

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ALMIR FERNANDES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180474377**

Vitima: **ALMIR FERNANDES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **20/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180474377**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13473750



Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ALMIR FERNANDES DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180474377**
Vitima: **ALMIR FERNANDES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **20/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180474377**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180474377

Vítima: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0721204 ou 0800 721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 0366224118 CPF da Vítima: 070 825 968-55 Nome completo da vítima: Almer Fuxxandes dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Almer Fuxxandes dos Santos CPF titular da conta: 070 825 968-55 Profissão: tom. mecânica
Endereço: Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos Número: 267 Complemento:
Barrio: Valentina Cidade: João Pessoa Estado: Paraíba CEP: 58064 400
Email: Telefone (DDD): 987490131

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO: Bradesco NRO:
AGÊNCIA: 2108 NRO: 3 CONTA: 40273 NRO: 7
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora LIDER a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência bancária. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 25 de março de 2018
Local e Data

Almer Fuxxandes dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00427.01.2018.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00427.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 16:16 horas do dia 05 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Almir Fernandes dos Santos**, CPF nº 070.825.968-55, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Torneiro Mecânico, filho(a) de Madalena Oliveira dos Santos e Anizio Fernandes dos Santos, natural de Mogi das Cruzes/SP, nascido(a) em 13/06/1964 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos, Nº 267, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Mercado Pague Menos, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98749-0131.

Dados do(s) Fatos:

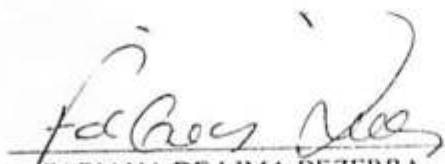
Local: Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos, Próximo Ao Mercado Pague Menos, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/11/17 06:30h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que dirigia-se ao seu trabalho conduzindo a MOTOCICLETA HONDA/LEAD110, VERMELHA, 2011/2011, PLACA OFD2318/PB, CHASSI 9C2JF2500BR017730, registrada em nome de CLAUDIR MARTINS DA SILVA COSTA, quando derrapou ao fazer uma curva vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 08.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. Que após o acidente foi em veículo particular para o Ortopedia Mangabeira, sendo transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de março de 2018


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ALMIR FERNANDES DOS SANTOS
Noticiante

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Plamir Fernandes dos Santos CPF da Vítima: 070.825.968-55 Data do Acidente: 20.11.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
Email: _____ Telefone (DDD): _____

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

João Pereira 25 de março de 2018
Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1042817



Identificação do paciente						
ID 868417	Nome ALMIR FERNANDES DOS SANTOS			Sexo Masculino		
Data de nascimento 13/08/1984	Idade 53 anos 5 meses 7 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário		
Mãe MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS			Pai ANIZO FERNANDES DOS SANTOS			
Educação MEDIO COMPLETO			Responsável (Parentesco) DEISE TARGINO DE SOUZA - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87490131	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 17338544	Nº Cns 801434148498836				
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB		
Email	Naturalidade SÃO PAULO	CBO/R				
Endereço						
CEP 68064422	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro Rua Manoel Souza do Ó			
Número 176	Complemento	Bairro Valentina de Figueiredo				
Admissão						
Data e Hora 20/11/2017 10:54:21	Número da pulseira 1000006028755	Comênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA						Tempo 02min 09seg



Imprimir

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

R. 230, Km 25 - Chato Redondo - João Pessoa - PB - CEP 58011-680
CNPJ 09.045.193-000140 - Insc. Est. 15.015.821-0

DADOS DO CLIENTE

DEISE TARGINO DE SOUZA
RUA CEL JOAQUIM PEREIRA SANTOS 267
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/400899-1

REFERÊNCIA

MAI/2018

APRESENTAÇÃO

17/05/2018

CONSUMO

110

VENCIMENTO

24/05/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 55,95



DEISE TARGINO DE SOUZA

Roteiro: 09-005-507-2620

83610000000-6 55950149000-2 04008992018-1 05000005019-0

VENCIMENTO

24/05/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 55,95

PARTE ICMS

400899-2018-05-0





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Almir Fernandes Dos Santos
DATA DE NASCIMENTO 13/06/64
NOME DA MÃE Madalena Oliveira dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105538
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1042817
DATA DO ATENDIMENTO 20/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 10:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação glenoumeral + fratura de úmero proximal E.
CID 10 S42.2 S43.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor e limitação de movimentos em ombro direito, parsetesia em dorso da mão. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D, tórax

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação glenoumeral + fratura de úmero proximal esquerdo

TRATAMENTO:

Redução incruenta de luxação glenoumeral esquerda + tratamento cirúrgico de fratura de úmero proximal E.

ALTA HOSPITALAR: 24/11/17
DATA DA EMISSÃO: 08/02/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1042817



Identificação do paciente						
ID 589417	Nome ALMIR FERNANDES DOS SANTOS			Sexo Masculino		
Data de nascimento 13/06/1984	Idade 33 anos 5 meses 7 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário		
Mãe MADELENA OLIVEIRA DOS SANTOS			Pai ANIZO FERNANDES DOS SANTOS			
Escolaridade MÉDIO COMPLETO			Responsável (Parentesco) DEISE TARGINO DE SOUZA - ESPOSA(A)			
ODD Móvel 83	Fone Móvel 87480131	ODD Fixo		Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 17338844		NP Cns 801434145498839			
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARGISIO BURTY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB		
Email	Naturalidade SÃO PAULO		CEOR			
Endereço						
CEP 58064422	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Rua Manoel Souza do O			
Número 178	Complemento		Bairro Valentina do Figueiredo			
Admissão						
Data e Hora 20/11/2017 10:54:21	Número da pulseira 1000006028755		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica				
Classificação do risco			Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA						Tempo 02min 09seg



Imprimir

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	BAE 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data Saída
Data de nascimento 13/06/1964	Idade 53	Sexo Masculino	CNS 801434168498939
Nome MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 87490131
Endereço Rua Manoel Souza do O, 176			UF PB
Bairro Valentino de Figueiredo		Município JOAO PESSOA	Nº Cons. Regional 10894/PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VICTOR LINHARES LUGUINHO	
Data/Hora Classificação 20/11/2017 10:58:05		Data/Hora Prescrição 20/11/2017 11:30:11	
Convênio SUS	Nº Matrícula	Sessão	

Anamnese

relato de queda de motocicleta

queixa de dor e limitação da mobilidade de ombro E

Ao exame: posição antálgica, pulsos, chelos e simétricos, exame neurológico sem alterações motoras. Queixa de parestesias em dorso da mão solicita radiografias e peço sala para redução de fratura luxação ômero proximal em centro cirúrgico.

staff Dr Carlos Alberto

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Em observação

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

VICTOR LINHARES LUGUINHO
(10894/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:Impresso por: RENATA
ALVES DE SOUZA
Em: 21/11/2017 10:35:08

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/08/1964	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145496936
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105538	Plantão DIURNO

FISIOTERAPÊUTICA (RENATA ALVES DE SOUZA - 21/11/2017 10:34:38)**ESTADO GERAL**

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ACORDADO, ORIENTADO, CONTACTUANTE, COLABORATIVO

SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO: NORMOTERMIA

AValiação RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO: SIMÉTRICA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AA

AValiação MOTORA

TÔNUS: NORMAL

FORÇA MUSCULAR: DIMINUÍDA

MARCHA: PRESENTE

DIMINUÍDA: MISE

DÉFICIT MOTOR: AUSENTE

EVOLUÇÃO: CONTROLE CERVICAL, CONTROLE DE TRONCO

CONDUTA

EVOLUÇÃO: EXERCÍCIOS METABÓLICOS, EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRES DE M.M.S.S E/OU M.M.L.I, ORIENTAÇÕES GERAIS

OUTROS: Avaliação fisioterapêutica

OBSERVAÇÕES:

Paciente vítima de acidente de moto, com fratura em úmero proximal E. Aguarda procedimento cirúrgico. Sem indicação no momento.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela Informação: RENATA ALVES DE SOUZA

Número Conselho: 7808

Renata Alves de Souza
Fisioterapeuta
CREFITO 199782-F



Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:36:49

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/06/1966	Idade	Sexo Masculino	CNS 601434145486936
Tempo de Informação	Convênio SUS	Prontuário 105539	Plano NOTURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 21:57:01)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + luxação umero esq

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

Paciente evolui estável, eupneico, afebril, normotenso, normocardico, sem queixas no momento. Sem intercorrências. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Seção: HTOP - ENF 16 Leito: LEITO 2
Profissional responsável pela informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307521



U



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:36:58

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 12/06/1984	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145495936
Tempo de internação	Convênio SUS	Prontuário 105538	Plano NOTURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 12:21:15)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + Luxação Úmero E

AValiação Neurológica

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4)

RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

TOSSA

TOSSA: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO

AValiação Genito-Urinário

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

VOLUME: NORMAL

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: PRATURA EM MS, CATETER VENOSO EM MS

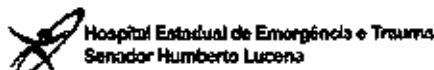
MEMBROS - LOCOMOÇÃO

EVOLUÇÃO: DEAMBULA

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:





INTERNO, S/N -
CNES: 454346 - Tel:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:37:29

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/06/1964	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145408936
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 12:22:03)

CÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

EVOLUÇÃO: MANTER MONITORIZAÇÃO CARDÍACA, COMUNICAR ALTERAÇÕES DOS SSV

DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

DEPRESSÃO

NÍVEL DE DEPRESSÃO: LEVE

DOR

NÍVEL DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO:

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: REALIZAR CURATIVO 1X DIA E/DU S/N (10)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPSE DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, ORENS E F.O. (ATENÇÃO)

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela Informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307821





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 21/11/2017 14:51:38

Paciente				MEDeiros SANTOS			
ALMIR FERNANDES DOS SANTOS				Boletim de Atendimento		Em: 21/11/2017 14:51:38	
		1042817		Data/Hora Entrada		Data/Hora Saída	
Data de nascimento		Idade		Sexo		CNS	
13/08/1964				Masculino		801434145496936	
Tempo de Internação		Convênio		Prontuário		105538	
		SUS		Plantão		DIURNO	

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 21/11/2017 14:51:25)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + Luxação Umero E

AValiação Neurológica

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

ESCALA DE GLASGOW: NÃO SE APLICA

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: NÃO SE APLICA

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO

DIETA: V.O.

EVACUAÇÃO: NORMAL

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO

AValiação Genito-Urinário

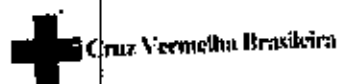
TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

VOLUME: NORMAL

MEMBROS - SUPERIORES



ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO



INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 21/11/2017 14:53:49

Paciente	ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1042817	20/11/2017 10:54:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
13/08/1964		Masculino	801434145486936	105538	
Tempo de Internação	Convênio		Plantão		
	SUS		DIURNO		

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 21/11/2017 14:53:42)

DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

EVOLUÇÃO: MANTER MONITORIZAÇÃO CARDÍACA, COMUNICAR ALTERAÇÕES DOS SSVV

DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

DEPRESSÃO

NÍVEIS DE DEPRESSÃO: LEVE

DOR

NÍVEIS DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO:



INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: REALIZAR CURATIVO 1X DIA E/OU S/N (16)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

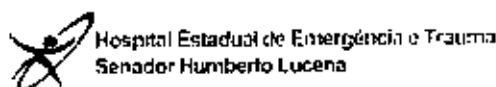
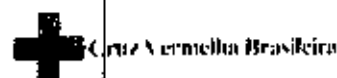
EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SÍTIO DE AVF A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela Informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307521



URPA, S/N - NDA
CNES: 1258678 - Tel.:

Impresso por: JANECLIDE
FRANCISCA NASCIMENTO
ARRUDA
Em: 20/11/2017 19:57:06

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/06/1964	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145488938
Tempo de internação	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	Prontuário 105538

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (JANECLIDE FRANCISCA NASCIMENTO ARRUDA - 20/11/2017 19:56:50)

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

PACIENTE EVOLUI EGR, CONCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ACEITA BEM AS DIETAS, SSVV MANTIDOS, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE. TRANSFERIDO PARA HTOP.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: JANECLIDE FRANCISCA NASCIMENTO ARRUDA

Número Conselho: 386348

Drª Janeclide Francisca Nascimento Arruda
Enfermeira
Cores 386348



As 22:15 hs.

Paciente admitido procedente do HEETS HL, segue consciente, orientado, eupneico, afebril. Seguem os cuidados.

Dr. João L. Gonçalves
Médico
CRM 10.000.000

[Handwritten signature]



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETS HL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETS HL

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Amor Fernandes dos Santos

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1042817

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

02 fio Keresh/der no 1 como suq
04 " " no 2 " "
04 Agulha A 25
02 parafuso cortical 56 com Anula



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HELETH

Nome: Almir Fernando dos Santos BE/Prontuário: _____
Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Especialidade/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Procedimento: Ortoscopia de fratura de GT
Médico: Dr. Telenici 1º Assistente: Dr. Telenici
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Anestesiador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura GT</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Cirúrgica + Fixação interna</u>	



Ocorrência durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Uso de Congelamento: () Sim (X) Não

Transporte do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Assinatura: _____ João Pessoa, 23/11/17

Código/CRM: _____

21
2017

HELP TSH

LETO:

03-047. 2018

FROM THE CHURCH—ASA AMERICAN SOCIETY OF ASTROLOGISTS.

PLANTAS: LIMPA (1) CONTAMINADA (1) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

DES ANLSTESICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS		QTD.
ALINA ISOBARICA			JELCO N°18			FIO CAT GUT CROMADO N°		
ALINA PESADA			JELCO N°20			FIO CAT GUT CROMADO N°		
			JELCO N°22			FIO DE AÇO N°		
			JELCO N°24			FIO DE AÇO N°		
			KIT SIST. DREN TORAXICA N°			FIO DE NYLON N°	3,0	03
						FIO DE NYLON N°		
						FIO DE NYLON N°		
						FIO POLIGLACTINA N°	2,0	03
						FIO POLIGLACTINA N°		
						FIO POLIGLACTINA N°		
						FIO POLIPROPILENO N°		
						FIO POLIPROPILENO N°		
						FIO POLIDILECAPRONE N°		
						FIO SEDA N°		
						FITA CARDIACA		
						MATERIAL ESPECIAL		
						CATERER DE PIC		
						CIMENTO CIRURGICO		
						CLIP TITANIO LIGADURA		
						FIO DE KIRSCHNER N°	1	2
						FIO DE KIRSCHNER N°	2	1
						FIO STEINMAN N°		
						FIO STEINMAN N°		
						GRANDEADOR CIRURGICO		
						HEMOST ABSORVIVEL		
						KIT DERIVA VENTRICULAR		
						PROTESE VASCULAR		
						KIT PAM		
						FIXADOR EXTERNO		
						EMPRESA		
						PARAFUSOS CORTICAIS	56	Arco
						PARAFUSOS CORTICAIS		
						PARAFUSOS ESPONJOSO		
						PARAFUSOS ESPONJOSO		
						PARAFUSOS MALEOLAR		
						PARAFUSOS MALEOLAR		
						PLACA		
						PLACA		
						EQUIPAMENTOS		
						ASPIRADOR		
						BISTURI ELCTRICO		
						CAPNOGRAFO		
						CARDIOMONITOR		
						DEFIBRILADOR		
						FOCO AUXILIAR		
						FOCO CENTRAL		
						MICROSCOPIO		
						OXIMETRO DE PULSO		
						PA INVASIVAO INVASIVA		
						PERFUSADOR ELETRICO		
						SERRA		
						CIRCUITO DE MONITORIA		
						ENG. ASC. 031-2		



Q

HEETSIN

DATA: 23/11/2018

PRONTUÁRIO: 104 2817

PACIENTE: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		DATA: 27/11/2011	FRONTIÇÁRIO: M	COR: Br	IDADE: 53
PRESSÃO ARTERIAL: 130/80	PULSO: 10	RESPIRAÇÃO: 12	TEMPERATURA:	PESO: 80	GRUPO SANGÜÍNEO:
ESTADO GERAL () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRÚRGICO () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES: OK					
AP. RESPIRATÓRIO: OK			AP. CIRCULATÓRIO: OK		
AP. DIGESTIVO: OK		ESTADO MENTAL: Lúcido		DROGAS EM USO: OK	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA:					ESTADO FÍSICO (ASA): (B)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:					
CIRURGIA REALIZADA:					
CIRURGIÃO: Dr. TIBIRICÍ	AUXILIARES: Dr. JAGUÉS				
INÍCIO DA ANESTESIA: 11h	TÉRMINO DA ANESTESIA: 12h4		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 60'		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH.		VALORES RS:		
ANESTESISTA: Dr. ANDRÉ	CPF:		CRM-PB: 7479		

[illegible]

TÉCNICA		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
☐ ANESTESIA GERAL	☐ RACIUNARIA	☐ EPIDURAL	☐ BLOQ. PLEXO
☐ BLOQ. NERVOS	☐ OUTROS		
LÍQUIDOS			
QUANTIDADE	UNIDADE		
1	Novaberg 100g	11	
2	Hydrosol 400g	12	
3	Alcanfor 100g	13	
4	Alc. 200g	14	
5	Alc. 200g	15	
6	Alc. 200g	16	
7	Alc. 200g	17	
8	Alc. 200g	18	
9	Alc. 200g	19	
10	Alc. 200g	20	
DESTINO DO PACIENTE			
☐ AMB	☒ ENFERMARIA		
☐ UTI	☐ RESIDENCIA		
☐ OUTROS			
OBSERVAÇÕES E ASSINATURAS			
ASSINATURA DO ANESTESISTA			
F. (UG) ASCR. 026-1			

RELATÓRIO DE CIRURGIA

SP
HEEISHI

Nome: Alma Ferreira da Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 20/11/17

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Redução Ineruenta de Luxação Gleno Umeral

Cirurgião: Dr. Francisco Guedes 1º Assistente: VICTOR MR

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Úmero</u>	
<u>proximal F</u>	
<u>+ Luxação Gleno Umeral E</u>	



Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Ineruenta</u>	
<u>de Luxação Gleno Umer</u>	
<u>al F</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 20/11/17

FICHA DE ANESTESIA

001/2018

DATA: 10/11/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Alvaro Ferreira SEXO: M COR: B IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRE-ANESTESIA

ESTADO DE CONSC.

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA Proctotomia de urgência do xisto direito

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA Paulo Vinícius CPF

CRM-PB

6838-13

h	u	min	seg	temperatura	pulso	pressão	respiração	estado mental	drugs	observações
0	0	0	0							
1	0	0	0							
2	0	0	0							
3	0	0	0							
4	0	0	0							
5	0	0	0							
6	0	0	0							
7	0	0	0							
8	0	0	0							
9	0	0	0							
10	0	0	0							
11	0	0	0							
12	0	0	0							
13	0	0	0							
14	0	0	0							
15	0	0	0							
16	0	0	0							
17	0	0	0							
18	0	0	0							
19	0	0	0							
20	0	0	0							



TIPO DE ANESTESIA: ☒ GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

LIQUOR: Glucose

GLUCOSE: 1 Glucose 200ml 11

NAOL: 2 Naol 100ml 12

SALIN: 3 Salin 100ml 13

RINGER: 4 Ringer 100ml 14

TOTAL: 5 Total 200ml 15

DESTINO DO PACIENTE: 6 UTI 16

APM: 7 UTI 17

UTI: 8 UTI 18

RESIDÊNCIA: 9 UTI 19

OUTROS: 10 UTI 20

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. INQ. ASGIR 026-1

Nota de Sala Cirúrgica

58

04 10/12/19

NOME DO PACIENTE: <u>Almir Fernandes dos Santos</u>									
IDADE: <u>53</u>	SEXO: <u>M</u>	PRONTUÁRIO: <u></u>	ENFERMIA: <u></u>	LEITO: <u></u>					
CIRURGIA: <u>Debridamento de ferida</u>									
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos Américo</u>									
ANESTESIA: <u>Sedação</u>									
ANESTESISTA: <u>Carlos Américo</u>									
INSTRUMENTADOR: <u></u>									
DATA: <u>10/12/19</u> HORA: <u>15:00</u> CIRURGIA INÍCIO: <u>15:30</u>									
ÍNDICE DE RISCO DE MÚLTIPLA ÓRGÃO (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)									
ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV ()									
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA									
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.									
ALFENTANIL		SP 5002		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.		
FLUPIVACAÍNA ISOBÁRICA				JELCO Nº18		FIO CAT. OUT. CROMADO Nº			
FLUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº20		FIO CAT. OUT. CROMADO Nº			
ETAMINA				JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº			
DROPERIDOL				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº			
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº			
ETIOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº			
ETANTANIL		PVP I DERMOMANTE		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº			
FLUMAZENIL		PVP I TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO DE NYLON Nº			
ISOPURANO		PVP TÓPICO		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº			
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE DERMATÔMIO		FIO POLIGLACTINA Nº			
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº			
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº			
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº			
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLILECAPRONE Nº			
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEU Nº			
MORFINA		AGULHA PERIDURAL Nº16		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDIACA			
PARALUMIN		AGULHA PERIDURAL Nº17		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.		
PARALUMIN		AGULHA PERIDURAL Nº18		MULTIVIAS		CATETER DE PIC			
PARALUMIN		AGULHA RAQUI Nº25G		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO			
PARALUMIN		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA			
PARALUMIN		AGULHA RAQUI Nº27G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº			
PARALUMIN		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº			
PARALUMIN		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº			
PARALUMIN		ATADURA GESSADA		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº			
PARALUMIN		BOLSA P/ COLOSTOMIA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
PARALUMIN		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HIPÓST. ABSORVÍVEL			
PARALUMIN		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR			
PARALUMIN		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR			
PARALUMIN		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM			
PARALUMIN		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO			
PARALUMIN		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA			
PARALUMIN		CERA PARA OSO		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14					
PARALUMIN		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS			
PARALUMIN		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS			
PARALUMIN		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESFONDO			
PARALUMIN		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONDO			
PARALUMIN		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR			
PARALUMIN		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR			
PARALUMIN		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA			
PARALUMIN		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA			
PARALUMIN		EQUIPO TRANSF. SANGUE							
PARALUMIN		EQUIPO MICROGOTAS							
PARALUMIN		ESPONJA DE PVP		EQUIPAMENTOS					
PARALUMIN		ESPARADRAPO		() ASPIRADOR					
PARALUMIN		GAZES		() BISTURI ELÉTRICO					
PARALUMIN		GAZES ALGODOADAS		() CAPNOGRAFO					
PARALUMIN		GEL ELETROLÍTICO		() CARDIOMONITOR					
PARALUMIN		JELCO Nº14		() DESFIBRILADOR					
PARALUMIN		JELCO Nº16		() FOCO AUXILIAR					
PARALUMIN				() FOCO CENTRAL					
PARALUMIN				() MICROSCOPIO					
PARALUMIN				() MONITOR DE PULSO					
PARALUMIN				() PERFURADOR ELÉTRICO					
PARALUMIN				() SERRA					
PARALUMIN				CIRCULANTE					

Carlos Américo

Nome: <u>ALMA FERNANDES DOS SANTOS</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:
Data de admissão: <u>20/11/17</u>		Alta: <u>24/11/17</u>	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Furo de Urgido Proximal (E)</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>O nulo</u>			
Diagnóstico Secundário: <u>O nulo</u>			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>NAT</u> - <u>23/11/17</u> <u>DR FRANCISCO GUEDES</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>líquida</u>			
Repouso:			
Relativo em casa por, <u>15</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>60</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>CEFALOXINA - EPROFENID - MIDOLAN</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em <u>15</u> para retirada de ponto. <u>DR. LAURÉO C. JUNIOR</u>			
Ao ambulatório <u>07</u> em 30 dias para revisão. <u>25 NOV. 2017</u>			
João Pessoa: <u>04</u> de <u>11</u> de <u>17</u>			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012029533167
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Y 0042866275-7 00/0000000 2015

CLAUDIR MARTINS DA SILVA COSTA

26757452863 CNF OFD2318/PB

NOVA ANT/LUF PB 9C2JF2500BR017730

PAS/MOTONEFA/NAO APLIC GARAGEM INA

HONDA/LEAD110 2011 2011

2 11/108/CI PARTEI VERDE/VERDE

IPVA COTAS EM 25/07/2015 VENC COTAS

IPVA COTAS EM 25/07/2015 VENC COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 1.111,11 SEGURO 1.111,11 DATA DE DOMINIO 23/07/2015

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA-PR 28/07/2015

33294 37974

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
UFOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012029533167 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

2015 28/07/2015

Y 26757452863 CNF OFD2318/PB

00428662757 HONDA/LEAD110

2011 9C2JF2500BR017730

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

37974 1018296-20150728

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Almeir Fernandes dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 20/11/2017 CPF DA VÍTIMA 070.825.968-55
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Almeir Fernandes dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Almeir Fernandes dos Santos.
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Cel Joaquim Pereira Santos
 Nº 267 COMPLEMENTO — BAIRRO Valentina
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58064-400
 E-MAIL — TELEFONE (83) 98863-6133

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/10/2018
 IDENTIDADE 14338544
 ASSINATURA Almeir Fernandes dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA —
 NOME —
 ASSINATURA —

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369952/18

Vítima: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

CPF: 070.825.968-55

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/11/2017

Titular do CPF: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS : 070.825.968-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018
Nome: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS
CPF: 070.825.968-55

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA