

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Leoni Manoela Lima

Nº do Registro:

Clínica: Neurofisiologia

Nº do Leito:

Operador: Hugo Ávila ✓

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: KulronAnestesia: sedação

Duração:

Data da Operação: 24/02/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: materna de rimem neural esquerdaDiagnóstico Pós-Operatório: A mesmaOperação Proposta: Tração transquirúrgica hemitabular esquerdaOperação Realizada: A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Paciente em DRU, cabe amarrada
- ② Anestesia e intubação
- ③ Passagem de tração transquirúrgica hemitabular esquerda
- ④ Instrução: instalação de "lateral em tração" com 6 kg
- ⑤ Condição estável

Hugo Ávila
 Coordenador de Neurofisiologia
 CRM 100000

anti abinaw na
apalokomaw
ata A epaw

awit

awit
A/10/10

awit abinaw na
awit

awit

awit abinaw na
awit

awit A

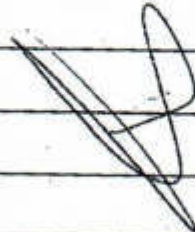
awit abinaw na
awit

awit abinaw na
awit

awit abinaw na
awit

awit abinaw na
awit

awit abinaw na
awit





SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 28967

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: Jose Dimidio da Silva Santos PRONTUÁRIO: 374283
 DATA: 14/03/2019 SEXO: M F IDADE: 77 anos NASCIMENTO: _____ CONVENIO: SUS
 PROCEDIMENTO REALIZADO: 18At. cir. natuna do fêmur.

Índice Aldrete Kroulíck	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	FR.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
7	2	1	2	1	1	S.O.							
7	2	1	2	1	1	15 min.							
7	2	1	2	1	1	30 min.							
8	2	2	2	1	1	60 min.							
10	2	2	2	2	2	2h							
						3h							

RESPIRAÇÃO						CIRCULAÇÃO							
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR						2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO							
1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA						0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO							
0 CIANÓTICO						0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO							
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO				ATIVIDADE MUSCULAR				CONSCIENCIA					
0 SpO ₂ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O ₂				2 APTO MOVER 4 EXT				2 DESPERTO TOTALMENTE					
1 PRECISA RECEBER O ₂ PARA SpO ₂ > 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

13:00 Alta da BKPA / FC: 116 bpm
 PA: 90x50 mmHg
 SpO₂: 97%

Robson de Arruda Rito
 Médico
 CRM - PE 10.494

Carimbo e assinatura:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO

at 487485

PACIENTE: Doi Ivanildo de Silva Santos REGISTRO Nº 334283

SALA CIRÚRGICA Nº 07

DATA 19/03/2019

CIRURGIAS: Prost. limf. femur distal E CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Lapela + Felipe

ANESTESIA: Raqui + sed. ANESTESIOLOGISTA: Dr. Karoline

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
02	Oxigênio			02	Agulha Descartável		
03	Água Destilada			00	Agulha para <u>Bandurall 25</u>		
03	Atropina			01	Agulha para Raqui		
01	Bupivacaína <u>bolus</u>			05	Atadura Gessada <u>20</u>		
02	Cefazolina 1g			01	Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilefrina			1x	<u>Dreno Algodão entepélico</u>		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			02	Fio de <u>catgut 2-0</u>		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
05	Soro Fisiológico <u>5000</u>			02+	Fio de Nylon <u>11-30</u>		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			08+	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxican			03	Lâmina de Bisturi		
01	<u>Dorminid</u>			04	Luvas Estéreis 7,0		
01	<u>Ketalar</u>			1x	Luvas Estéreis 7,5		
01	<u>Dorminid 0,2</u>			04	Luvas Estéreis 8,0		
				03	Seringa 5ml		
				03	Seringa 10ml		
				01	Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				01	Tubo para Aspiração		
10	<u>Doce</u>			1	<u>Contorno 1/5</u>		
10	<u>Margarão</u>			1x	<u>de 1/5</u>		
10	<u>paquetos (paquetos)</u>			1x	<u>alco 40%</u>		
10	<u>alco</u>			01	<u>Estéril</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Dr. Felipe Diego V. P. de Castro
Médico Residente
Medicina e Transfusão
CRM-PE 30823

Observação: Não serão utilizados outros itens especificá-los.

19 MAR. 2019

Assinatura do Cirurgião

João Lourenço 388623 TG
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



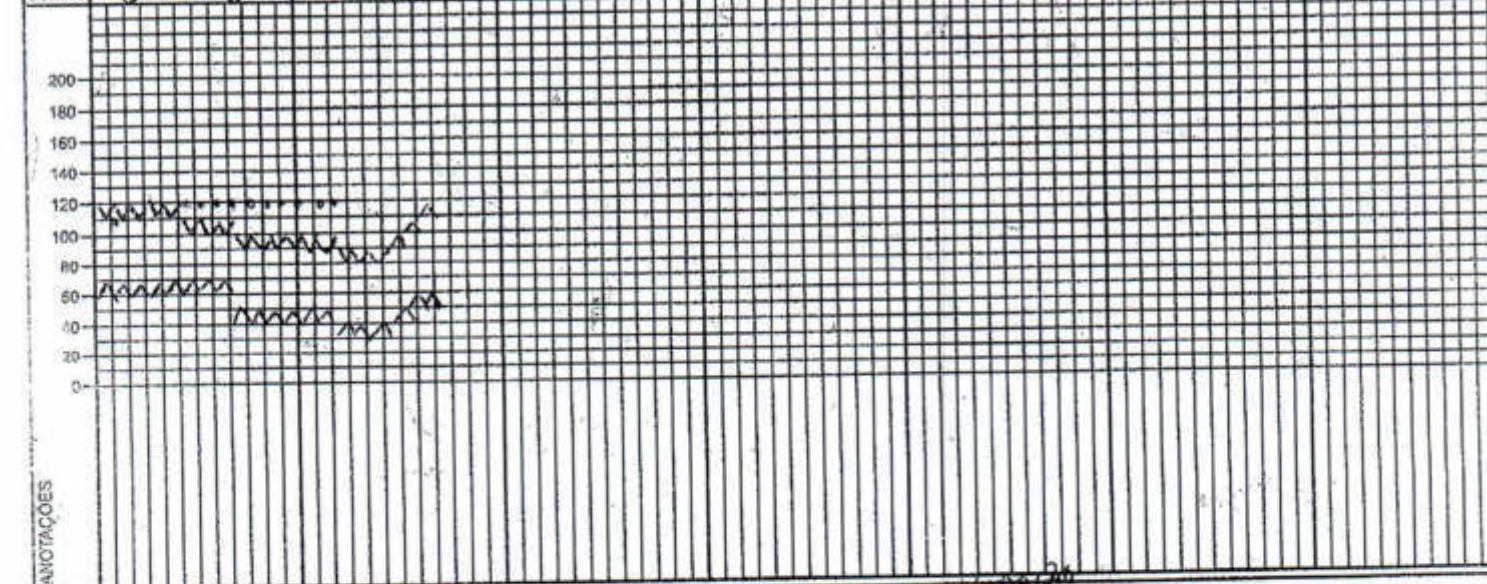
COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 209177

NOME	José Francisco do Silva Santos			REGISTRO	334283	CATEGORIA	SUS
HOSPITAL	Hospital Regional do Agreste			SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR	Branco
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura distal de fêmur esquerdo			IDADE	17	HORÁRIO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	O mesmo.			PESO	35 Kg	PA	121 x 63
OPERAÇÃO PROPOSTA	Tratamento cirúrgico de fratura distal de fêmur.			FC	116 BPM	RESPIRAÇÃO	16 IRPM
OPERAÇÃO REALIZADA	A mesma.			ASA	I	CÓDIGO CIRURGIA	

HORÁRIO	<p>AS 14:15 INJ. AN. 14:40 AN. 14:45 AN.</p>											
ECG	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS
SpO2%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
EICO2												
LÍQUIDOS	SF	SF										



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE
1. CLORÍDIA	1G	2G
2. HIDROCORISONA	1MG/ML	4AG
3. CEFTRIAXONA	1G/100ML	50MG
4. DIFENIDRAMINA	1G	2G
5. MORFINA	1MG/ML	40MG
6. BUPROPRIONA	1MG/ML	12,5MG
7. ETILORFINA	1MG/ML	

TÉCNICA ANESTÉSICA: 1. Preanestesia 2. Monitorização + Circuitos List 3. Posição supina, cabeça elevada - 45° - 90° na lateral 4. Ventilação manual com nível L3-L4, com auxílio do oxímetro N=2SG 5. Sonda de LAR-Kirschlich 6. Bloqueio cefálico.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 1H25 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1H50

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

042 202501 - 3 227500 - Setembro/2018

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JOSÉ IVANILDO DA SILVA SANTOS

Nº Registro:

Clínica: ORTOPIEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. MARCELO CAPELA ✓

1º Assistente: DR. FELIPE CARVALHO R2 ✓

2º Assistente:

Instrumentador: VICTOR HUGO

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 19/03/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: REDUÇÃO CRUENTA + PINAGEM + IMOBILIZAÇÃO GESSADA

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 LATERAL DISTAL A COXA ESQUERDA + HEMOSTASIA + CALOCLASIA + REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA + ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM 2 FIOS K 2.5 CRUZADOS SOB FLUOROSCOPIA
4. LAVAGEM DA FERIDA COM SFO, 9%
5. REVISÃO DA HEMOSTASIA
6. SUTURA POR PLANOS
7. CURATIVO
8. GESSO COXOPODÁLICO EM MIE
9. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Felipe Diego V. P. de Carvalho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25263 / CRM-BA: 30812

19 MAR 2019



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



HRA - Traumat

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5626742
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: José Ivanildo da Silva idade: 17

Sexo: M () F () Profissão: Cantor Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Bezerros - PE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()
Atropelamento, Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Sem-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual: Ex fechada de fêmur distal (E) Pulso distal preservado

História Diagnóstica: Nos dispo de RX

CAUSAS CLÍNICAS

AVILIAÇÃO CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

Dr. José Ernando Gomes
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE: 22968

23/02/19

FR: PN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

- ABERTURA OCULAR
- Abertura Ocular Espontânea 4
- Abertura Ocular a Voz 3
- Abertura Ocular a dor 2
- Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

- Orientado 5
- Confuso 4
- Resposta Inapropriada 3
- Sons Incompreensíveis 2
- Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

- Obedece ao comando 5
- Localiza Estímulo Doloroso 4
- Retirada ao Estímulo Doloroso 4
- Descorticação 3
- Descerebração 2
- Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG
 ECG 3-8: TCE Grave
 ECG 9-13: TCE Moderado
 ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Presença de sangramento externo: S() N()

Lesões Intra-Torácicas: S() N()

Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros ()

Hábito Alcolólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Uso outras drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros()

Substâncias: Maconha() Cocaína() Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

Antibiótico terapia: S() N() Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Infusão de Fluidos: S() N() Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Handwritten note: Motivo da transferência: Não disponível RX. (circled E) Não disponível RX. Motivo da transferência: Não disponível RX.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Horas: _____

Médico Reguidor: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Local e data

Médico Assistente

Handwritten signature: M/10/25

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome: Jose Manoel da Silva Santos Sexo: M F Idade: 17 Cor: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____ Profissão: _____
 Cirurgia Proposta: Transmoro e limpeza de fratura distal do braço Data: 18/03/2015
 Cirurgião: MARCOS CARVALHO Hospital: HRA

ANTECEDENTES PESSOAIS/ FAMILIARES:

Cirurgias/Anestésias Anteriores: fixação externa de omoplata
 Intercorrências: φ
 Hemotransusão: 02 em
 Antecedentes Familiares: _____
 Tabagismo Cigarros/Dia: _____ Tempo: _____
 Etilismo Quantidade: _____ Tempo: _____
 Uso de Tóxicos _____
 Alergias: φ

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

(Marcar os sintomas/sinais positivos e detalhar abaixo)

SISTEMA CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Palpitação	<input type="checkbox"/> Edema MMII	<input type="checkbox"/> Dor precordial	<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Apnéia sono
SISTEMA DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> Dor epigástrica	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> DUM (Mulher)		
SISTEMA ENDÓCRINO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doenças da tireóide				
SISTEMA HEMATOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sangramentos	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea			
SISTEMA IMUNOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Herpes				
SISTEMA LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/> Fraq. muscular	<input type="checkbox"/> Dor articular	<input type="checkbox"/> Patol. coluna	<input type="checkbox"/> Déficit de locomoção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Parestesias		

OBS: φ

Medicamentos em Uso: OMEGARON, Tramadol, clonazepam (com cautela)

EXAME FÍSICO

Estado físico: Franco EG: Pecoran Peso: 35 Altura: _____ PA: _____ FC: _____
 Avaliação via aérea: Mallampati: II Mobilidade pescoço: Preservada Dentes: Integros Limitação ATM:
 Distância estemo/mento: <12,5cm >12,5cm Coluna vertebral: _____
 SCV: Rele em 25, 50% e 75%
 SR: W 2 e MHT, SIKO
 Outros: _____

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT: 37,2 (x) HB (g%): 12,6 Plaquetas (mm3): 490 mil TP: 13,7 AE: 92 INR: 1,06
 Ionograma (K): _____ Na: _____ Ca: _____ HCO3: _____ Outros: _____
 Glicemia: _____ Uréia: 37 Creatinina: 0,4
 RX de Tórax: _____
 ECG: _____
 Risco cirúrgico: _____
 Parecer Cardiológico: _____
 Outros exames: _____

CONDUTA

LIBERADO: SIM NÃO Observação: _____

ORIENTAÇÃO:

Jejum: 28h
 Medicação: Acetaminofeno Clonazepam
 Cuidados: _____
 Anestesia Proposta: Pseduoepidural

Data consulta: 18/03/2015
 Assinatura médico/CRM/Carimbo: _____

Roberta Gisela Cordeiro
 Médica
 CRM-21276

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Inmildo da Silva Santos

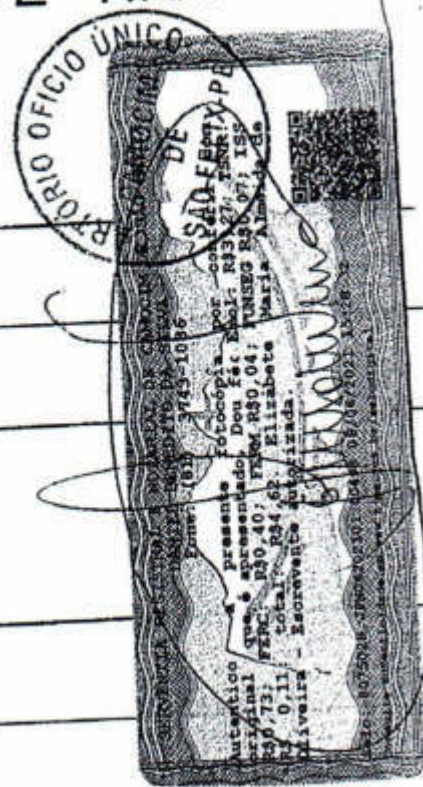
Prontuário: 334283

Data: 28 / 02 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de fêmur distal esquerda.



AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta sob orientação de Dr. Marcelo Espada. Retornar em 15 dias

ao ambulatório de ortopedia de Dr. Mauricio Paes

14/03/19

12/1

Dr. Mauricio Paes

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese de fratura de fêmur esquerda em 19/03. egresso

Fixação em mesa de tração em 29/02.

Alta Hospitalar: Data: 22 / 03 / 19

Hora: 10:00

Sevilla Lorenza
CRM PE 26199

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



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

2 - CNES

2 | 4 | 2 | 7 | 4 | 1 | 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Renato Silva Felano

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

377129

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700009154614400

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/1900

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria Leiviana da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

968159894

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. José Francisco de Souza

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Joaquim do Monte

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE 55600000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de lesão por objeto contuso e pro

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão entere e pontos m

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

Exame de

5863 - 040806045 - C

R02 - 040504003 - S

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão de partes m

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Pontos m

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

0211071101917

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Bruno de Azeite

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/05/11

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

262110083222-9

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

PE

NOME
 FLAVIA VANESSA DA SILVA NEVES

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR / UF
 8239533 SDS PE

CPF
 088.878.784-84

DATA NASCIMENTO
 16/08/1999

FRANCIA
 FRANCISCO DE ASSIS FIM
 HOTEL DAS NEVES
 VALDEVA BEZERRA DA SIL
 VA NEVES

PROFISSÃO
 ENFERMEIRO

ACC
 SUSCEN

CAT. HAB.
 25

Nº REGISTRO
 06309379866

VALIDADE
 12/08/2024

1ª HABILITAÇÃO
 26/02/2019

OBSERVAÇÕES
 SEM

Flavia Vanessa da Silva Neves
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BARREROS, PE

DATA EMISSÃO
 16/08/2019

Roberto Furtado
 COORDENADOR GERAL DE REGISTRO
 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

PERNAMBUCO

1827634811

COMPROVANTE DE REGISTRO SIA

12 MAI 2022

PROTOCOLO

DE REGISTRO

4



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 719.699.064-13

Nome: JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS

Data de Nascimento: 02/08/2001

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 06/05/2020

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:38:42 do dia 11/11/2020 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 8547.AB1F.AAAE.36B0



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

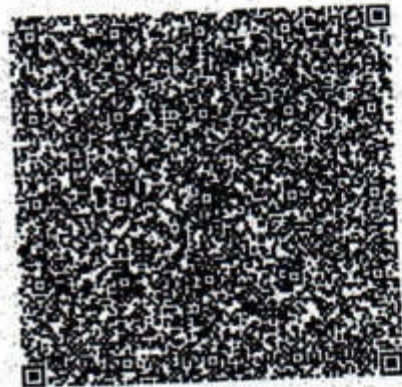
(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



G04 327.346



182245586



G04 327.346

COMPANHIA SIA
 12 MAI 2022
 PROTOCOLO
 SANCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁBUAS NEGRAS

NOME José Ivanildo da Silva Santos

FILIAÇÃO José Rivaldo dos Santos
 Maria José da Silva

NATURALIDADE São Joaquim do Monte - PE
 DATA NASCIMENTO 01/08/2001 ORÇÃO EXPEDIENTE TPO SANS/PATRÃO SDS/PE

OBSERVAÇÃO

para similaridade de dados...

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

15/10/2020

00021896-30 Conselho de São Félix - PE

PROIBIDO PLASTIFICAR

CPF: [REDACTED] SEXO: [REDACTED] UF: [REDACTED]

PROFISSÃO: [REDACTED] IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL: [REDACTED]

CH: [REDACTED]

Polegar Direito

[Signature]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PÉDIDO 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: 719.699.06413 4 - Nome completo da vítima: José Inamildo da Silva Santos

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

5 - Nome completo: José Inamildo da Silva Santos 6 - CPF: 719.699.064-13
 7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Monte dos Negron 9 - Número: 48 10 - Complemento: caixa
 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Bezemon 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81.99668-4814

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.499,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DE 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Santander
 AGENCIA: 9530 CONTA: 94616

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 do 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 nº 6.194/74.

Declaro que esta autojustiça 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

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: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (velhos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a 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 legal de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legal de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e data: Bezemon 22 de Abril de 2022
José Inamildo da Silva Santos
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: José Ivanildo da S. Santos

portador(a) do documento de identidade n°: _____, expedido por _____ em

____/____/____ inscrito no CPF sob o n°: 719.699.064-13

residente: St. Monte dos Negros n°: 48 complemento: casa

Bairro: Rural cidade: Bezerros Estado PE

2. OUTORGADO: FLÁVIA VANESSA DA SILVA NEVES portador(a) do documento de identidade n°: 823953-3, expedido por SDS-PE, em 26/02/2007, inscrito no CPF sob o n°: 088.878.754-56 residente: lot. ONACI SOUTO ANDRADE, n°: 39 complemento: CASA Bairro: CENTRO, cidade: SAIRÉ Estado: PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima: INVALIDEZ Acidente ocorrido no dia 23/02/19 do sinistro de DPVAT da natureza (INVALIDEZ, DAMS).

_____ de 18 de 04 de 2022



OUTORGANTE: José Ivanildo da Silva Santos

(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025900/22

Número do Sinistro: 3220046640

Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS

CPF: 719.699.064-13

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025900/22

Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS

CPF: 719.699.064-13

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FLAVIA VANESSA DA SILVA NEVES : 088.878.754-56

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS : 719.699.064-13

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: 12/09/2022
Nome: JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS
CPF: 719.699.064-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2022
Nome: Manuella Trindade Pessoa de Araujo
CPF: 064.485.714-50

JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS

Manuella Trindade Pessoa de Araujo

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220046640

Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 23/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIA VANESSA DA SILVA NEVES

Procurador: FLAVIA VANESSA DA SILVA NEVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS

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\$ 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: **JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001710-8**

Conta: **000010017635-6**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

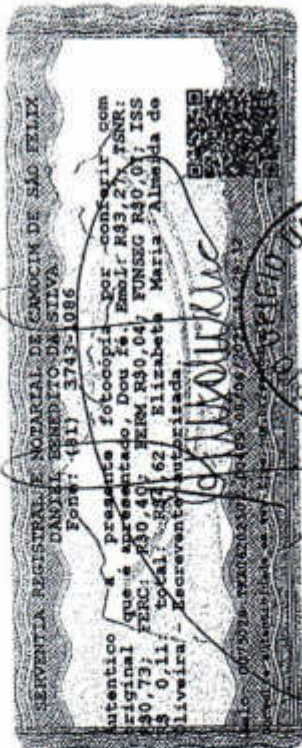




DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sr José Ivanildo da Silva Santos, Identidade 11.458.274 SDS-PE, CPF 719.699.064-13 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS atendimento realizado a ele por este serviço, número da ocorrência 4413 – ID 4201, no dia 23 de fevereiro de 2019, às 13h e 25min, vítima de Queda de moto, no sitio Serra de Aires Zona rural, próximo a Biu da massa, Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a Unidade Mista São José.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.



Bezerros, 31 de Maio de 2021.

Andréa Karoliny
Enfermeira
COREN-367847

Andréa Karoliny Souza
Coord. do SAMU
Coren- 367847
Bezerros-PE

