

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10950905

A/C: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170242723 ASL-0161001/17
Vitima: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 19/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10950919

A/C: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170242723 ASL-0161001/17
Vitima: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 19/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 3742463 EXPEDIDO POR SSDS EM 27/03/2009
CPF 11015030514-03 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Peixeiro
E RENDA MENSAL DE R\$ Peixeiro (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da taxa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 033 da CEF aberta em Unidade Educacional com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanned, colorido, escritas à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 7730 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 25636-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

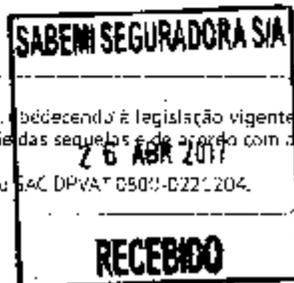
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO FIDELICITADO COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

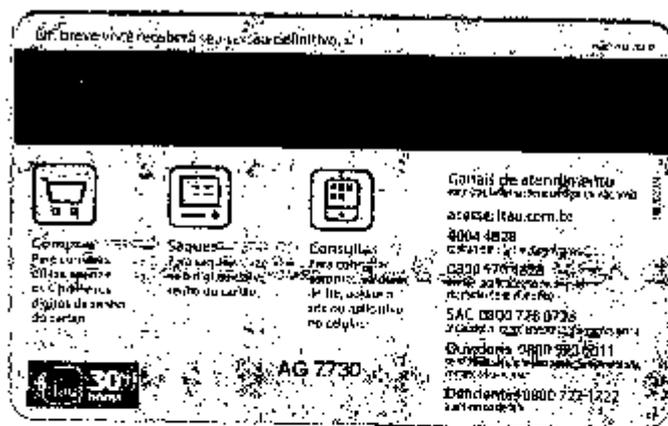
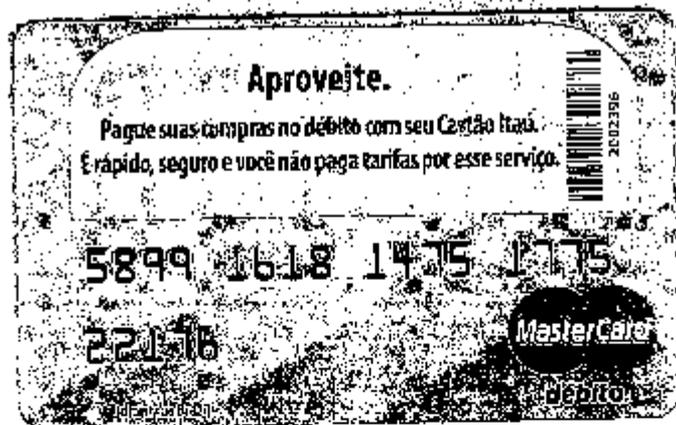
J. Pessoa, 03 de abril de 2017. Felipe Costa Vieira da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos seqüent. inc. beneficiários), de acordo com a legislação vigente na data do acidente; indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009); e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0501-0221204.





SABEMI SEGURADORA S/A

26 ABR 2017

RECEBIDO



SABEMI SEGUADORA S/A

... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...

... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...

... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...

... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...

... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...

... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...
... SABEMI SEGUADORA S/A ...

SABEMI SEGUADORA S/A
20 JUN 2017
RECEBIDO



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00024.01.2017.2.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e o requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00024.01.2017.2.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:23 horas do dia 25 de janeiro de 2017, na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, coronel, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Filipe Costa Vieira da Silva**, CPF nº 105.030.514-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Instalador de Antenas, filho(a) de Margarida da Silva Costa Vieira e Severino Vieira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/07/1992 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº SN, complemento Quadra 03, Lote 07, tendo como ponto de referência Próximo Ao 7º Batalhão da Polícia Militar, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98800-9952.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Prf. Bayeux/PB, bairro Manguiños; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 19/09/16 23:00h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 19/09/16, por volta das 23:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 TITAN EX, cor amarela, ano 2014, de placa QFB-8336/PB, chassi nº 9C2KC1660ER401511, de sua propriedade, pela rodovia BR-230, no sentido Bayeux/Santa Rita/PB, ao chegar nas proximidades do Posto da Polícia Rodoviária Federal, ao desviar de uma carreta, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer traumatismo crânio encefálico leve, hemotórax direito, fratura da diáfise do úmero esquerdo, fratura exposta do cotovelo (olécrano) direito e osteomielite aguda do cotovelo direito, sendo socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

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

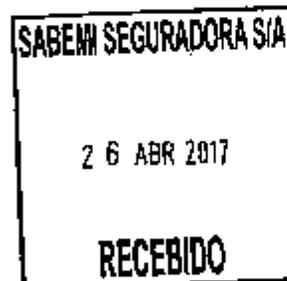
Campina Grande/PB, 25 de janeiro de 2017.

Carlos Antônio Duarte Félix
CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX

Escrivão de Polícia

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Matr. 150.742-3

Filipe Costa Vieira da Silva
FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA
Noticiante



Santiago Pereira
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se apresentou. É testamento da verdade.
PE 01703/2017-14503-20
Heil Santiago Pereira-Fortosa - Tabelião Substituta
2017-0045023-PR/PR-231 FASENUN-0.27-FEPJ-RS-0.46-ISS-RS-0.12
SABEMHITAL-REX39513-3516
Confira a autenticidade em <http://sealodigital.com.br>

Procedimento Policial: 00024.01.2017.2.00.420



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA:

PRF: 371084 W RAFFANI TORRES DE ANDRADE Data/Hora do Acidente (hora local): 19/05/2016 02:06 BR: 200 KM: 32,7
 Município/UF: BAYEUX/RS Tipo de Acidente: Colisão com obstáculo fixo Sentido da Via: Quilômetro
 Fase do dia: Pleno dia Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inesistente
 Sinalização existente: Vertical/Horizonta: Sinalização luminosa: Existente Condição meteorológica: Céu Claro
 Houve danos ao patrimônio da União? Não
 Houve solicitação de perícia? Não Data e horário de solicitação:
 A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do:

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

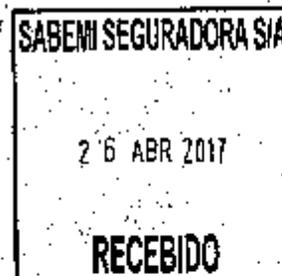
Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Industrial
 Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 2,3
 Possui defensa? Não existe Possui meio-fio? Conservado Possui sarjeta? Conservado
 Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Bom Largura (m): Tipo de inclinação: Elevação
 Obstáculo ao Cruzamento: Curvo Estado de Conservação do Obstáculo: Bom
 Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Via Lateral
 Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas:
 Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reto Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
 Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/09/2016 14:20:37
 NÚMERO DE CONTROLE: 8643738a56ac66bc



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Placa: 01E8335 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9C2KC1660ER01411 Renavam: 01011445309
 Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX Cor: AMARELA Ano: 2014 Tipo: Motocicletas Emplicamento: JOAO PESSOA/PB
 Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
 Proprietário: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA CPF/CNPJ: 105.030.614-03
 Endereço: RUA JOAO JOSE DA COSTA 59 30059 CEP: 58.075-030
 Município/UF: Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
 Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO:

Manobra do Veículo no Acidente: Outros Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
 Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
 Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom
 Descrição do Recolhimento:
 DADOS DA CARGA:
 Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real/R\$
 Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
 Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO:

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
 Responsável pela Recepção:
 Documento do Responsável:
 Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Placa: 1100 6578 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9B0VNSA7A0X5669583 Renavam: 00726783672
 Marca/Modelo: VOLVO/NL12.960 4X2T Cor: BRANCA Ano: 1999 Tipo: Caminhão-Trator Emplicamento: SARASSU/PE
 Ocupantes: 1 Espécie: Tração Categoria: Aquele
 Proprietário: FRANCISCO HONORATO DE SOUZA FILHO CPF/CNPJ: 020.717.154-89
 Endereço: RUA TERNURA D CASA CEP: 53.620-144
 Município/UF: Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: 00000000000000000000 Placa U2: Placa U3: Placa U4:
 Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO:

Manobra do Veículo no Acidente: Seguir Fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
 Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
 Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom
 Descrição do Recolhimento:
 DADOS DA CARGA:
 Carregamento: Carregado Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Não Moeda: Real/R\$
 Valor Total da Carga: R\$80.805,10 Prduto Perigoso:
 Descrição da Carga: Peso 26.560,30Kg

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO:

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
 Responsável pela Recepção:
 Documento do Responsável:
 Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

SABEMI SEGURADORA S/A
 26 ABR 2017
RECEBIDO

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.darf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:23:37
 NÚMERO DE CONTROLE: 8F43738abcac88bc



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500648
Cômunicação: C2051618
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1DFB-8339
 Nome/Apeido: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA
 Data de Nascimento: 08/07/1997 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado
 Nome do Pai: SEVERINO VIEIRA DA SILVA
 Nome da Mãe: MARGARDA DA SILVA COSTA VIEIRA
 Endereço: AV DEL MENDES RIBEIRO - NÚM. 407
 Município/UF: BAIXEUX/PR Telefones: 83-988351842 Celular: (83) 968351842 CEP:
 Grau de Instrução: Não Informado
 Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
 CPF: 105.030.514-03 Documento de Identificação: 9745463 Órgão Expedidor: SSS/PR IRB
 Origem: Destino:
 Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
 Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
 Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Não Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:
 Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
 Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR
 Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
 Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
 Município/UF: Motivo:
 Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V7H100-8578
 Nome/Apeido: FRANCISCO HONORATO DE SOUZA FILHO
 Data de Nascimento: 30/10/1974 Sexo: Masculino Estado Civil:
 Nome do Pai: FRANCISCO HONORATO DE SOUZA
 Nome da Mãe: MARIA DO CARMO DE SOUZA
 Endereço: Rua Terceira M. Fria
 Município/UF: SARASSUPE Telefones: 81-998845724 Celular: (81) 998845724 CEP:
 Grau de Instrução:
 Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
 CPF: 020.717.154-89 Documento de Identificação: 4664773 Órgão Expedidor: SSP/PE ARE
 Origem: Destino:
 Estado Físico: Leso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
 Existe Declaração em Anexo? Sim Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
 Transcrição da Declaração:

Vinha sendo José Pessoa Bayeux e Natal na BR 101 em frente ao posto rodoviário PRF. Quando escutei um barulho era uma moto se arrastando no chão pela direita e eu caí na faixa da direita a moto passou se arrastando no chão imediatamente parei para não passar o bato na moto.

dirigindo o cavale de placa *006578 e carteira mim2794.
 Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: Registro CNH: 32545774088/PE Primeira Habilitação: 19/06/1995
 Validade CNH: 03/08/2021 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
 Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR
 Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
 Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
 Município/UF: Motivo:
 Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37
 NÚMERO DE CONTROLE: 0643738a5cac66bc



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo/VIT/QFB-8338

Nome/Apelido: THAYSA CABRAL DA SILVA Sexo: Feminino Masculino Data de Nascimento: 31/08/1997

Nome do Pai: ANTONIO JOSÉ DA SILVA

Nome da Mãe: VILMA SÂN OS CABRAL

Endereço: _____ CEP: _____

Município/UF: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: BRASIL

CPF: 125.788.674-81 Documento de Identificação: 124848 Órgão Expedidor: SDDS, PB/PE Telefones: _____

Estado Civil: _____ Grau de Instrução: Não informado

Ocupação Principal: _____ Origem: _____ Destino: _____

Estado Físico: Lesões Graves Não Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não Sim

Transcrição da Declaração: _____

Pertences: _____

Informações Complementares: _____

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: _____ Responsável pela Recepção: _____

Documento do Responsável: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____

Município/UF: _____ Motivo: _____

Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dp.f.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE: 8643738a5cac66bc



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C20516*8
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Testemunha Veículo

Nome/Apelido: LDAO CORREIA DA SILVA **Sexo:** Masculino **Data de** _____

Nome do Pai: JOSE BONFACIA DA SILVA

Nome da Mãe: MARIA IDALINA DA SILVA

Endereço: _____ **CEP:** _____

Município/UF: _____ **Naturalidade:** _____ **Nacionalidade:** BRASIL

CPF: 224.534.424-49 **Documento de Identificação:** 869099 **Órgão Expedidor:** SSP/PB/PB **Telefones:** (83-988847166

Estado Civil: _____ **Grau de Instrução:** _____

Ocupação Principal: _____ **Origem:** _____ **Destino:** _____

Estado Físico: Ileso **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** _____ **Usava Capacete?** _____

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Condutor a motocicleta da placa MDD2B-2P3

Informações Complementares:

A testemunha, que estava sinalizando o local para evitar burla do crime, informou verbalmente que estava terminando de ultrapassar a cerca pela faixa da esquerda, quando escutou um barulho alto e a motocicleta surgir da lateral direita da carreta, se arrescando pelo chão.

ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO

Tipo do Receptor: _____ **Responsável pela Recepção:** _____

Documento do Responsável: _____ **Data/Hora da Recepção (hora local):** _____

Município/UF: _____ **Motivo:** _____

Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE: B643738a5cac66bc



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN EX	Placa: QFB-8336
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83500646
Registro/Matrícula do Agente: 1371084	Data: 19/09/2016 22:35

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) tras. (Inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2	X		
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X		
Descrição - Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3	X		
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":					12

CLASSIFICAÇÃO DO DANO AO VEÍCULO

Assinale o valor e o tempo que ultrapassa o do dano do veículo

- Dano de Pequena Monto: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido classificado nenhum componente estrutural.
- Dano de Média Monto: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido classificados três ou mais componentes estruturais.
- Dano de Grande Monto: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM.
Quando o componente não estiver danificado ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente NÃO = Item não danificado ou Não existente NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE: 864373895cac886c



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES

Veículo: V2 / VOLVO/NL12 360 4XPT FJDC	Placa: H00-6578
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFELAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83500646
Registro/Matrícula do Agente: 1371084	Data: 19/09/2016 22:35

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias externas sem afetar coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta fogo, soleira ou assoalho.	P		X	
2	Carroceria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento de carga.	P		X	
3	Avarias em para-lamas(s) (dianteiro ou traseiro), porta-estope, para-choque dianteiro ou perfil lateral do chassi (se houver).	P		X	
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
6	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto/quadrado (houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da lateral da carroceria com o chassi.	M		X	
8	Para-choque traseiro danificado.	M		X	
7	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
8	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
9	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
10	Chassi com deformação torsional: maior ou igual à altura da longarina.	M		X	
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
13	Chassi com deformação torsional maior que a altura da longarina.	G		X	
14	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
15	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G		X	
16	Chassi com região territorialmente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
17	Chassi afetado territorialmente na região da suspensão.	M		X	
18	Chassi com região territorialmente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

P: Item que individualmente implica em Dano de Pequena Monta.

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta.

ITEMS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	Sim	Não
19	Redas/placas		X
20	Para-brisa		X
21	Vidros laterais/traseiros		X
22	Retrovissões externas (direita e/ou esquerda)		X
23	Faróis		X
24	Lanternas (dianteiras, laterais, ou traseiras)		X
25	Carenagens		X
26	Lona (plata)		X

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

- Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade:
- Dano de Pequena Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P
 - Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M
 - Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

"Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" é o de maior gravidade

A classificação do dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM.

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliável)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37

NÚMERO DE CONTROLE: B643738ab5cac66bc



RELATORIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES

Veículo: Reboque 1 do V2 / VOLVO/NL12 360 4X2T FDC	Placa: MIM2794 (Reboque 1)
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83500646
Registro/Matrícula do Agente: 1371084	Data: 19/09/2016 22:35

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias externas sem afetar coluná(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta fogo, soleira ou assoalho.	P		X	
2	Carroçaria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento de carga.	P		X	
3	Avarias em pára-choques (dianteiro ou traseiro), porta-choque dianteiro ou perfil lateral do chassis, (se houver)	P		X	
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluná(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
5	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 da união da base da carroçaria com o chassis.	M		X	
6	Pára-choque traseiro danificado.	M		X	
7	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
8	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
9	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
10	Chassi com deformação torsional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da bumperline.	M		X	
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
13	Chassi com deformação torsional maior que a altura da longarina.	G		X	
14	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
15	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G		X	
16	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
17	Chassi afetado termicamente na região da suspensão.	M		X	
18	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

P: Item que individualmente implica em Dano de Pequena Monta

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta.

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	Sim	Não
19	Rodas/pneus		X
20	Pára-brisa		X
21	Vidros laterais/traseiros		X
22	Reboque/roda externa (direita e/ou esquerda)		X
23	Ferida		X
24	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
25	Carenagens		X
26	Lonas (alders)		X

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

Dano de Pequena Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P

Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

"Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" é o de maior gravidade

A classificação do dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprt.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37

NÚMERO DE CONTROLE: 864373285c0c8650c



Local: Preservação

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incapacidade
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trom
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Freagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou Deslizagem
- Depois da Colisão

P1 - ponto de início de inércia
 P2 - segundo ponto de inércia
 P1-P2 - direção do movimento
 P - veículo de referência
 BAYEJO

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
 Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
 Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

No dia 18/09/2016, às 22:35hs, aconteceu um acidente na BR 200, km 32,2, no município Bayeux/PB, na frente do posto da PRF 14.01.01. A equipe cruzou a rodovia e incluiu o apontamento do mesmo. A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e bom o pavimento em bom estado de conservação. As condições ambientais eram boas, céu claro.

O acidente, uma colisão com objeto fixo, envolveu o veículo HONDA/CG 150 TITAN EX de placas QFRR00W/PB, denominação V1, e o veículo VOLVO/NI 12 360 4X2/EDC de placas H006079/PE, denominação V2, que rebocava o veículo SMI/BIHELATO 830CF 8E de placa M1W2944/SO. O condutor V1 morreu gravemente e o passageiro FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA, CPF 105.039.514-03, condutor do V1 e a srta. THAYSA GABRIELA SILVA, CPF 125.788.674-01 passageira do V1, encarcerados, em uma parte sobre a via e alta no acostamento, onde ficaram aguardando socorro médico, que foi feito pelo Corpo de Bombeiros e conduzidos ao hospital de Traumatologia do Cepital.

O acidente ocorreu quando V1 virou o fluxo da via, o veículo ultrapassou o V2 pela direita, notando no caminho que separe a pista de rolamento de uma via lateral, conforme os vestígios.

O modo fornece uma representação esquemática do evento.

O condutor do V2 foi submetido ao teste de alcoolemia, etilômetro, aparelho nº 086628 teste nº 3850, com resultado 0,00mg/da,al. Não foram encontrados outros sinais/vestígios de ingestão de qualquer substância psicoativa. Devido o estado de saúde do condutor do V1, não foi possível submetê-lo ao teste.

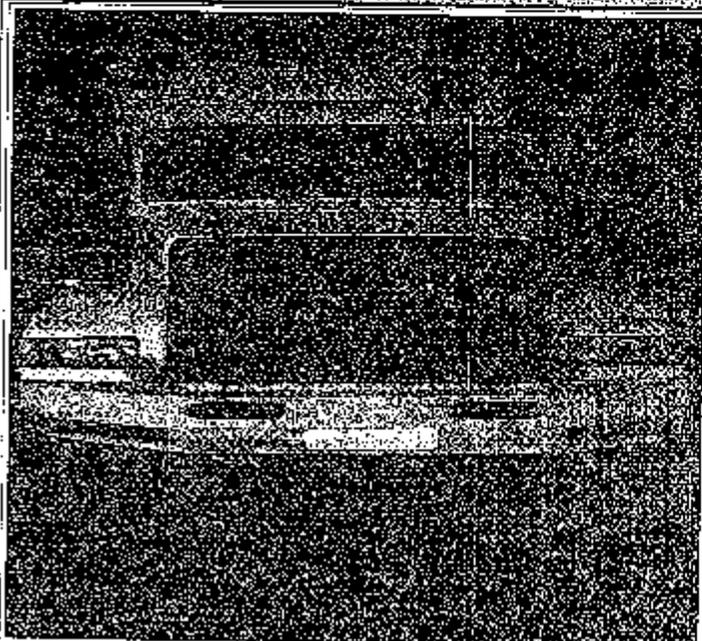
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE: 8643739a5cac86ac

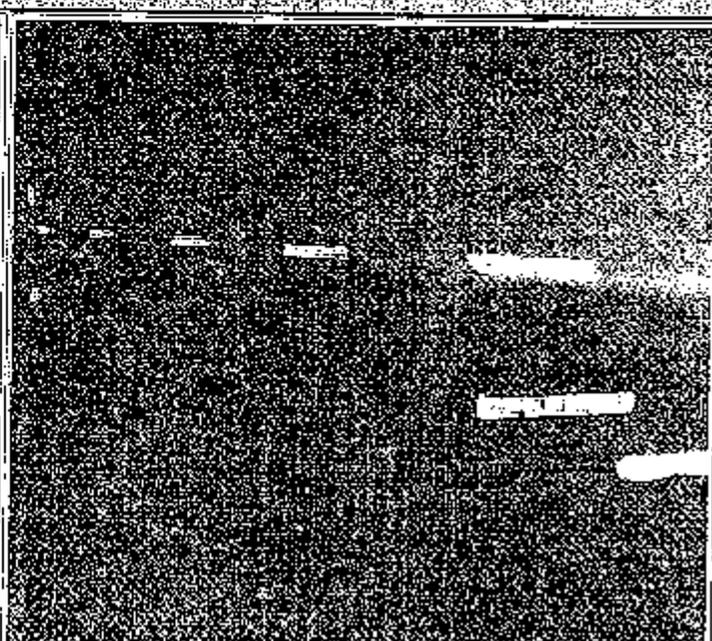


RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

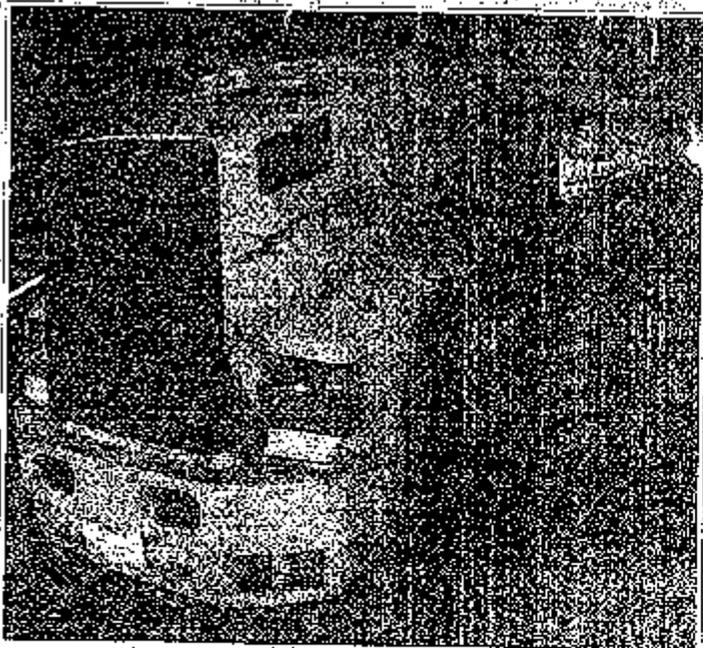
Veículo: V2 / VOLVO/NL12 360 4X2T EDC
Placa: H00-6578
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFHYA TORRES DE ANDRADE
Nº BOAT: 83500646
Registro/Matrícula do Agente: 1371084
Data: 19/09/2016 22:35



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

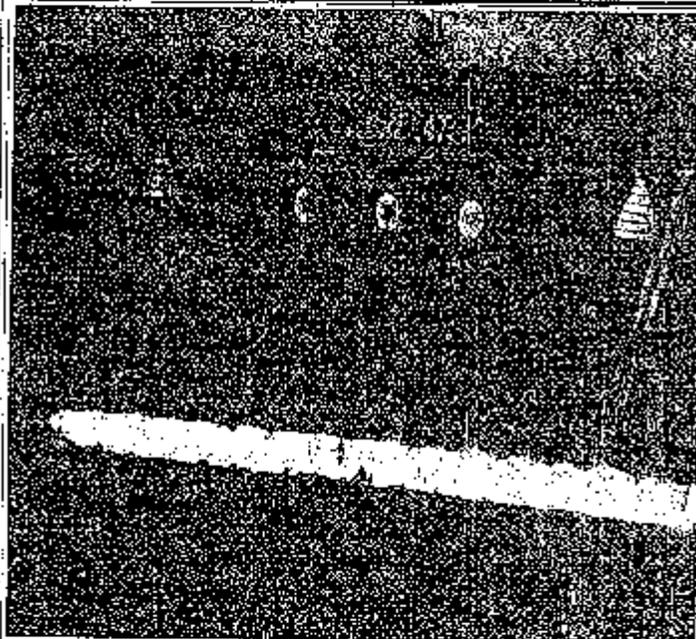
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dart.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE: 9643738a5c3c861e

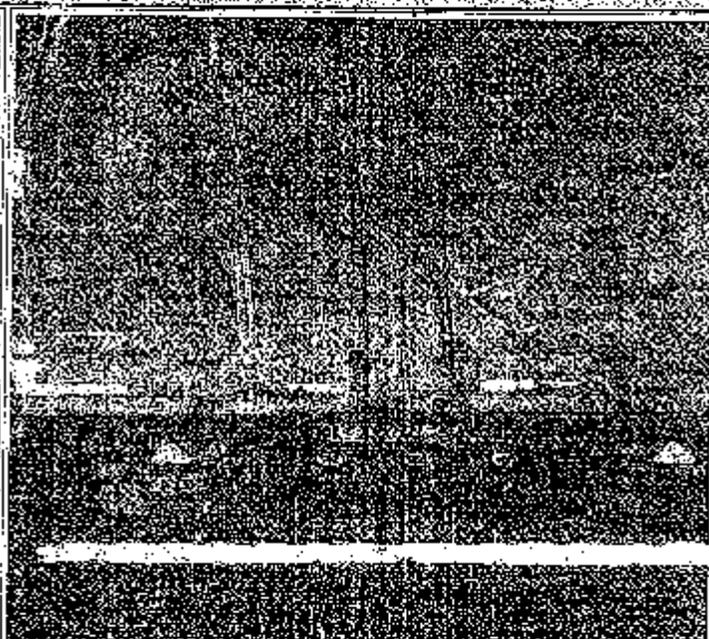


RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

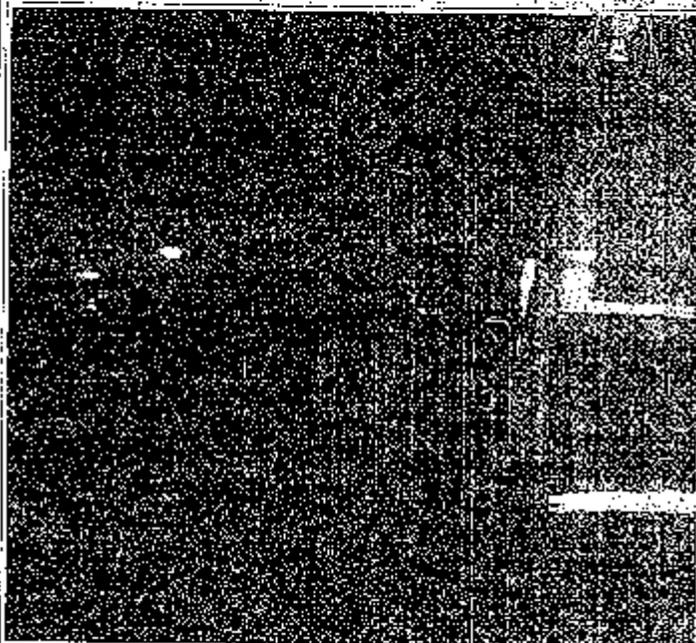
Veículo: Reboque 1 do V2 / VOLVO/NL12.360 4X2T.EDC	Placa: MIM2734 (Reboque 1)
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83500646
Registro/Matrícula do Agente: 13/1084	Data: 19/09/2016 22:35



Fronte



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.rprt.gov.br>

DATA/MÓRA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37

NÚMERO DE CONTROLE: 8643738e6ca656bc



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

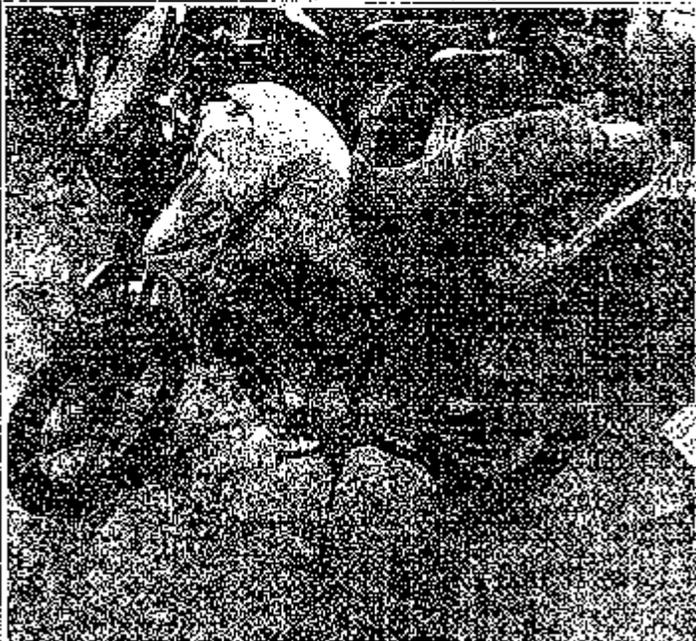
Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN EX	Placa: QFB-8336
Nome do Agente/Assinatura: MIHAFIAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 82500646
Registro/Matrícula do Agente: 1371084	Data: 19/09/2016 22:35



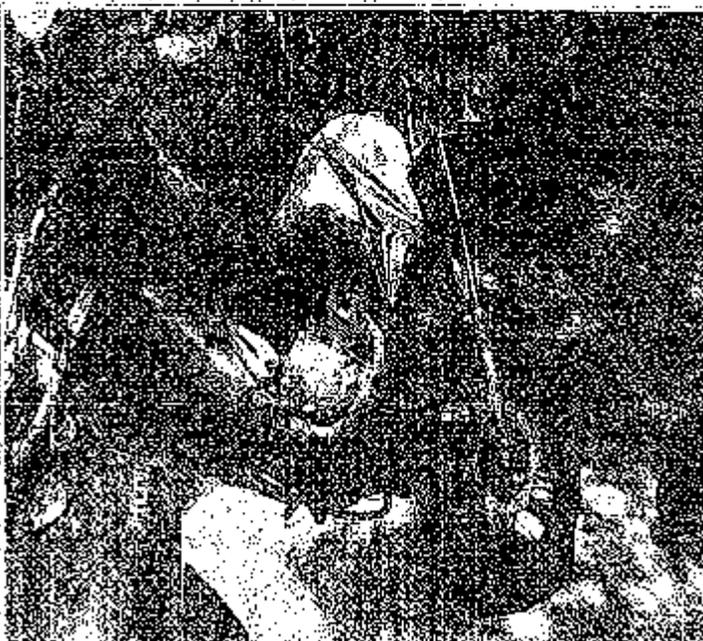
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpr.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE: 8613738a503c36be

SABEMI SEGURADORA S/A
 26 ABR 2017
RECEBIDO
 ACOPLHIMENTO, 6A - CNES: 123312 - Tel:
 Boletim de Atendimento: 948543

GOVERNO DA PARAIBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Senador Humberto Lucena

Identificação do paciente

Nome	FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA		Sexo	Masculino
Idade	24 anos 2 meses 11 dias	Estado civil	SOLTEIRO(A)	
Religião	NAO INFORMADA		Prontuário	
Nome do responsável	SEVERINO VIEIRA DA SILVA		Pai	
Nome do responsável (Parentesco)	SAMUEL COSTA VIEIRA DA SILVA - IRMÃO(A)		Mãe	
Fone Móvel	883351842	Nº Cms	888003275200522	
Número documento	3745463	UF	PB	
Natureza da residência	JOAO PESSOA	Tipo	BAIRRO	
UF	PB	Logradouro	GENULFO CABRAL DE LUCENA	
Bairro	MANGABEIRA	UF	PB	

Endereço

Município de residência	JOAO PESSOA	UF	PB
Complemento			
Bairro	MANGABEIRA		

Admissão

Data e hora	10/09/2016 23:34:34	Número da pulseira	100005646721
Clínica	CLÍNICA TRAUMA E GERAL		

Especialidade

Especialidade	TRAUMATOLOGISTA	Origem do paciente	RODOVIA
Classificação de risco		Detalhe do acidente	QUEDA / OUTROS

Caráter de atendimento

Caráter de atendimento	OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
------------------------	--------------------------------------	-----------------------	-------------------------

Indicadores e Transporte

Plano de saúde	Não	Meio de ambulância	Sim
Quem transportou	NÃO SE APLICA		
Temperatura	30,09/16		

Exames complementares

Radiol []	Sanguine []	Urina []	TCC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
<p><i>Lib. 4:00 20.09.16</i> <i>tcc, fluoroscopia</i> <i>Fratura E</i> <i>de fêmur por</i> <i>caída liberado para</i> <i>300ml</i></p> <p><i>Clínica + Faturação</i> <i>20/09/2016</i></p> <p><i>Dr. Manoel desp. 06:40</i></p> <p><i>Dr. Manoel desp. 300ml</i></p>						
<p>FOMAGRABIA <i>TOAX</i> <i>23-09-16</i></p>						<p>FOMAGRABIA <i>TOAX</i> <i>23-09-16</i></p>

atendido
estabilizado
OTILHE
NS/O
FA
diagnóstico
28/09/16
NS/O
FA

TOAX
06/10/16
VIEIRA DA SILVA
CLÍNICA TRAUMA E GERAL
RODOVIA
QUEDA / OUTROS
30,09/16

Fratura
E de fêmur
2009
DE
NS
FA

Dr. Manoel desp. 300ml
neurocirurgia
SAM-PB 6018

Nº 7004

FEB 2006

Muller de Souza

FEB 12

TC de cirurgia

Di. ODS

Alexandre R. G. da Silva
MÉDICO
CRM-PB 4983

Ortopedia 20/05/06 06:30h

Paciente vítima de acidente de moto, 5 feridas
traum no MMSS, torácicas com fraturas de
múltiplas costelas, escuras em MMII

Apresenta fratura exposta de ulna proximal
de costelas (D.) + fratura fechada de
distal de ulna (D) e possível fratura de
côndilo medial lateral. Sensitivo-motor preservado.

cd. Solicitado para no Bloco Cirúrgico P1
trat. de fratura exposta
+ talo pinos de contensão P1 MSE + talo
seco-primário. Trat. cirúrgico em 2º tempo P1
MSE Acomodando o subscapular no bloco

Dr. Rodrigo Castro de Aguiar
Ortopedia
CRM-PB 4983

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FILIPPE COSTA VIEIRA DA SILVA

RG nº 3745463, data de expedição 27/03/2009 Órgão SSDS

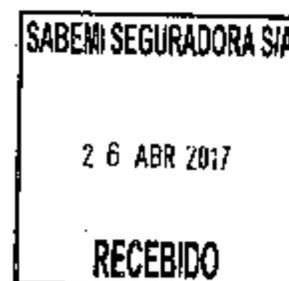
CPF nº 105030514-03, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOÃO JOSÉ DA COSTA</u>
Número	<u>59</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ERNESTO GEISEL</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.075-030</u>
Telefone de Contato	<u>988009952</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa, 03/03/2017

Assinatura do Declarante: Filippe Costa Vieira da Silva





CAGEPA

COMUNIDADE DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
 Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
 CEP: 55 015-570 - CNPJ: 09.123.054/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

INSERIR ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

828980

REFERENCIA

MAR/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

REGINALDO MOREIRA DA SILVA
RUA JOAO JOSE DA COSTA 59
ERNESTO GEISEL 58075-030
JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residenciais	Comerciais	Industriais	Outros	
001 73 125 0070	0	1	0	0	0	828980

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A05F300230	08/02/2006	1	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
1208	1215	7	32	19/04/2017

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.	QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS
SET/2016	8 40 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
OUT/2016	5 0 TURBIDEZ 294 267 267
NOV/2016	5 0 COR 77 106 106
DEZ/2016	6 0 CLORO 294 267 267
JAN/2017	9 0 COL.TERMOT 0 0 0
FEV/2017	10 0 COL.TOTAIS 297 267 267
MEDIA(M)	7 DADOS REFERENTES A:FEV/2017

DATA DA LEITURA: 21/03/2017 HORA DA LEITURA: 11:33:09
 DESCRICAO CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
 RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m 10 36,84 29,47 R\$66,31

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS REG. 13 PIS E COFINS LEI 12.741/12
Total a Pagar: R\$66,31
 VENCIMENTO: 02/04/2017

V. 16-11 R. 1.0
 INDICACAO DE LEITURA: REALIZADA
 MODALIDADE DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
 POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
 NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
 INFORMACOES GERAIS:
 PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO
 MÁTICO.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
828980	MAR/2017	02/04/2017	R\$66,31

82690000000-9 66310010820-3 08289800820-5 17000000002-7



SABEM SEGURADORA S/A
 26 ABR 2017
RECEBIDO

Comprovação de Residência
de Margarida



MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA
 R. LAURO JARDIM, Nº 117, VILA PARQUE
 SANTARÉM, CEP: 05220-000, SÃO PAULO, SP

energisa
 Companhia Saneamento de São Paulo S.A. - SANEAS
 Rua Leopoldo de Bulhões, 1560 - Vila Parquetá - São Paulo - SP - CEP: 05220-000
 Fone: (11) 5082-1000 Fax: (11) 5082-1001
 Site: www.energisa.com.br

05001083-0196

Conta Referencial
UC (Unidade Consumidora): 5/1489027-1

Jan / 2017

18/01/2017

18/02/2017

Faturas em atraso

Demorações

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	580	14,47	83,96
Impostos			14,36
Outros			1,95
Descontos			-2,88
Total			107,40

PERÍODO	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
SEMN	245,00	27,00	67,23
PEF	245,00	4,00	9,80
LOFNS	245,00	4,78	11,63

VENCIMENTO 26/01/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 265,12

RESERVAÇÃO FISCAL
 82e8.1d1b a2a8 49fc 5e9e 4bcf.3b66 16b4.

Indicações de Qualidade

Indicador	Limite	Apurado	Limite de Tolerância
DECONTAM	0,05	0,00	0,05
DECONTAM	0,05	0,00	0,05
DECONTAM	0,05	0,00	0,05
DECONTAM	0,05	0,00	0,05
DECONTAM	0,05	0,00	0,05
DECONTAM	0,05	0,00	0,05
DECONTAM	0,05	0,00	0,05
DECONTAM	0,05	0,00	0,05
DECONTAM	0,05	0,00	0,05
DECONTAM	0,05	0,00	0,05

Composição de valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Preço de Des. de Energia (PE)	83,96	23,97
Consumo de Energia	14,36	3,96
Consumo de Iluminação	1,95	0,52
Outros	-2,88	-0,72
Impostos (Imposto de Consumo)	67,83	18,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	265,12	100,00

Nota: de acordo com a Resolução ANEEL nº 120/2016, R\$ 0,00

ATENÇÃO

PREÇO DE VENCIMENTO: R\$ 265,12 (duzentos e sessenta e cinco reais e doze centavos).
 Prazo de vencimento: 26/01/2017.
 Prazo de validade da ANEEL: 05/01/2017 a 05/01/2017.
 O valor a pagar é o valor devido pelo consumidor, incluindo o valor devido pelo consumidor e o valor devido pelo consumidor.
 Para maiores informações, consulte o site da Energisa ou o telefone 0800-1000000.

SABEM SEGURADORA S/A
 26 ABR 2017
RECEBIDO

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA, portador(a) do RG nº 4.432.799, expedido por SSDS / PB, em 09/06/16, CPF/CNPJ nº 853.280.904-97,

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Filipe Costa Vieira da Silva, do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Filipe Costa Vieira da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECURSO-ME Renda Mensal: R\$ RECURSO-ME

Documentos comprobatórios: RECURSO-ME

Margarida da Silva Costa Vieira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

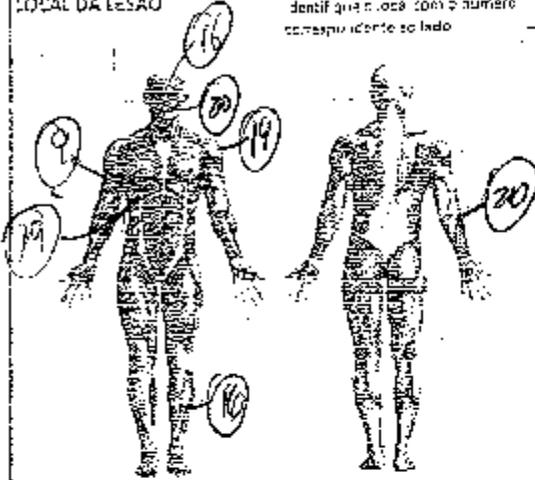
SABEMI SEGURADORA S/A
26 ABR 2017
RECEBIDO

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
 MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____
 PATOLOGIA: Não Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

identificar a lesão com o número correspondente ao lado →



- 1 Abreção
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empolamento
- 9 Erisema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Cortado
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corte-Contuso
- 17 F. Perfuro-Cortado
- 18 F. Perfuro-Cortante
- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Injúria do nervo
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendínea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Estravaso
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Perossia
- 32 Peristeseia
- 33 Queimadura
- 34 Rinite
- 35 Sinal de Isaqueia
- 36

Obs.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra de palma%): _____ % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- Radiografias Lavado peritoneal
 Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Triagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUZAS E PROCEDIMENTOS CÓDIGO ASSINATURA E CARIMBO

	CONDUZAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Atendimento inicial		
2	Transferência em rede de saúde		
3	Admissão em UTI (Subclavicular)		
4	Gl - 1000 ml		
5	Admissão em UTI		
6			
7			
8			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da NCR / DRMF às _____ de _____ de _____
 Solicito parecer da Outo / _____ às _____ de _____ de _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA: _____
 SAÍDA: Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revelia Desistência
 HORAS: Diária Até 48 hs Após 48 hs Fami in ML SVD

 AT. BAIXA/CARIMBO ASSIN

 ASSIN DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FELIPE DA COSTA VIEIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 08/07/92
NOME DA MÃE MARGARIDA AS SILVA COSTA VIEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

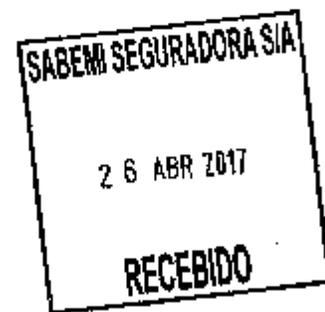
BOLETIM DE ENTRADA N.º 948.648
Nº PRONTUÁRIO 97.639
DATA DO ATENDIMENTO 19/09/16
HORA DO ATENDIMENTO 23:34
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + HEMOTÓRAX D + FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO E +
FRATURA ESXPOSTA DO COTOVELO (OLÉCRANO) D +
OSTEOMIELITE AGUDA DO COTOVELO D
CID 10 S 00.9 + S 27.1 + S 42.3 + S 52.0 + M 86.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelos Bombeiros, apresentando TCE e trauma de face + trauma em hemitórax D, com enfisema pulmonar, além de fraturas expostas em cotovelo D + antebraço D e fratura fechada do braço E e trauma em membros inferiores. Glasgow 12. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face e subsequentes
TC do tórax e subsequentes
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX do braço D e E - AP e P
RX do cotovelo D - AP e P
RX do antebraço D - AP e P
RX da bacia - AP
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Hemitórax D - TC e ao RX. Fratura fechada da diáfise do úmero E + fratura exposta do cotovelo (olécrano) D aos RX. Sem alteração às outras TC's, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Rodrigo Campos e Dr. Daniel Amorim do trauma torácico; pelo Dr. Frederico Boulitreau e Dr. Toribio Gomes da fratura do cotovelo; pelo Dr. Kartney Sarmiento e Dr. Odilon Filho da fratura do úmero e pelo Dr. Francisco Guedes e Dr. Ricardo Barros da osteomielite do cotovelo. Tratamento conservador do tce pela equipe da Neurocirurgia.

ALTA HOSPITALAR: 16/11/16
DATA DA EMISSÃO: 12/01/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ORTÓTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Número do:

Prontuário: 948648

Data: 26/11/16

Paciente: Felipe Costa Vieira da Silva

Reposição:

Procedimento: trat. cirurgico de fratura de cotovelo direito

Caixa Pronta:

SUS: Não SUS:

Médico: Dr. Felipe Almeida

SABEM SEGURADORA S/A
26-ABR-2017
RECEBIDO

DISPENSACÃO CME		QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO			
3.5				
Kempozzo	parafuso corticais Nº 18	01		
	parafuso corticais Nº 20	01		
	parafuso corticais Nº 22	02		
	parafuso corticais Nº 24	02		
	parafuso corticais Nº 28	01		
	parafuso corticais Nº 34	01		
	parafuso corticais Nº 38	01		
	parafuso espelho Nº 50	01		
	placa de 40 dentes (cortical)	01		
	fio de Kirschmann (curar só como guia)	01		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA		QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO			

[Assinatura]
ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
9416

Solima C. Nascimento Sá
ENFERMEIRA
COREN-PA 283.417
ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Josefa Justine da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PA 115
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Felipe Costa Vieira BE/Prontuário: _____
 Idade: 29 Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 19/11/16
 Clínica/Salor: Ortopedia EMP: _____ /LR: _____
 Cirurgia: Dr. Felipe Botter tratamento cirúrgico de uma fratura
 Cirurgião: Dr. Felipe Botter 1º Assistente: Dr. Ricardo Basso
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Dr. André Horário: Início 8:00 Término 11:15

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Ulna proximal</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>tratamento cirúrgico de uma fratura</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não Descrição: _____
 Biópsia de Congelamento: () Sim () Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico CRM: Dr. Felipe Almeida Botter
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 10.583
 RCP 14.193

João Pessoa, 19/11/16

Nota de Sala Cirúrgica

[Handwritten signature]

NOME DO PACIENTE: **Felipe Costa Almeida da Silva**
 NOME DO CIRURGIÃO: **Dr. Carlos Alberto de Castro Brito**
 NOME DO ANESTESISTA: **Dr. Marcos Vinícius**
 NOME DO ENFERMEIRO: **Jaqueline**
 DATA: **11/11/10** TEMPO CIRÚRGICO: **11:30** INÍCIO: **14:30** TÉRMINO: **14:30**

INSTRUMENTAÇÃO: **ASA 1 (ASA 1) (ASA 2)**

CONDICIONES: **ASÉPTICA (LIMPA) (CONTAMINADA) (ENSUADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)**

CONDICIONES	TESTES / QTD.	MATERIAS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ELFENANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPINACAINA INIBIDA		JELCO Nº21		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPINACAINA INIBIDA		JELCO Nº22		FIO DE ACO Nº	
ETILENA		JELCO Nº24		FIO DE ACO Nº	
ORCIPRODOL		KIT SIST DREN TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº 3.0	1
ECOMATEC		LÁMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	
EMBARBITAL		LÁMINA BISTURI Nº9	1	FIO DE NYLON Nº	
EMBARBITAL		LÁMINA BISTURI Nº2		FIO POLILACTINA Nº 0	1
LUBRIFICANTE		LÁMINA BISTURI Nº4	L	FIO POLILACTINA Nº 3.0	1
SCHEFFER		LÁMINA DE DERMATÓICO		FIO POLILACTINA Nº	
EVOLVIVACAP Nº 1		SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
EVOLVIVACAP Nº 2		MATERIAS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
EVOLVIVACAP Nº 3		AGULHA 18X15	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
EVOLVIVACAP Nº 4		AGULHA 25X27	1	FIO POLILACTINA Nº	
EVOLVIVACAP Nº 5		AGULHA 25X28	1	FIO SEDA Nº	
EVOLVIVACAP Nº 6		AGULHA 40X17	1	FITA FARDADA	
EVOLVIVACAP Nº 7		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
EVOLVIVACAP Nº 8		AGULHA PERIDURAL Nº17		CALIBER DE PIC	
EVOLVIVACAP Nº 9		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRURGICO	
EVOLVIVACAP Nº 10		AGULHA RAQUÍ Nº260		CLIP LIGAM. C. DURA	
EVOLVIVACAP Nº 11		AGULHA RAQUÍ Nº260		FIO DE KIRSCHNER Nº 05	1
EVOLVIVACAP Nº 12		AGULHA RAQUÍ Nº270		FIO DE KIRSCHNER Nº	
EVOLVIVACAP Nº 13		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN Nº	
EVOLVIVACAP Nº 14		ATADURA DE CREPON	1	FIO STEINMAN Nº	
EVOLVIVACAP Nº 15		ATADURA CESSADA	1	GRANDEADOR CIRURGICO	
EVOLVIVACAP Nº 16		ROSA Nº COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVÍVEL	
EVOLVIVACAP Nº 17		CÂNDULA P. TRACHEOSTOMIA Nº		Nº DER. VAL. VENTRICULAR	
EVOLVIVACAP Nº 18		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PROTEJE VASCULAR	
EVOLVIVACAP Nº 19		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		PROTEJE VASCULAR	
EVOLVIVACAP Nº 20		CATETER EPIDURAL Nº15		SUADOR EXTERNO	
EVOLVIVACAP Nº 21		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
EVOLVIVACAP Nº 22		CATETER EPIDURAL Nº 8		Roma Par 30	
EVOLVIVACAP Nº 23		CLRA PARA OSEO		PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 1.6	1
EVOLVIVACAP Nº 24		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 2.0	1
EVOLVIVACAP Nº 25		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 2.5	1
EVOLVIVACAP Nº 26		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 3.0	1
EVOLVIVACAP Nº 27		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 3.5	1
EVOLVIVACAP Nº 28		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 4.0	1
EVOLVIVACAP Nº 29		FILTRUCOS	1	PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 4.5	1
EVOLVIVACAP Nº 30		EQUIPO MACROGUTAS	1	PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 5.0	1
EVOLVIVACAP Nº 31		EQUIPO TRANS. SANGUE		PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 5.5	1
EVOLVIVACAP Nº 32		EQUIPO MICROGUTAS		PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 6.0	1
EVOLVIVACAP Nº 33		ESPONJA DE PVPI		PLACA	1
EVOLVIVACAP Nº 34		ESPARADRAPO		BLACA	1
EVOLVIVACAP Nº 35		GAZES	1	EQUIPAMENTOS	
EVOLVIVACAP Nº 36		GAZES ALGODOADAS	1	() ASPIRADOR	
EVOLVIVACAP Nº 37		GEL ELÉTRICO	OK	() BISTURI ELÉTRICO	
EVOLVIVACAP Nº 38		JELCO Nº14	OK	() CAPNOGRAFO	
EVOLVIVACAP Nº 39		JELCO Nº15	OK	() CARDIOMONITOR	
				() DESFIBRILADOR	
				() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCÓPIO	
				() NÍMETRO DE P. L.S.U	
				() P.A. INVASIVO / INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

Parafusos Corticais Nº 3.4 1
Parafusos Corticais Nº 3.8 1

CIRCULANTE: **Jaqueline Costa da Silva**
 FICHA Nº: **115**

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 14/11/2016 PRONTUÁRIO: 94.8648

PACIENTE: Felipe Costa Vieira da Silva SEXO: M COR: BZ IDADE: 30

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36 PESO: 70 GRUPO SANGÜÍNEO: O+

ESTADO GERAL: BOM REGULAR MAU PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM REGULAR MAU PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: OK AP. RESPIRATÓRIO: OK AP. CIRCULATÓRIO: OK

AP. DIGESTIVO: OK ESTADO MENTAL: OK DROGAS EM USO: ---

PRE-ANESTÉSICO: --- ESTADO FÍSICO (ASA): (I)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRAQUA DOS OSSOS DO COTOVELO

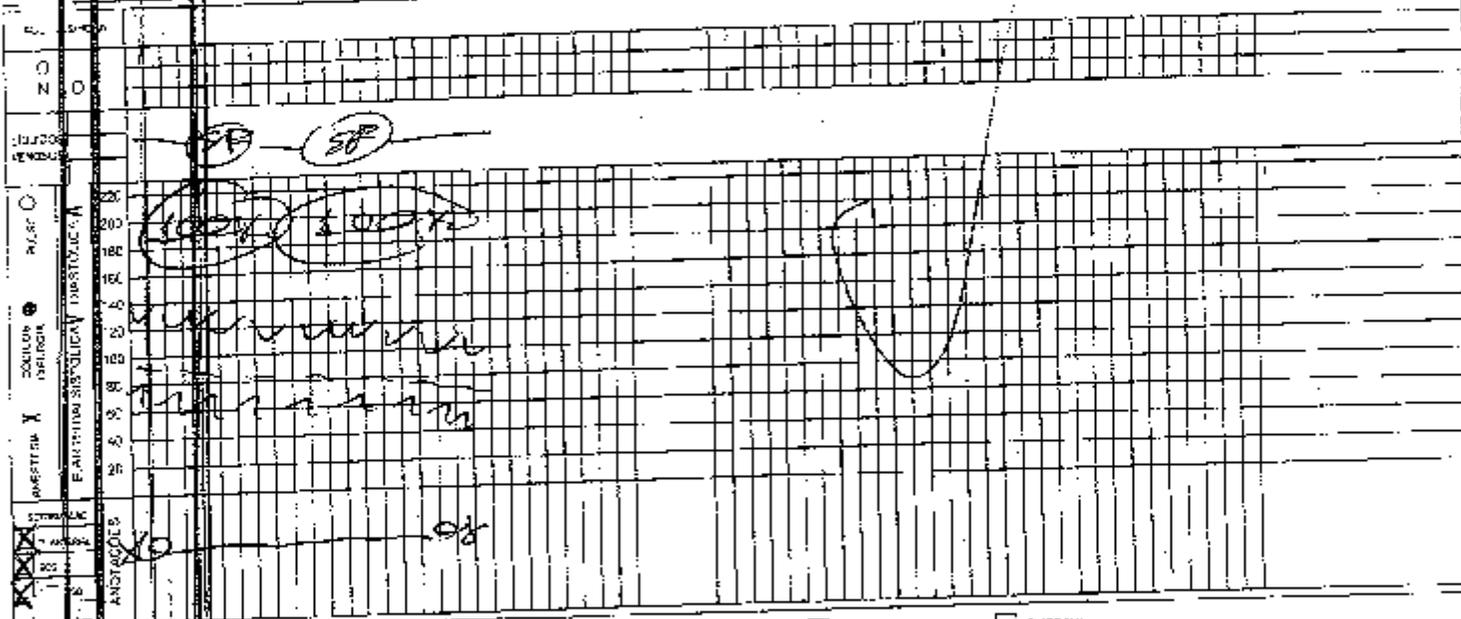
CIRURGIA REALIZADA: TRAT. CIRÚRGICO

CIRURGIÃO: DR. --- AJUDANTES: ---

INÍCIO DA ANESTESIA: 11:50 TÉRMINO DA ANESTESIA: 12:50 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 60'

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: --- QUANT. DE CH.: --- VALORES RS: ---

ANESTESISTA: DR. ANDRÉ CAVALCANTI CRM-PB: 7779



ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS

Bloq. Plexo Braquial

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLUCOSE	1	Lidocaina 2%	1
INSULINA	2	Miocain 100 mg	2
ROFOL	3	ROFOL 0.2 mg	13
ROFOL	4	ROFOL 0.2 mg	14
ROFOL	5	ROFOL 0.2 mg	15
ROFOL	6	ROFOL 0.2 mg	16
ROFOL	7	ROFOL 0.2 mg	17
ROFOL	8	ROFOL 0.2 mg	18
ROFOL	9	ROFOL 0.2 mg	19
ROFOL	10	ROFOL 0.2 mg	20

Paciente el levas que evoluiu neste momento por mais de 2 meses. Apresenta dor persistente em seu braço esquerdo.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. André Cavalcanti Soares
Medico CRM-PB 7779

F.ING. 1528.02a-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Franco Costa Adnan BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1
 Clínica/Setor: ginecologia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: FX fr. ovário (D) + OMA de ovário (D)
 Cirurgião: Dr. Francisco Vitor 1º Assistente: Dr. Alvaro Gomes
 2º Assistente: Dr. Marcos (RS) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Marco Vinicius
 Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão mecânica uterina de FX</u>	
<u>ovário (D) de depósito ósseo</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Lesão mecânica uterina de depósito ósseo</u>	
<u>ovário (D)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____
 Biopsia de Congelação: () Sim () Não
 Endantamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico CRM: _____

João Pessoa, 04 / 10 / 10

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Pac. em DDH, sob anestesia.
- 2) Anti-séptico + antisséptico
- 3) Posição de Campos (50° a 60°)

Incisão:

- 1) Ampliação de ferimento
- 2) Direção em Plana

Achados:

- 1) Exposição de epífise óssea de Fx de nível D

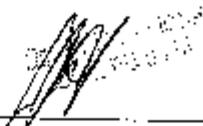
Conduta:

- 1) Osteotomia preparatória de Fx de nível D
- 2) Limpeza mecânica dos campos com SF 0,9%
- 3) Sutura da pele
- 4) Fx de nível D

Fechamento:

Observação:

João Pessoa, 07/11/16

Médico/CRM: 

FICHA DE ANESTESIA

88



DATA: 07/11/2016 PRONTUÁRIO: 948648

PACIENTE: FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA SEXO: M COF: 1001 IDADE: 34

PRE-ANESTÉSICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGUÍNEO:

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-ANESTÉSICO USADO: ESTADO FÍSICO (ASA):

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: OSTEOMIELITIS DO COTOVUSO DIREITO

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO

CIRURGO: FRANCISCO AUXILIARIS RICARDO

INÍCIO DA ANESTESIA: 10:10 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:50 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 40 MINUTOS

MÓDULO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES R\$: ANESTESISTA: NETOLEITE CRM-PB: 2584

QUANTIDADE	UNIDADE	USADO	RESERVA
1	ml	1000	
RINGER LACTATO - 1000			

SEXO: MASCULINO FEMININO OUTROS

DIAGNÓSTICO: OSTEOMIELITIS DO COTOVUSO DIREITO (CONTROLO)

QUANTIDADE	UNIDADE	USADO	RESERVA
1	ml	1000	
2	ml	1000	
3	ml	1000	
4	ml	1000	
5	ml	1000	
6	ml	1000	
7	ml	1000	
8	ml	1000	
9	ml	1000	
10	ml	1000	

Netoleite Fernandes de Araújo Médico - CRM: 2584

Netoleite Fernandes de Araújo



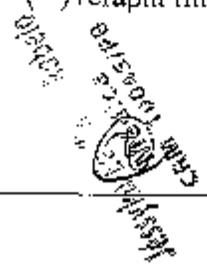
Nome: Delipe Costa Vieira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 28/10/16
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Art. Cúbito de pul. disjunção de unho
 Cirurgião: Dr. Rostri 1º Assistente: Dr. Odilon
 2º Assistente: Dr. Mendes (M&A) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Art. disjunção de unho</u>	
Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ortopedia</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____
 Biópsia de Congelação: () Sim () Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 28/10/16

Médico/CRM: _____





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



REUSHE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDU sob anestesia
gênica + oxigenação
respiratória de campo

Incisão:

Longitudinal em lateral de Muys

Achados:

Orbita desprovida de conteúdo
bulo ósseo

Conduta:

Ressecção da fratura
bulo ósseo
Incrustação com placa DEP 8 pinos e parafusos
Incrustação mandibular com SF 9,4

Fechamento:

Alça plástica
curativa estéril

Observação:

Rx controle

8/15/2011
CRM 10045/PB
Roberto
Ferreira

João Pessoa 28/10/11

Médico/CRM: _____

FICHA DE ANESTESIA

8



DATA: 28, 10, 16

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: HELIPÉ COSTA VIEIRA SILVA SEXO: M COR: BR IDADE: 24 ANOS

PRES. 130/80 PULSO 95 RESPIRAÇÃO 16 TEMPERATURA 36,0 PESO 60 GRUPO SANGUÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES DENTRO DA NORMALIDADE

AP. RESPIRATÓRIO MMV 5RA AP. CIRCULATÓRIO RCR 27 5/5

AP. DIGESTIVO FEJUNÇÃO ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO UNIZOLAM 2mg ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE VÍBERA DO MEMBRO ESQ.

CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MEMBRO ESQ.

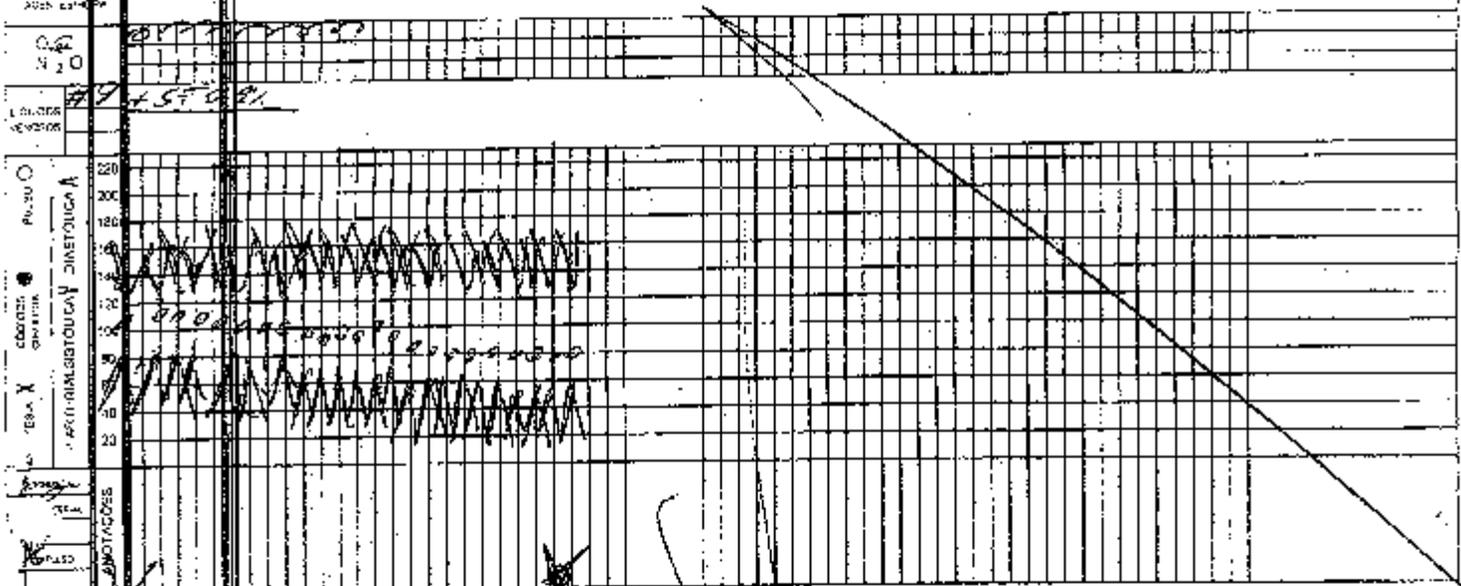
URGENTE DR. RATHANEY AUXILIARES DR. MOREIRA

NÍCIO DA ANESTESIA 15:45 TÉRMINO DA ANESTESIA 17:15 DURAÇÃO DA ANESTESIA 2h

LOCAL DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESIA DR. ABDON CPF CRM-PB

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM-4184



ANEST. GERAL FACILIDADA EPIDURAL INT. DO FLEXO BLOC. NERVOS QUINOS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	LEVOALFOLINA 2% 1000	30ml	"A"
2	LEVOLBUPRÓL DISS. 0,45%	20ml	"A"
3	ÁGUA DESTILADA	10ml	"A"
4	CEFAZOLINA 2g	14	
5	DEXMETASONAMIDA 0,4%	10ml	
6	OPRIDANISTRONA 8mg		
7	FENTANIL	17	
8	UNIZOLAM	18	
9	PROPÓPOLIS 200g	19	
10		20	

USO DE QUÍMICO ENTUB. SE ALÉNICOS - 30ml "A"
+ USO DE QUÍMICO ARVIAL - 20ml "A"

USO DE QUÍMICO 150 + 150ml LADRA
USO DE QUÍMICO 150 + 150ml LADRA

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM-4184

RELATÓRIO DE CIRURGIA

S *S*
HEE/SIL

Nome: Felipe Costa Vieira de Souza BE/Prontuário: 948668

Idade: 44 Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 20/09/16

Clinica/Setor: Urologia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Card

Cirurgião: Dr. Rodrigo Campos 1º Assistente: Dr. Daniel Amorim

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: local Horário: Início 13:55 Término 10:05

19/09/16 20/09/16

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Insuficiência de oxigênio cerebral</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>AVC em UVD; desio; subclavicular</u>	

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

Biópsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Daniel Amorim
Daniel Amorim Ricarte de Oliveira
Médico / CRM-PB 9370
CNS: 708505378139274

João Pessoa, 20/09/16



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NO. TAVEL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

Posição e Preparo:

- 1) Posiciona em DP4 + antebraço + campo livre
- 2) Bloqueio local de agulha subcutânea dorsal
- 3) Purga do local a ser operado do fio suco

Incisão:

- 1) Cortes conforme a talação de Seldinger
- 2) Bem drenado e vedado
- 3) Turundas do cateter
- 4) Lintão

Achados:

Conduta:

Fechamento:

Observação:


 Daniel Arruim Ricarte de Oliveira
 Médico / CRM-PB 9370
 CNS: 708505378139274

João Pessoa, 20/01/2011

Médico/CRM: _____



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE15H1

Nome: Felipe Carlos O. da Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 20/09/16
 Clínica/Setor: Urologia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Impl. Litotomia de frnt. esquerda de testículo (D)
 Cirurgião: Dr. Frederico B. 1º Assistente: Dr. José Luis
 2º Assistente: Dr. Jessyka Emilia (MMA) Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Impl. esquerda de testículo (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Implantação testículo esquerda</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: _____

Jessyka Emilia F. Roberto
 Médica
 CRM 109045/PE

João Pessoa, 20/09/16



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

pt em DDH sob anestesia
Culatra + anti-retor
Cupula de lapar

Incisão:

Ampliação do ferimento
debridamento meteculoso das bordas
Unidade de Nemotoma

Achados:

Fract exposta de alarano D

Conduta:

Woragem exorterna com SF O, ar

Fechamento:

Da pele com Nylon 2.0
Unidade estéril

Observação:

Dado aculo palmar
Unidade de frax com mais de 10 horas de vida exp

Jéssyka Emilia F. Rabêlo
Médica
CRM 100457/5

João Pessoa, 20/09/16

Médico/CRM:



CLINICA VERMELHA
BRASIL

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: Felipe Costa Vieira da Silva

IDADE: 24 **SEXO:** M **PROFILAXIA:** **ENFERMARIAS:** **LEITO:**

CIRURGIAS: Jato cirúrgico de jato - Exposita do estômulo b

CIRURGIOS: Dr. Frederico **TAUX:**

ANESTESIA: Anestesia de plano

ANESTESISTA: Dr. João

INSTRUMENTAL:

DATA: 20/09/10 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:** 10:00 **CIRURGIA INÍCIO:** **FIM:** 11:00

INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE):
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFETANILA		SEDF 9% 500ml	12	JELCO Nº18	
BUPROFENAZINA		SRL 500ml	03	JELCO Nº20	
BUPROFENAZINA PEQUENA				JELCO Nº22	
CITRAMINA	02			JELCO Nº24	
DIÓXIDO DE NITRÓGENO				KIT NEST. UREN. TORÁXICA Nº	
ETÓFOLATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	
FENOTEROL		ALCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI Nº15	
FENYLA	02	PVP I DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23	02
FLUMAZENIL		PVP I TETURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24	
ISÓFLURANO		PVP I ÓRICO		LÂMINA DE DERMATOMO	
LEVOTERACINA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	
LEVOTERACINA S/ VASO	02	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	30
LIDOCAÍNA C/ VASO	02	AGULHA 19X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	02
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	02	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	02
MIDAZOLAM	02	AGULHA 25X08	02	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	02
MOFETANO		AGULHA 40X12	01	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
NOBILID		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	04
PARALORONO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MÚLTIPLAS	
PERIDURAN		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFORADOR DE SORO	
PROPÓFOL		AGULHA RAQUÍ Nº25G		SCALP Nº19	
RAPIDANTANLA		AGULHA RAQUÍ Nº26G		SCALP Nº21	
ROXITRONO		AGULHA RAQUÍ Nº27G		SERINGA 3ML	
SEVOFLURANO		AGULHA RAQUÍ Nº28G		SERINGA 5ML	02
SULAMETONO		ATADURA DE CRÉPOM	02	SERINGA 10ML	02
TICOPENAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA		CÂMLA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº9	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	02	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA		CATETER EMBOLFO ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
VENTRIL		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CEFAZOLINA	02	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIPIRONA SÓDICA		CHRA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EPIORINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	15	SONDA URETRAL Nº	
Glicose 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TONNERINHA	
GLUCOSATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIXICANA OBLÉIA		ELETRODOS	05	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASINERONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	
PLASOL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROKIMONE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP I	02	FIOS	QTD.
TENDONIAN		ESPARADRAPO	02	() ASPIRADOR	
		GAZES	08	() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODINADAS		() CAPNOGRÁFO	
		GEL ELETROLÍTICO		() CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº14		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº16		() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCÓPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() RA-DIAGNÓSTICO INVASIVO	
				() PERFORADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

CIRCUANTE: 324356

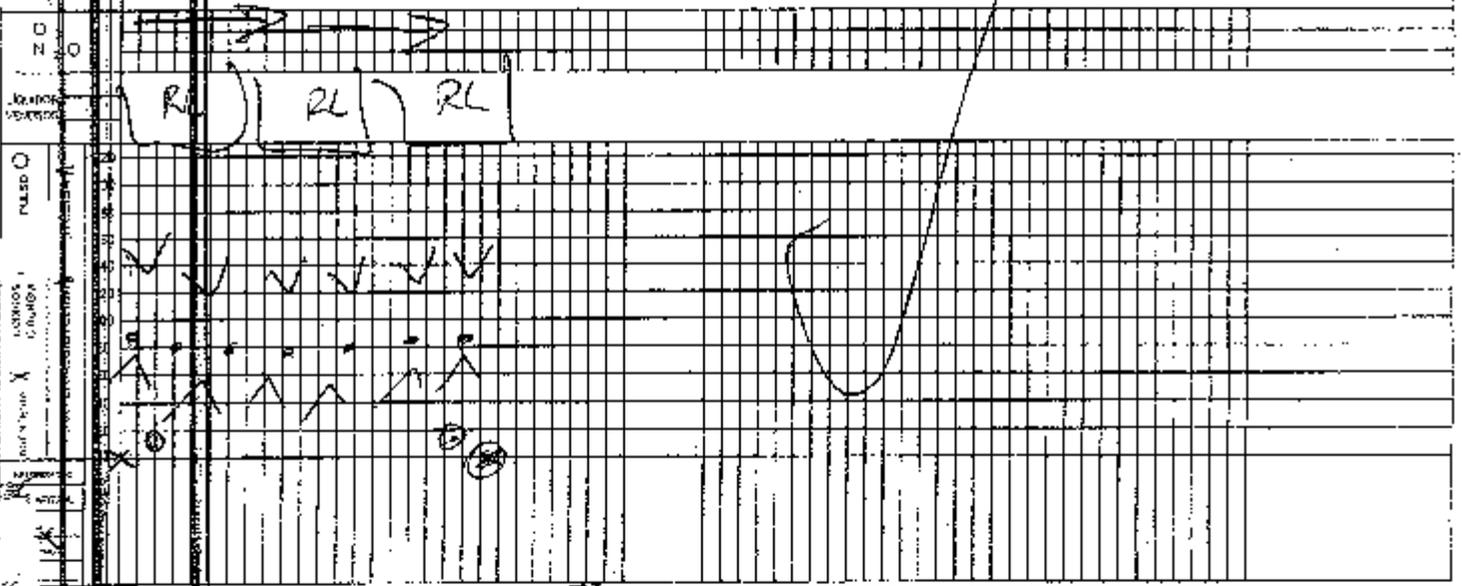
FICHA DE ANESTESIA



DATA: 20/9/16

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: FELIX COSTA VIEIRA		SEXO: M	COR: P	IDADE:
PRESSÃO ARTERIAL:	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL:) BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: () BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: POLITRAUMA				
CIRURGIA REALIZADA: LIAPEZA CIRÚRGICA DE FRACTURAS DE OMBRO (D)				
CIRURGIAO		AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA: 10:00	TÉRMINO DA ANESTESIA: 11:00		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 01:00	
TIPO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CI.	VALORES RS.	
ANESTESISTA		CPF	CRM-PB	



ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVES OUTROS

INTERESERVIÇO

QUANTIDADE	COMPOZITIVO	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	UNIDADE
1	FENTANIL	100mcg	11
2	CETRINA	50mg	12
3	DIPOPIRAM	50mg	13
4	NOVASIN 0,5% 50ml	50ml	14
5	LIDOCAINA 2% 50ml	50ml	15
6	CORTICOIDA	2g	15
7			17
8			18
9			19
10			20

Paciente com fratura de Torax na espinha do B.C.

Contato da bloqueio da pleura intercostal em nível da axila para evitar lesão pulmonar.

Dr. Italo Araújo de Arruda
Médico Anestesiologista
CRM-PB 7699 - CPF 057.323.034-05

Nota de Saia Cirúrgica

88

Nome do Paciente: Felipe Costa Vieira da Silva

Idade: 24 Sexo: 958618 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: 16 LEITO: 09

Clínica: Grat. Clinica de Fratura dialisática de numero E

Indicação: de Kater PAZ: YAD

ANESTESIA: bloqueio de Plexo + sedação

ANESTESISTA: Dr. Aldom

ESTIMULANTE: Angélica

DATA: 08/08/76 TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA: NICKASAS FIM: OK CURSOS INCL. FM

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS (O.D.)		MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.
ALBENTANILA			USCO Nº 1		FIQ CAT.GUT.CROMADO Nº	
BIPINACAÍNA ISOBÁRICA			USCO Nº 2		FIQ CAT.GUT.CROMADO Nº	
BIPINACAÍNA PESADA			USCO Nº 3		FIQ DE AÇÃO Nº	
CETAMINA			USCO Nº 4		FIQ DE AÇÃO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIQ DE NYLON Nº	
FENIL DATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº 1		FIQ DE NYLON Nº	
FENORBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº 15		FIQ DE NYLON Nº	
FRSTANELA	PVPÍ DERIVANTE		LÂMINA BISTURI Nº 2		FIQ POLIGLACTINA Nº	
FLUGAZANT	IPVÍ TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº 4		FIQ POLIGLACTINA Nº	
ISOPURANO	IPVÍ TÓPICO		LÂMINA DE DERMATÓMICO		FIQ POLIGLACTINA Nº	
LEVOPUPACAÍNA CIVASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE CHEXETO		FIQ POLIPROPILENO Nº	
LEVOPUPACAÍNA SIVASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIQ POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA CIVASO	AGULHA 10X1,5		LUVA ESTÉRIL Nº 1		FIQ POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA SIVASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº 2		FIQ POLIGLACTAPRONE Nº	
MILZOLAN	AGULHA 15X05		LUVA ESTÉRIL Nº 3		FIQ SEDA Nº	
MOFESA	AGULHA 40X,2		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
RAPIUM	AGULHA PERIDURAL Nº 16		MULTIVIAS		CATETER DE 20	
RAMBURONO	AGULHA PERIDURAL Nº 17		PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
RELIÇA	AGULHA PERIDURAL Nº 18		SCALP Nº 1		CLIP ESTÁND. LIGADURA	
RODRIFOL	AGULHA RAQU. Nº 20		SCALP Nº 2		FIQ DE KIRSCHNER Nº	
SANBENTANILA	AGULHA RAQU. Nº 22		SERINGA 5ML		FIQ DE KIRSCHNER Nº	
RODISENO	ALGODÃO ORTÓPÉDICO		SERINGA 10ML		FIQ STEINMAN Nº	
SEVOCURANO	ATADURA DE OREPHM		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
SEXAMETOMO	ATADURA GESSADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 5		HEMOST. ABSORVÍVEL	
TIOPENTAL			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 6		KIT DERIVA. VENTRÍCULAS	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA FICOLSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8		PROTASE VASCULAR	
ADRENALINA		CANELA FICOLSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10		KIT PAM	
AGLIA ESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12		FIXADOR EXTERNO	
ALCOONA		CATETER EM SILENCIO ARTERIAL	SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12		EMPRESA	
BEATRIZ		CATETER EPIDURAL Nº 4	SONDA FOLEY 2VIAS Nº 14		PARAFUSOS CORTICIAIS	
CETAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº 7	SONDA FOLEY 2VIAS Nº 16		PARAFUSOS CORTICIAIS 3,2	
UREA METASONA		CERA PARA GSSO	SONDA FOLEY 2VIAS Nº 18		PARAFUSOS 3,5	
DIFENO SÓDICA		COLETA URENA FECHADA	SONDA LINDL. LONGA		PARAFUSOS 4,0	
EPIDURA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS 4,5	
FUCSREDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TOXIMBRINHA		PARAFUSOS 5,0	
GLOCOSEOM		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS 5,5	
GLICOLATO DE CÁLCIO		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDO. TRAQUEAL Nº		PARAFUSOS 6,0	
GLUCOCORTISONA		ELECTRODS	TUBO ENDO. TRAQUEAL Nº		PARAFUSOS 6,5	
LIDOCAÍNA GMEIA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
DMASSTRONA		EQUIPO TRANS. SANGUE			PLACA	
FLARIL		EQUIPO MICROGOTAS				
PROXYMINE		ESPONJA DE PVV				
FRAMAXINA		ESPARADRAPO				
TENDONAN		GAZES				
		GAZES ALGODADAS				
		GEL ELETROLÍTICO				
		USCO Nº 1				
		USCO Nº 2				

315 Comp. 20 (1)
 32 (3)
 34 (1)
 35 (1)
 36 (1)
 37 (1)
 38 (1)
 39 (1)
 40 (1)
 41 (1)
 42 (1)
 43 (1)
 44 (1)
 45 (1)
 46 (1)
 47 (1)
 48 (1)
 49 (1)
 50 (1)
 51 (1)
 52 (1)
 53 (1)
 54 (1)
 55 (1)
 56 (1)
 57 (1)
 58 (1)
 59 (1)
 60 (1)
 61 (1)
 62 (1)
 63 (1)
 64 (1)
 65 (1)
 66 (1)
 67 (1)
 68 (1)
 69 (1)
 70 (1)
 71 (1)
 72 (1)
 73 (1)
 74 (1)
 75 (1)
 76 (1)
 77 (1)
 78 (1)
 79 (1)
 80 (1)
 81 (1)
 82 (1)
 83 (1)
 84 (1)
 85 (1)
 86 (1)
 87 (1)
 88 (1)
 89 (1)
 90 (1)
 91 (1)
 92 (1)
 93 (1)
 94 (1)
 95 (1)
 96 (1)
 97 (1)
 98 (1)
 99 (1)
 100 (1)

[Handwritten signature]



SERVIÇO DE
BRASIL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

SS

HCSIII

Nome: Felipe Cost Vieira de Siles BE/Prontuário: 948648
 Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 19/09/16
 Clínica/Setor: Venâncio EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Card
 Cirurgião: Dr. Rodrigo Campos 1º Assistente: Dr. Daniel Amorim
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: local Horário: Início 13:45 Término 13:55

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Disap. intestinal</u>	<i>(Large handwritten mark)</i>
<u>Hemoperitônio</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Toriotomia + drenagem pleural</u>	<i>(Large handwritten mark)</i>
<u>Ressecção em bloco de água a quente</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____
 Biópsia de Congelação: () Sim () Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____
Daniel Amorim Ricarte de Oliveira
 Médico / CRM-PB 9370
 CNES: 708505378139274
 João Pessoa, 19/09/16

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Identificação do 5º QD. limba axila anterior
- 2) Antissepsia + Campos estéril
- 3) Bloqueio local do ponto músculo
- 4) Iniciação da pele

Incisão:

- 1) Linceol do espaço intercostal com Kelly
- 2) Retirada de conteúdo pleural
- 3) Exatidão da drenagem com saída de ar e hemólio de sangue após conexão el. auto de,

Achados:

- 1) Traqueia do pulmão
- 2) Costas

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Daniel Adriano Ricarte de Oliveira
Médico / CRM-PB 9370
CNS: 708506378139274

João Pessoa, 19/07/16



VISTO EM: 18/01/17


Comandante do BAPH
Katy Sabrina do Nascimento Silva

TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 18 de Janeiro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 015/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 19/09/2016, conforme requerimento nº 016/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 23h00min o(a) Sr.(a) **FILIFE COSTA VIEIRA DA SILVA** CPE Nº 105.030.514-03, vítima de acidente de trânsito (*queda de moto*), ocorrido na BR-230, em frente a Polícia Rodoviária Federal, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-26, tendo como chefe o **SARGENTO BM Marcos Aurélio Pereira da Silva**, Matrícula 520.009-1, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se inconsciente, apresentando TCE, fratura aberta em ambos os braços, costelas quebradas, edema na cabeça e escoriações nos membros. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete Gurjão Leônico Pinheiro**, SD/BM, Mat. 523.935-04 (*E. Pinheiro*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


Elide Bruno Freitas Santiago

Ten. QOEM

Chefe da 3ª Seção



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUARIO

NOME DO PACIENTE

FILIZAS Costa Vieira

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

26/09/14

DIABETES
 # PACIENTE ADMITIDO em um ambulância 16-03
 vindo do BUBO (cardiologia / UPA)
 e VISITA DE ACOMPANHAMENTO (para os pontos)
 IMBIO COSTA BORGES, (acompanhado)

NO EXAME: DM em MS (E) e (D)
 FERRA EXPOSTA DE OMBROS (D)
 MANOUBILO (SUSCITA) (norm) (SUSCITA)
 USUÁRIOS DE MÃO.
 RAÍZAS SUSCITA (D)

NO RX: FX DE DIABETE (E)
 FX EXPOSTA DE UPA (D)
 FX DE ACOG COSTAS (D)

CD: UPA
 acompanhando com a Sra. Tereza.

01/09/14

DIABETES
 # PACIENTE em BUBO (para os pontos)
 em ombro / braço (E) e em UPA (D)

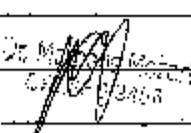
CD: UPA e acompanhando com Sra. Tereza.



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
30/9/16		# SINTOMAS
		# Primeiros sinais visíveis, com sintomas ALGUNS em um ponto do dorso do tórax (D), com frequência em respiração (SIC)
		# CS: Avaliação da LM. Posição UPV.
		
01/10/16		# SINTOMAS
		# Primeiros sinais visíveis, em ambos os pulmões na parte superior. Mais sintomas em LM. Posições inferior dos pulmões (E)
		# CS: UPV acompanhamento LM. LM. Posição.
		



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE FRANCA CARLA VILAM

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

05/01/16

ORTOPEDIA

Primeiro atendimento com queixa de dor no braço direito e dor na mão direita à noite, em nível do grau de dor.

CO: UPM

acompanhado com UPM familiar.

05/01/16

ORTOPEDIA

Primeiro atendimento com dor + dor no antebraço/braço direito em nível de dor de grau.

CO: UPM

paciente de dor leve característica de dor leve em nível de dor de grau. Paciente de dor leve característica de dor leve em nível de dor de grau.

Dr. Marcos Paulo
Ortopedia

05/01/16

ORTOPEDIA

Primeiro atendimento com dor no braço direito e dor na mão direita à noite, em nível de dor de grau. Paciente de dor leve característica de dor leve em nível de dor de grau. Paciente de dor leve característica de dor leve em nível de dor de grau.

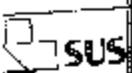
CO: UPM

acompanhado com UPM familiar.

Dr. Marcos Paulo
Ortopedia

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

Folha 1/2



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

7 - CNES

8 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E. E.T. S. H.L.

6 - Nº DO FRONTIÁRIO

948648

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Felipe Costa Vieira da Silva

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/07/92

9 - SEXO

Masc 1

Fem 3

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

7 - GARANTIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - CÓD. USG. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

João Pessoa

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

3 - 10 de Kerschmayer nº 25
1 - placa de 10 furos (avulso)
1 - parafuso corticais nº 18
1 - parafuso corticais nº 20

parafuso corticais nº 22 + 2
parafuso corticais nº 24 + 2
parafuso corticais nº 28 + 1
parafuso corticais nº 34 + 1
parafuso corticais nº 38 + 1
parafuso expôzese nº 50 + 1

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/07/92

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

[Assinatura]

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

RECIBO



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Número: 00
 Paciente: Felipe Costa Oliveira da Silva
 Procedimento: trat. biom. de Fratura diafisária de umero F
 SUS: Não SUS ()
 Médico: DR. Keston

Prontuário: 948648
 Data: ___/___/___
 Reposição: _____

Data: ___/___/___
 Caixa Pronta: _____

DISPENSÇÃO CME			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
Kombosio T.M	cx 3,5 usado para instrumentação	1	
	cx 4,0	1	
	peça DCP estreta 8 Euros	1	
	Parafuso cortecus	1	
	Nº 30	3	
	Nº 32	1	
	Nº 34	1	
	Nº 48		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS

[Signature]
 ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

[Signature]
 Enfermeira
 COREN: 289948

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

[Signature]
 ASSINATURA CIRURGIANO RESPONSÁVEL
 (RNG) APC 013



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

3 - CNES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. 1

Fem. 3

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. 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 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIDADE 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 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - CID 9

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CID 9

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CID 9

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

02 agulhas de pleaxo N: 50

STRIMPLEX A
Agulha para anestesia de pleaxo

Fabricado no Brasil - Agulhas, produtos de uso único - Produto aprovado

Solicitado por: Hospital de Urgência, Hospital Domitiano de Paula

Desenvolvido por

BIERAUM

Laboratório B. Gram SA

Av. Paulo Rangel, 1081 e m. - Jd. Santa Cruz - São Paulo - SP - CEP: 04716-000 - Fone: (011) 5082-1111 - Fax: (011) 5082-1112 - E-mail: bieraum@bieraum.com.br

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO (CNS / CPF)

42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Medico Anestesiologista
CRM-PB 7699 - CPF 057.323.034-05

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO (CNS / CPF)

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Flávia Helena Costa

DATA	ORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
30/09/16		<p># M. TUBERCOSE</p> <p>Paciente evoluiu q/ dor febril intensa, ventral - esquerda Nesse dia No exame: Rg. sup. hep. Rx = pulmão ambo não expulso nem - desparelha, costela, q/ escape.</p> <p>Cl. Fisiológica</p>
30/09/16		<p>30/09/16</p> <p>Exame realizado, após seguimento de exame realizado de novo TC de pulmão para se observar presença ou não de nódulos e/ou lesões em decorrência de (tuberculose) após o tratamento.</p> <p>Cl. Fisiológica</p>

Cláudio Campelo
Rua: Maria Fátima
CROM 2537

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

UNIVERSIDADE
FACULDADE

102205648721 BE: 948648
 FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA
 DT. NASC.: 08/07/1992
 MAE: MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA
 END.: SENILFO CABRAL DE LUCENA
 N. 196 - MANGUEIRA
 LORO PESSOA
 FONE: ()
 CELULAR: (83) 998361942
 IDADE: 24
 DT. ENTRADA: 15/09/2016 23:34:24

BÉ/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
------	------	-----------------------

x B.M.F. - 20/09/16

Realizado o exame de urgência no Sudoeste
 do paciente em contato com o ginecologista e não
 realizado o parto a pedido da mãe.
 Observado o feto em posição frontal e
 baixo no útero a pedido da mãe inferior.
 E.D. Sutura em fase
 de cicatrização após
 24h das últimas 24h de internação.

[Signature]
 CRÓNICAS
 Ginecologia e Obstetrícia

16/09/16 - 15h - 15h - 15h - 15h

Exame com dor baixa lateral a
 esquerda / dor baixa direita a USG
 de urgência a pedido
 da mãe avaliação de choque
 de urgência T.O. de 16h.

Daniel Amorim Ricarte de Oliveira
 Médico / CRM-PB 9370
 C.R.S.: 708505378139274

17/09/16 - 15h - 15h - 15h - 15h
 Exame com dor baixa lateral a
 esquerda / dor baixa direita a USG
 de urgência a pedido
 da mãe avaliação de choque
 de urgência T.O. de 16h.

Daniel Amorim Ricarte de Oliveira
 Médico / CRM-PB 9370
 C.R.S.: 708505378139274

Doc. em posse de terceiros
20012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE PARANÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA SOCIAL
 ANEXO DE POLÍCIA TÉCNICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Tradition

Felipe Costa Vieira da Silva
 ANEXO DE POLÍCIA TÉCNICA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 125.483 DATA: 00/00/00
 NOME: FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

DEVERINO VIEIRA DA SILVA
 MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA

TIPO DE PESSOA: JOVO PESSOA-PB Nº 0670771992

NASC. N. 58454 PTS. 203 LIV. A98
 CL. ORIGEM: CANTORIO SAO PAULO SP

OPF: *Colégio de São Paulo*
 Rua do Socorro V. Cavalcanti

1 LINHA DE 2000

SABEMI SEGURADORA S/A

26 ABR 2017

RECEBIDO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
CPF
 CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS



Número de Inscrição
105.030.514-03

Nome
 FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

Nascimento
 08/07/1992

REPÚBLICA FEDERATIVA DO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 9.745.463 DATA DE EXPIRAÇÃO: 27/03/2009

Nome: **FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA**

Nome do Titular: **SEVERINO VIEIRA DA SILVA**
MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA

NATURALIDADE: **JOAO PESSOA-PB** DATA DE NASCIMENTO: **08/07/1992**

DOC. ORIGEM: **NASC. N. 58454 PLS. 203. LIV. A99**

LOCAL DE ORIGEM: **CARTORIO SAO PAULO, SP**

Assinatura: *Filipe Costa Vieira da Silva*
 Assinatura: *Severino V. Vieira da Silva*

LEI Nº 7.116 DE 29/06/73

Cartão de uso pessoal e intransferível.
 Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-236
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



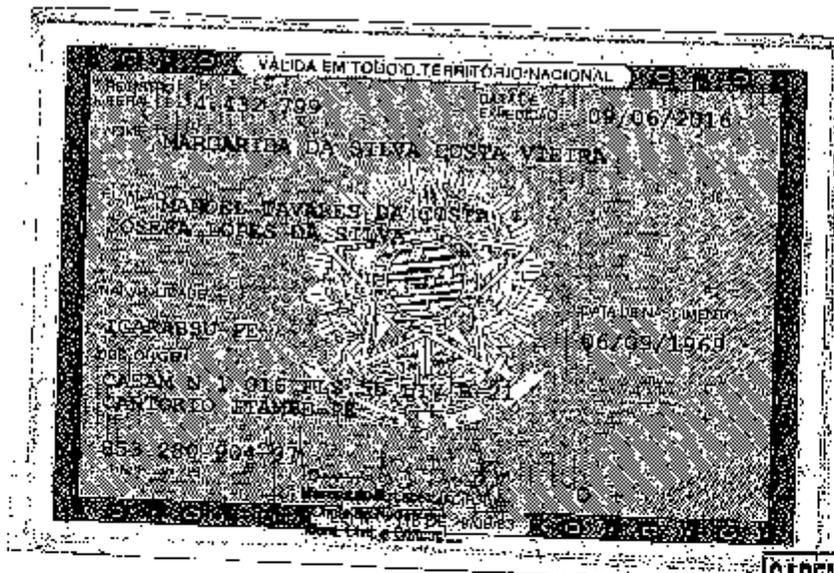
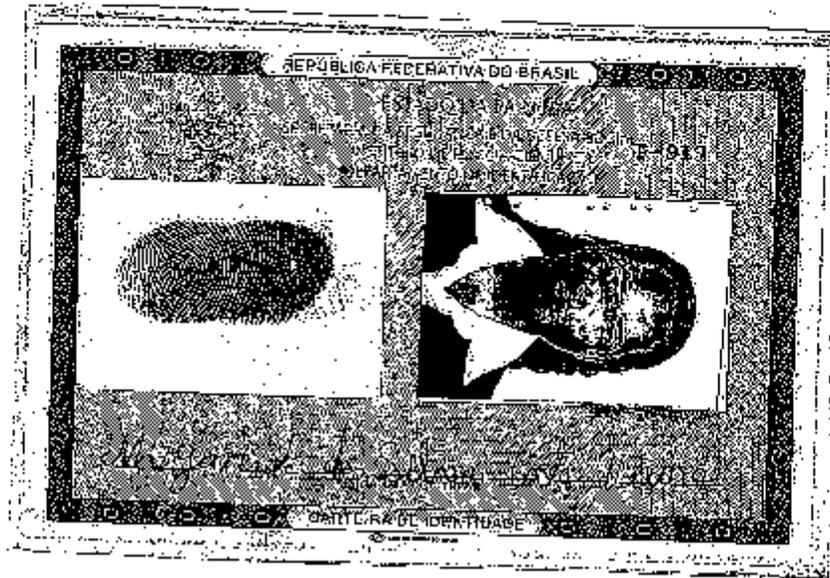
Filipe Costa Vieira da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SABEMI SEGURADORA S/A

26 ABR 2017

RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A
26 ABR 2017
RECEBIDO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012711528989
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 100101144555-9 / DO/00000000 2016

FILIPPE COSTA VIEIRA DA SILVA

10503051403 QFB8336/PB

NOVO 9C2KC1660ER4G1511

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP / POT / CIL: 2 P/149 / CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: AMARELA

COTA ÚNICA: 1º VENC. COTA ÚNICA: 22/09/2016

PREMIO TARIFARIO (R\$): ***** SEGURO P A G O 22/09/2016

FAIXA IRVA: A PARCELAMENTO / COTAS: 0

PREMIO TOTAL (R\$): ***** DATA DE PAGAMENTO: 22/09/2016

OBSERVAÇÕES: A.P. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA - PB LOCAL: DATA: 22/09/2016

78092181

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

PB Nº 012711528989 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA: 10503051403 QFB8336/PB
EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 22/09/2016

RENAVAM: 10503051403 MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN EX
ANO FAB: 2014 ANO MOD: 9 Nº CHASSI: 9C2KC1660ER4G1511

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): ***** DETRAN (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 22/09/2016

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.828/0001-04



SABEMI SEGURADORA S/A
26 ABR 2017
RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

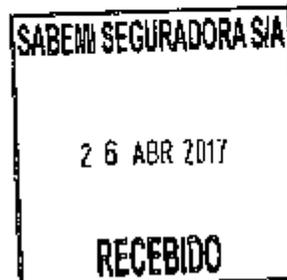
LAUDO LESÃO CORPORAL

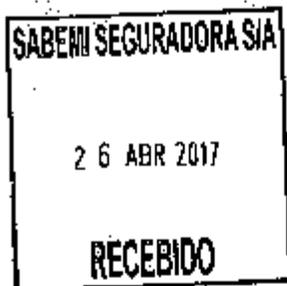
Laudo nº 03.01.06.012017.02043

FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de trânsito da Capital
Dr(a): Francisco Deusdedit Leitão Filho

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Francisco Deusdedit Leitão Filho
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
- GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 46517

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 25/01/2017 Hora do exame: 10:30

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de trânsito da Capital. nº da Solicitação: 027/2017
Autoridade Solicitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho. Nome: FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA, 24anos, sexo: Masculino Raça/cor: filho(a) de: Severino Vicira da Silva e de: Margarida da Silva Costa Vieira, Estado civil: ignorado. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: João Pessoa/PB. Profissão: Instalador de Antenas.

HISTÓRICO: Informa que perdeu o controle da moto que conduzia em 19/09/2016, por volta das 23hs, próximo a PRF em Bayeux. Foi socorrido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

DESCRIÇÃO: Cicatriz arciforme, normotrófica, normocrômica, \pm 6cm, na região frontal à direita. Cicatriz irregular, queloidiana, \pm 18cm, com sinais de pontos de sutura à nível de cotovelo direito, apresentando abaulamento no terço distal da cicatriz. Cicatriz queloidiana, \pm 4 cm, no hemitórax direito ínfero lateralmente. Cicatriz hipocorada em região mamária direita. Cicatriz linear, queloidiana, \pm 12 cm, no braço esquerdo ântero lateralmente. Limitação na flexãoextensão do cotovelo direito. Traz laudo médico do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena assinado por Ewerton N. Teixeira, CRM 2516, datado de 12/01/2017, informando que o examinado deu entrada naquele serviço com TCE, trauma facial, fraturas expostas em cotovelo e antebraço direitos, fechada do braço esquerdo, hemotórax direito, submetido a tratamentos cirúrgicos das fraturas, do hemotórax e conservador do TCE, recebendo alta em 16/11/2016.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? SIM. DEVIDO AO HEMOTÓRAX E FRATURAS EXPOSTAS SOFRIDOS, SEGUIDOS DE CORREÇÕES CIRÚRGICAS.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM. DEBILIDADE NA FLEXOEXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM. VIDE 3º QUESITO.
- 6) Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.

Manue

- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? SIM. DEVIDO A PRESENÇA DE CICATRIZES VICIOSAS.
- 10) Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dr(a) Ana Flávia M. Franca
Dr(a) Ana Flávia M. Franca
Perito Oficial Médico-Legal
Mat.157.397-7 CRM 4832/PB

