIC ESTÉRIL EM: 2018-09 STERILE IN 2021-09 STERILE EO <small>HYDROXYAPATITE (HAP) 91® Registro nº 0054707104572020 Cofre nº 000000000000000000</small>			
	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				



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

RODRIGUES DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651119996070581

11 - NOME DA MÃE

JOSELA PEREIRA DA SILVA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Francisco Muniz Peres, n: 22 - Floresta

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Floresta

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE 55258210

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

9 9 7 3 5 2 1 8 6

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença de pele e sistema por
apoi e IBD e febre
doença há 3/1

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tr. crônico

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

Ex + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Intoxicação por remédio

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tr. crônico

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. Lima

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

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

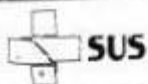
() CNS () CPF

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

1 - NOME DO PACIENTE

Waldemir Rodrigues da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651119996070581

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 994352186

14 - TELEFONE DE CONTATO

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 55158120

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Mobilidade atípica em mandíbula

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente 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 cirúrgicas complexas 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 27/01/2020

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Amaldo Brito 6904

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 - 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

Cláudio Roberto da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

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

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

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 - Cód. 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

Resultado de exame

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

Análise de sangue

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

doença crônica S723

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Troca de medicação

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

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

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)

**SUS**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 Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

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

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 / 1

9 - SEXO

Masc. ☐

1

Fem. ☐

3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Joana Maria da 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. Cora

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção T. O. Cora

24 - CID 10 PRINCIPAL

1031

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

0141151040027

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Alfredo Lourenço

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Alfredo Lourenço**Ortopedia - Dor****OBVIDEGENHAS****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, TRABALHO, 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 - 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

() 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

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEOT 11153

Exame físico realizado nos membros inferiores e superiores, com lesões e deformidades.
Solicito RX
do Bacia e membros

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

Nome: *FR DA BRUNO* RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____ *FR DA CORA D* Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: *FR DA BRUNO* RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: *FR DA BRUNO* 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 SF 0,9%
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

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº 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
Nº 165
CRM 2760

HRA
SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - STS
EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
NOME DO PACIENTE COMPLETO: <u>Claudemir Godinho da Silva</u>						
NOME DA MÃE: <u>Maria da Silva</u>						
NÚMERO DO CARTÃO SUS		ENDEREÇO				
40320465 1139996		R. Francisco Muniz Aguiar				
DATA DE NASC.	IDADE	SEXO	PESO	R. G.	MUNICÍPIO	
04/05/1981	38	M		6669226	Belo Jardim	
CONVÊNIO		MATRÍCULA/SENHA/VALIDADE CARTEIRA				

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL		
HOSPITAL	MUNICÍPIO	
HRA		
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:
<u>02 (dois) Concentrados de Plasma</u>

6 - TIPO DE TRANSFUSÃO	
PROGRAMADA - DIA <u>25/01/2020</u>	URGENTE: A realizar dentro de 03 horas, desde que não sejam procedimentos eletivos.
NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24H	
DATA DA CIRURGIA: ____/____/____	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)
RESERVA VÁLIDA POR 72 HORAS	
FONE PARA CONTATO: 81-3719-9425	
ASS. CARIMBO MÉDICO:	
<u>Medico Residente</u>	
<u>Ortopedia e Traumatologia</u>	
CRM-PE: 22282 CRM-BA: 30617	CRM: <u>25263</u> DATA: <u>25/01/2020</u> HORA: _____

RECEBIDO NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	
DATA: ____/____/____ HORA: _____	FUNCIONÁRIO(MATRÍCULA): _____

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS		
TIPAGEM PACIENTE: <u>O+ Pos</u>	PESQ. ANT. IRREGULARES: <u>Negativo</u>	TÉCNICO RESPONSÁVEL: <u>[Assinatura]</u>
LIBERAÇÃO		

Nº TUBO COLETOR	Nº DA BOLSA	PRODUTO	ABO/RH	VALIDADE	TESTE DE COMPAT.
255 ml 22356360	2239869-2	CH	O+	20/02/20	Compatível
300 ml 22393627	2245503-3	CH	O+	20/02/20	Compatível
ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL: _____					TÉCNICO RESPONSÁVEL
DATA: ____/____/____ HORA: _____					

HRA

SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - STS

EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

fland: 580448

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE COMPLETO:

Anderson Rodrigues da Silva

NOME DA MÃE:

Maria da Silva

NÚMERO DO CARTÃO SUS

703204651139996

ENDEREÇO

Rua Francisco Muniz Soares

DATA DE NASC.

09/05/1983

IDADE

38

SEXO

PESO

R. G.

MUNICÍPIO

Belo Jardim

CONVÊNIO

MATRÍCULA/SENHA/VALIDADE CARTEIRA

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL

HRA

MUNICÍPIO

Laranjeira

FONE/RAMAL

LEITO

55

Nº REGISTRO

353004

3 - DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur

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 TRANSFUSÃO

PROGRAMADA - DIA / / HORA

NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24H

DATA DA CIRURGIA: / /

SERVA VÁLIDA POR 72 HORAS

FONE 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. (Assinatura de responsabilidade no verso)

DATA: 01/03/2020 HORA:

RECEBIDO NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

DATA: 01/03/2020 HORA:

FUNCIONÁRIO(MATRÍCULA):

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

TIPAGEM PACIENTE:

O+

PESQ. ANT. IRREGULARES:

LIBERAÇÃO

TÉCNICO RESPONSÁVEL

Carlos

Nº TUBO COLETOR

Nº DA BOLSA

PRODUTO

ABO/RH

VALIDADE

TESTE DE COMPAT.

305-12361569

275/1505-9

O+

O+

26/02/20

Compatível

ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL:

DATA:

HORA:

TÉCNICO RESPONSÁVEL

e 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?

pecialidade:

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

1 - NOME DO PACIENTE

Waldemir Rodrigues da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703204651119996070581

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

353004

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa Maria da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

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)

Rx. fxa e Rx. mágico

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

Intervenções cirúrgicas complexa mandíbula

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

0404000500

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ARNALDO BZILDO 27/01/2020

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)

36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)

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 SEGURO

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)

262010390695-9

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: Raqui + 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			01	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat 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 0,5% RA				Luvas Estéreis 7,0		
01	Ketamina 0,5% RA			06	Luvas Estéreis 7,5		
01	Midazolam 0,5% RA			02	Luvas Estéreis 8,0		
					Seringa 5ml		
				02	Seringa 10ml		
				03	Seringa 20ml		
06	Gorro				Sonda de Foiev		
06	Máscara				Sonda Endotraqueal		
06	Proteses 102				Sonda Nasogástrica		
100ml	Clorhexidina 5%				Sonda Uretal		
300ml	" 2%			01	Tubo para Aspiração		
				03	Esponja PVPI		
				02	Pack compressas		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

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

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: Chapman Rodrigues 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) moles

Operação Proposta:

Debridamento cirúrgico

Operação Realizada:

(D) moles

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① Realizar pH sob pressão +
ortostase + campo

② acesso direto sobre coxa (D)
lateral + incisão excêntrica distal.

③ Suturas + 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 Lemos
 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	Bupivacaína <u>civ</u>				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g <u>Rocipim</u>			08	Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	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		
	Neostigmina				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	Luvas Estéreis 7,0		
01	<u>Midazolam</u>			06	Luvas Estéreis 7,5		
9x	<u>Alcool 70%</u>			03	Luvas Estéreis 8,0		
9x	<u>Cloroxidina Alcoolico</u>			08	Seringa 5ml		
9x	<u>Cloroxidina desodorante</u>			02	Seringa 10ml		
15	<u>Suaporadrapo</u>				Seringa 20ml		
20	<u>Compressa</u>				Sonda de Foie		
05	<u>Escova</u>				Sonda Endotraqueal		
01	<u>Algodão estéril</u>				Sonda Nasogástrica		
02	<u>Smack</u>				Sonda Uretal		
04	<u>Escova</u>			01	Tubo para Aspiração		
06	<u>Luva</u>						
06	<u>Prope</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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº 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

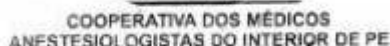
Operação Proposta: RAFI + CAPSULORRAFIA

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. Manoel Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 26.750



N 20560

FICHA DE ANESTESIA

VALOR

NOME		REGISTRO		CATEGORIA			
Claudemir Rodrigues da Silva		353004		SUS			
HOSPITAL		SEXO	COR	Br <input type="checkbox"/> Pd <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	IDADE	HORARIO	DATA
HNS		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			55	18:30	02/03/20
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		PESO	PA	FC	RESPIRAÇÃO	ASA	
Fratura de fêmur distal		70 Kg	130 x 40	70	BPM	15 IRPM	II
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CÓDIGO CIRURGIA				PORTE	%
A. M. S. M. S.							
OPERAÇÃO PROPOSTA							
Redução e fixação da fratura de fêmur com placa e parafusos							
OPERAÇÃO REALIZADA							
A. M. S. M. S.							

RESPIRATÓRIO

SpO2%

EtCO2

LÍQUIDOS

50

200

180

160

140

120

100

80

60

40

ANOTAÇÕES

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA:
José B.S.		1 -	MIL-7 0.5% / 1.5ml para uso local
			~ 2.2ml de soro fisiológico na cavidade
			~ 0.2ml de atropina 0.5mg/ml e 0.5ml de fentanila
			no uso
			DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: DURAÇÃO DA ANESTESIA:
			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCOPIO <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO <input type="checkbox"/> PNE </div> <div> <input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO <input type="checkbox"/> S. VESICAL <input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL </div> <div> <input type="checkbox"/> PVC <input checked="" type="checkbox"/> TEMPERATURA <input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL </div> </div>
			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ENCAMINHADO</div> <div>DESTINO</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO <input checked="" type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> INTUBADO </div> <div> <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> QUARTO </div> </div>

Aracil de Araujo Lima



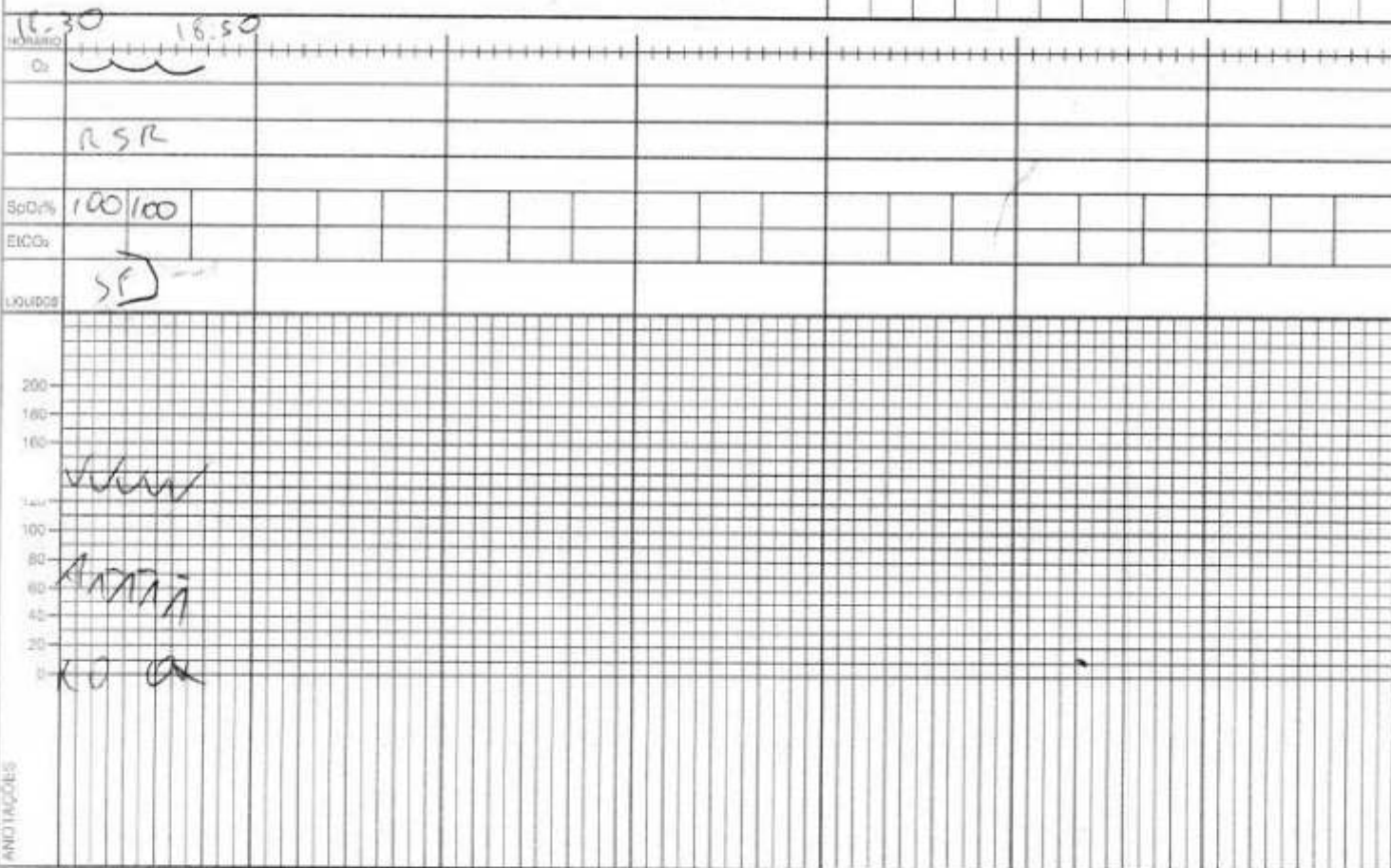
COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 18802

VALOR

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 ulna			PESO	65 Kg	PA	130 x 80
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO				FC	90 BPM	RESPIRAÇÃO	13 IRPM
OPERAÇÃO PROPOSTA	Redução + Pinação			CÓDIGO CIRURGIA		PORTE	%
OPERAÇÃO REALIZADA							



AGENTES	CONC	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA
2.00 IV	11	40ml	Bloqueio + Sedação
Dirivona		40mg	Bloqueio axila + 10mg por anatomia
benzocaina		40mg	(paciente com abertura bucal restrita)
pentaril		75mg	
ketamina		25mg	
propofol		60mg	
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 type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>
<input checked="" 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"/> ADORMECIDO	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> RPA
<input type="checkbox"/> INTUBADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UTI
			<input type="checkbox"/> QUARTO



SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

N 02555

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME:	Cláudio Mendes da Silva			PRONTUÁRIO:	3530000
DATA:	13/02/2020	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE:	
PROCEDIMENTO REALIZADO:	Intubação orotraqueal e ventilação mecânica				

Índice Aldrete Kroulik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	Tax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
9	2	2	2	1	2	S.O.		120	20				
						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		2 PA <20% VALOR PRE-OPERATÓRIO	
1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA		0 PA <25% OU >50% MAIOR PRE-OPERATÓRIO	
0 CIANÓTICO		0 PA <50% VALOR PRE-OPERATÓRIO	
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO	ATIVIDADE MUSCULAR	CONSCIÊNCIA	
0 SpO2 DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O2	2 APTO MOVER 4 EXT	2 DESPERTO TOTALMENTE	
1 PRECISA RECEBER O2 PARA SpO2 < 90%	1 APTO MOVER 2 EXT	1 DESPERTO AO CHAMAR	
2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE	0 APTO MOVER 1 EXT	0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO	

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

sem complicações

Roberto Tavares
Médico Anestesiologista
CRM - 9054 - SSA - 13977

Q# 580448

PACIENTE: Cláudio de Almeida Rodrigues da Silva REGISTRO Nº 353004
SALA CIRÚRGICA Nº 07 DATA 13/09/2020
CIRURGIÃO: Dr. Felipe Carvalho
ANESTESIA: Procurado ANESTESIOLOGISTA: Stênio

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

18:50

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- ~~880448~~

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Cláudio de Oliveira REGISTRO Nº _____
 SALA CIRÚRGICA Nº 04 DATA 10/12/20
 CIRURGIÃO: Luiz Antônio
 ANESTESIA: Raquel + 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			<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			<input checked="" type="checkbox"/>	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%			<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de Aço <u>Vicula</u>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<input checked="" type="checkbox"/>	Soro Fisiológico			<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de Nylon <u>Nº 20</u>		
<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 <u>Nº 24</u>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Amoxicilina</u>			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,0		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Cloran</u>			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,5		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Fluopene</u>			<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 8,0		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Mefenolam</u>			<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 5ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Etilefril</u>			<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Paralisa</u>				Seringa 20ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Pentabril</u>				Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				<input checked="" type="checkbox"/>	Tubo para Aspiração		
					<u>Compresse</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Dr. Luiz Antônio de Carvalho
 Ortopedia e Traumatologia
 Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

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 <u>At: 580448</u>							
PACIENTE: <u>CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA</u>				REGISTRO Nº <u>353004</u>			
SALA CIRÚRGICA Nº <u>04</u>				DATA <u>27/01/2020</u>			
CIRURGIAS: <u>REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA</u> <u>COMPLEXA DE MANDIBULA</u>				CIRURGIÃO: <u>ARNALDO BRITO</u>			
ANESTESIA: <u>GERAL</u>				ANESTESIOLOGISTA: <u>DANILLO</u>			

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio			15	Agulha Descartável	0,00	
	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	5	
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro	1	
04	Neostigmina	4			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	6	
02	Tenoxicam	L		01	Lâmina de Bisturi	1	
01	PROPOFOL	1		04	Luvas Estéreis 7,0	4	
01	CISATRICURIO	1			Luvas Estéreis 7,5		
01	FAORTIL	1		01	Luvas Estéreis 8,0	1	
01	ORMODOL	1		05	Seringa 5ml	5	
TX	LUVAS PROCEDIMENTO			06	Seringa 10ml	6	
03	TOUCAS DES.	4		02	Seringa 20ml	2	
03	MÁSCARAS DES.	4			Sonda de Folew		
03	PROTE.	4			Sonda Endotraqueal		
TX	CUREXIDINA				Sonda Nasogástrica		
TX	ALCOOL 70%				Sonda Uretal		
TX	ESPARADRAPO				Tubo para Aspiração		
				02	COMPRESSAS est. d.05	2	
				01	LATEX	1	
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

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

Arnaldo Brito Filho
 Cirurgião Bucal Máximo 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: 21/10/2020 HORA DE ADMISSÃO: 00:01 HORA DA LIBERAÇÃO: _____
REGISTRO: 353004 CIRURGIÃO: Spina e clunício ANESTESISTA: Priscila
NOME DO PACIENTE: Chaudemir Rodrigues do Silva
PROCEDIMENTO REALIZADO: Hc cir. prot. exp. tubos. 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:

Leticia Bezerra Torres
COREN-PE 882172-FNF

AT-580498
P-353004

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

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. Marcos 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. Manoel Rodrigues
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.760

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Aluísio Rodrigues
da Silva residente Rua Francisco Juvy
Araújo 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:
	<u>99.191216</u>	<u>99.191216</u>
	Nome: <u>Cláudio Rodrigues da Silva</u> Idade: <u>38</u>	
	Data de Nascimento: <u>07/05/81</u> Sexo: <u>M</u> Cor: <u>Pardo</u> Estado Civil: _____	
RESPONSÁVEL	Naturalidade: <u>Belo Jardim - PE</u> Profissão: _____	
	Endereço: _____	
	Procedência: <u>Belo Jardim</u> Telefone: _____	
	Responsável: _____ Parentesco: _____	
OCORRÊNCIA	Endereço: _____ Fone: _____	
	Trazido por: <u>Bombardino</u>	
	Endereço: _____ Fone: _____	
	Local do Acidente: _____ Data: <u>1</u> / <u>1</u> / _____ Hora: _____	
ATENÇÃO MÉDICA	<p>NATUREZA DO ACIDENTE</p> <p><input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio</p> <p><input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas</p> <p><input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão</p>	
	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	
	História da Doença Atual: <u>Politrauma em Colisão Motor - Caminhão no BA 232 - vítima de acidente com lesões em região superior do corpo e fratura ossos da perna e punho</u>	
	EXAME - FÍSICO	
	Pressão Arterial: <u>120/80</u> Pulso: _____ Temperatura: _____	
	<p>- Fratura distal de Fêmur D - exposta</p> <p>- Fratura proximal de Tibia D.</p> <p>- Fratura punho ossos</p>	
	<p>Alta = curada</p> <p>5884759.</p>	
	Diagnóstico Provisório: _____	
	<p><u>G. L. Lira</u> RECEPCIONISTA</p> <p><u>Jeová Ferreira</u> Coordenador Executivo HJAL/LIRA</p> <p><u>MÉDICO CREMEPE</u></p>	

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO: OLIVIERO RODRIGUES DA SILVA (384)

DADOS CLÍNICOS:

Vítima acidente com colisão moto-caminhão apressado
se deslocado com frequência de 0,50, tendo distúrbios de
EXAMES COMPLEMENTARES (RESULTADO): Guaybow = 141

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Múltiplas fraturas de ossos da MM II
da SI

CONDUTA ADOTADA:

Tratamento cirúrgico associado
56.57 - 5000 / 10

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

HRA CACUEN - RS 5864753 - 2010

Dr. Pedro Machado
Medicina
CRM 123456
NOME

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
HRA LUPA

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

NOME

CRM

DATA

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

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado Claudio 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. 5720 + 5829 + 5625

Hospital ou Ambulatório

20/04/2020
Localidade e Data

Aurelio Sergio
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
13:50:52

ESQ
PERFIL

10 cm

P

Time: [1] 1 / 1
Zoom: 25,18%
Window/Level: 4.096/2.048
el
(1792x2392)

Series Nb
Late

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

PERFIL

ESQ

10 cm

P

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 25,18%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel
CR (1792x2392)

13 JUN 2020
PROTOCOLADO
HLL


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

012488104-14



CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

07/05/81

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

CN 3431 P.99V L. 30 Cart

Belo Jardim PE

07/05/1981

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, válido e exigível por terceiros, salvo nas casos previstas na Legislação vigente.

Assinatura

Clauemir 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 012033709088

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA ODO RENAVAM R.N.T.C. DESEJO
1 945886192 2015

PEDRO ZACARIAS MACIEL

BELO JARDIM-PE

067.145.524-28

PLACA ANT/VIT

PLACA

067.145.524-28

PLACA

067.145.524-28

PLACA

067.145.524-28

PLACA

067.145.524-28

PLACA

067.145.524-28

PLACA

067.145.524-28

1	IPVA 2016 QUITADO	1º	VENCI. 12/15
V	FAUX IPVA	2º	VENCI. 12/15
A	1	3º	VENCI. 12/15

SEM RESERVA
MÁQUINA PARA FIANÇAS/BIENÇA

BELO JARDIM-PE
Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE
06/09/15

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 945886192

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

RUA JOSE BATISTA RAMOS S/N

CS XUCURU

BELO JARDIM-PE

012.498.109-14

PLACA

012.498.109-14

PLACA

012.498.109-14

PLACA

012.498.109-14

PLACA

012.498.109-14

1	IPVA 2016 QUITADO	1º	VENCI. 12/15
V	FAUX IPVA	2º	VENCI. 12/15
A	1	3º	VENCI. 12/15

SEM RESERVA
MÁQUINA PARA FIANÇAS/BIENÇA

BELO JARDIM-PE
Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE
18/06/11



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012033709088

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA Odo. RENAVAM R.N.T.C. DEXIDIO
1 945886192 ***** 2015

PEDRO ZACARIAS MACIEL

BELO JARDIM-PE

067.145.524-28

PLACA ANT/VIT *****

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

1	IPVA 2016	QUITADO	1º	*****
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO, COTAS	2º	*****
A	1	*****	3º	*****

SEM RESERVA
MÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

BELO JARDIM-PE

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

06/09/15

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 033971042026

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 945886192 *****

CLAUDENIR RODRIGUES DA SILVA

RUA JOSE BATISTA RAMOS S/N

CS XUCURU

BELO JARDIM-PE

012.498.109-14

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

PLACA K1U5649

1	IPVA 2016	QUITADO	1º	*****
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO, COTAS	2º	*****
A	1	*****	3º	*****

SEM RESERVA

BELO JARDIM-PE

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

18/06/11

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TAXAS E TAXA SIA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS