

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2016

Carta nº: 8945182

A/C: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO

Sinistro: 3160224468 ASL-0830279/16
Vitima: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO
Data Acidente: 23/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HELDER LUIS HENRIQUES

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2016

Carta nº: 8955303

A/C: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO

Sinistro: 3160224468 ASL-0830279/16
Vítima: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO
Data Acidente: 23/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HELDER LUIS HENRIQUES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2016

Carta nº: 9637042

A/C: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO

Sinistro: 3160224468 ASL-0830279/16
Vitima: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO
Data Acidente: 23/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HELDER LUIS HENRIQUES

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



AT

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, MARIA DE FÁTIMA ALcantara de Souto Juvino
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.543.412 EXPEDIDO POR SSP/CPB EM 14/05/07 E
 CPF 015893124-65 /CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO AGRICULTORA
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA DE FÁTIMA ALcantara de Souto Juvino, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep 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 faixa 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 aparecem 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 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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/scanner colorido, escritos 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 .. Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) .. Nº da CONTA (com dígito, se existir) ..

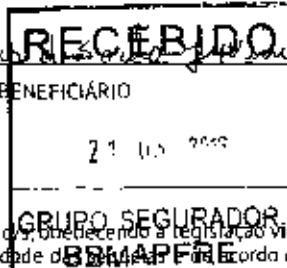
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 .. Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2224-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 18.502-7VARIAÇÃO POUPANÇA 61

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 E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOAZEIRINHO 28 de JANEIRO de 2016
 LOCAL DATA

Maria de Fátima Alcantara de Souto Juvino
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo 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 do acidente, 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.dpvatsegurodutransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Banco Postal

*** Abertura de Conta PF ***

Agência : 30301180-AC JUAZEIRINHO
Terminal: 99328406 Id. Trx.: 220954
Nro Aut : Caixa : 04781548
Data : 18/01/2016 Hora : 16:58
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL

OUVIDORIA 88 0800 729 5678

COMPROVANTE

PROPOSTA DE ABERTURA DE CONTA PESSOA FISICA

TITULAR: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUZA DUVI
AGENCIA: 2224-1 CONTA: 18,502-7
VARIAÇÃO POUPANÇA: 81

RECEBIDO

21 de 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1968075
Encerrada

* STATUS D.



DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1288365 FERNANDO CEZAR SOUZA DOS SANTOS Data/Hora do Acidente (hora local): 23/11/2015 19:00 BR: 230 KM: 226.1
Município/UF: SOLEDADE/RS Tipo de Acidente: Colisão frontal Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Sim
A perícia compareceu ao local do sinistro? Sim Data e horário da solicitação: 23/11/2015 21:00
Data e horário do: 23/11/2015 22:00

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:

CONDICÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 1.8
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Lare
Cerca: Conservada Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 02
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Rampa >= 3% Traçado: Reto Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Fernando Antônio Zaccola Ferreira
Delegado de Polícia Civil

RECEBIDO
21-03-2016
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

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

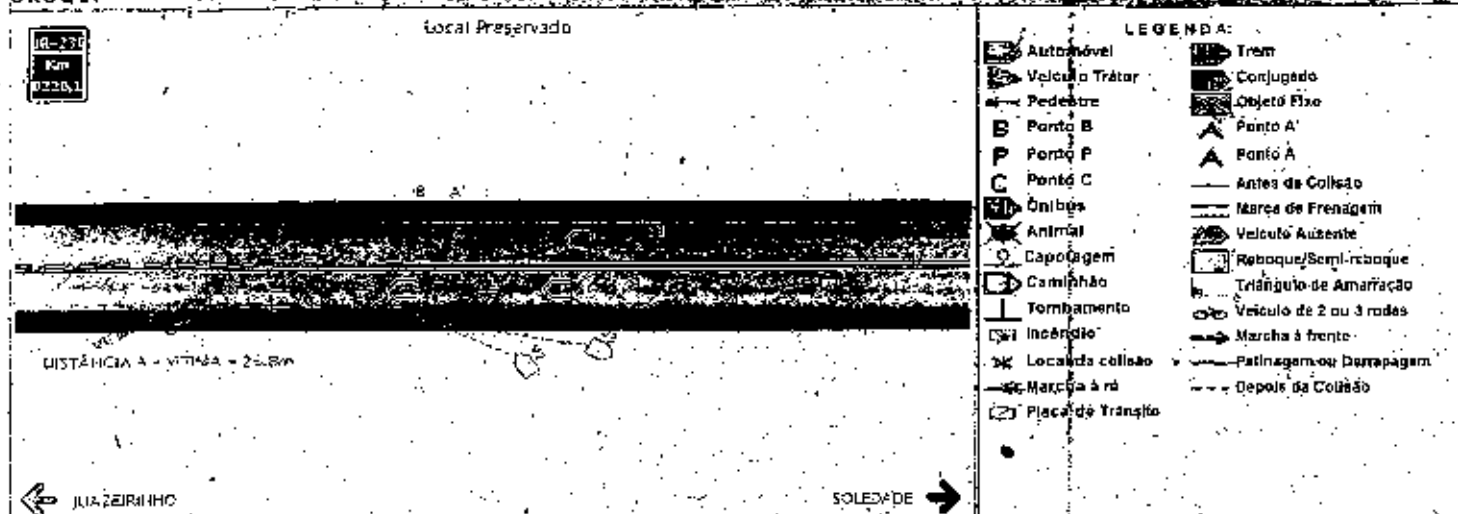
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0c841e5da7d



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI



Latitude do Ponto C: Longitude do Ponto C:
Referência do Ponto A/A': PONTO A' CORRESPONDE AO KM 226,1 Referência do Ponto B: DISTANTE 4m DO PONTO A'
Distância AB (m): 5,0 Distância AC (m): 12,0 Distância BC (m): 16,5

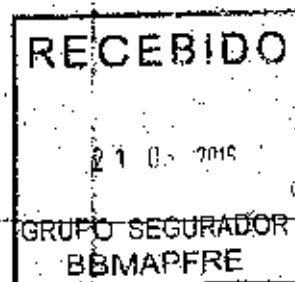
VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)
V1	TD	15,0	11,5	TE	15,0	11,5
V2	FE	20,5	23,9	FD	20,8	24,1
V3	TE	23,2	26,9	TD	23,0	26,7

Narrativa da Ocorrência:

SEGUNDO VESTÍGIOS E LEVANTAMENTOS FEITOS NO LOCAL, BR 230, KM 226,1, NO MUNICÍPIO DE SOLEDADE, O CONDUTOR DO V1 DE PLACA MM 28592/RS, FABIANO ARAÚJO JUVINO, AO ULTRAPASSAR EM LOCAL PROIBIDO (PAIXA DÚPLA CONTÍNUA), COLIDIU FRONTALMENTE COM O V2 DE PLACA JEW 6244/RE QUE ERA CONDUZIDO POR VANIELSON VICENTE DA SILVA, TENDO O V1 GIRADO NA PISTA E COLIDIDO A SUA TRASEIRA NO V3 DE PLACA JJJ 2717/RN QUE VINHA LOGO ATRÁS DO V2.

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d8b680ce41e5da7d





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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MAZ-8592 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9BD15822524351311 Renavam: 00776124536
Marca/Modelo: FIAT/UNO MILE FIRE Cor: VERMELHA Ano: 2002 Tipo: Automóvel Empacotamento: CONDADO/PE
Ocupantes: 3 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: MARIA IRENE DA SILVA MENDONÇA CPF/CNPJ: 215.325.754-91
Endereço: CEP:
Município/UF: CONDADO/PE Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: SOLEDADE/PB - BRASIL Destino: JUAZEIRINHO/PB - BRASIL

PIRÓLISE E INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE

Manobra do Veículo no Acidente: Contorno Saída da Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Estourado

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Ilesa 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: JFW-5244 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9BWD005321T136733 Renavam: 00755750500
Marca/Modelo: VW/PARATI 1.8 Cor: CINZA Ano: 2001 Tipo: Automóvel Empacotamento: SAO JOSE DO EGITO/PE
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: MARIA DE FATIMA DA SILVA RIBEIRO CPF/CNPJ: 591.977.224-72
Endereço: CEP:
Município/UF: SAO JOSE DO EGITO/PE Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

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

PIRÓLISE E INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE

Manobra do Veículo no Acidente: Segula, freio Saída da Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Estourado

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:

RECEBIDO

21-03-2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0ce41e5da7d



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

OCORRÊNCIA: 83414081
Comunicação: C1958075
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULO ENVOJADO:
Placa: JJ-2717 Sequencial: V3 Descrição: Chassi: 98GP869M0CB260300 Renavam: 00456287263
Marca/Modelo: CHEVROLET CRUZE LT MB Cor: BRANCA Ano: 2012 Tipo: Automóvel Empacamento: PARELHAS/RN
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: THIAGO LOURENÇO SANTOS CPF/CNPJ: 073.551.974-95
Endereço: R SEVERINO A DANTAS 678 CASA CEP: 59.360-000
Município/UF: Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA
Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

MANOBRAS DO VEÍCULO NO ACIDENTE:
Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Barragem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Estourado

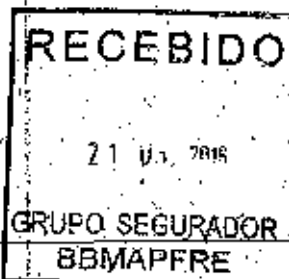
DESCRIÇÃO DO RECOLHIMENTO:
PAQUETE DE CARGA:
Carregamento: Vazio Houve Danamamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

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

CONDOTOR ENVOLVIDO:
Veículo: V1/MMZ-8592
Nome/Apelido: FABIANO ARAUJO JUVINO
Data de Nascimento: 05/01/1983 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai: JOSÉ JUVINO DA ROCHA
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES ARAUJO JUVINO
Endereço: SÍTIO ILHA GRANDE CEP: 58.660-000
Município/UF: JUAZEIRINHO/PB Telefones: Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: PEDREIRO
CPF: 037.751.884-01 Documento de Identificação: 2558265 Órgão Expedidor: SSP /PB
Origem: Destino:
Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Há Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

CONDUTOR É HABILITADO? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 0565121-0246/PB Primeira Habilitação: 07/12/2012
Validade CNH: 22/03/2017 País CNH: Domos? Não Km Percorridos: 1000 Horas Dirigido: 00:15
Pertences:
Informações Complementares: NIC Nº 2015288

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO:
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: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6e0ca41e5da7d



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1298365 FERNANDO CEZAR SOUZA DOS SANTOS
Município/UF: SOLEDADE/PB
Fase do dia: Plena noite
Condições da pista: Seca
Sinalização existente: Vertical/Horizontal
Sinalização luminosa: Inexistente
Condição meteorológica: Céu Claro
Data/Hora do Acidente (hora local): 23/11/2015 19:00
BR: 230 KM: 226,1
Sentido da Via: Decrescente
Tipo de Acidente: Colisão frontal
Restrições de Visibilidade: Inexistente
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Sim
A perícia compareceu ao local do sinistro? Sim
Data e horário da solicitação: 23/11/2015 21:00
Data e horário do: 23/11/2015 22:00

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 ROBOVIA

Uso do Solo: Rural
Tipo de Localidade: Não edificada
Existe acostamento? Sim
Estado de Conservação: Bom
Ha desnível? Não
É pavimentado? Sim
Largura (m): 1,8
Possui defesa? Não existe
Possui meio-fio? Não existe
Possui sarjeta? Não existe
Existe cancela central? Não
Estado de Conservação: Bom
Largura (m): 0
Tipo de Inclinação: 0
Obstáculo ao Cruzamento: Não informado
Estado de Conservação do Obstáculo: Bom
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom
Ocupação: Livre
Cerca: Conservada
Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom
Tipo: Simples
Qtd. de Faixas: 02
Tipo de Pavimento: Asfalto
Perfil: Rampa >= 3%
Traçado: Reto
Curva Vertical: Não Existe
Superfície: Não
Largura da Pista (m): 7
Estreitamento: Não Existe
Superfície: Não
Largura da Pista (m): 7
Estreitamento: Não Existe
TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA ROBOVIA:

Fernando Antônio Zoccola Pereira
Delegado de Polícia Civil

RECEBIDO

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

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

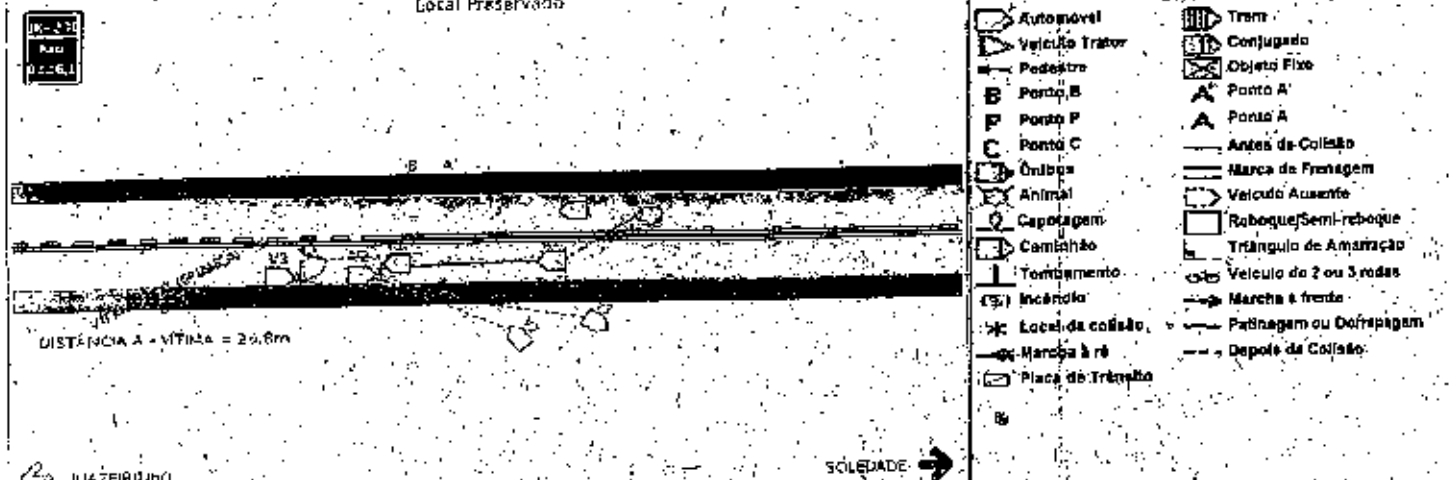
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d8b6c0c641e5da7d



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: O1958075
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI



Latitude do Ponto C:		Longitude do Ponto C:				
Referência do Ponto A/A':		Referência do Ponto B:				
PONTO A CORRESPONDE AO KM 226,1		DISTANTE 4m DO PONTO A'				
Distância AB (m): 5,0		Distância BC (m): 9,5				
VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)
V1	TD	15,0	11,5	TE	15,0	11,5
V2	FE	20,5	23,8	FD	20,8	24,1
V3	TE	23,2	26,0	TD	23,0	26,7

Narrativa da Ocorrência:
SEGUNDO VESTÍGIOS E LEVANTAMENTOS FEITOS NO LOCAL, BR 230 KM 226,1 NO MUNICÍPIO DE SOLEDADE, O CONDUTOR DO V1 DE PLACAS MM28592/PE, FABIANO ARAUJO JUVINO, AO ULTRAPASSAR EM LOCAL PROIBIDO (FAIXA DUPLA CONTÍNUA), COLIDIU FRONTALMENTE COM O V2 DE PLACA JFW 6244/PE, QUE ERA CONDUZIDO POR VANDEILSON VICENTE DA SILVA, TENDO O V1 GIRADO NA PISTA E COLIDIDO A SUA TRASEIRA NO V3 DE PLACA JJJ 2717/RN QUE VINHA LOGO ATRÁS DO V2.

RECEBIDO

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NUMERO DE CONTROLE: d6b6c0ce41e5da7d



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MMZ-8592 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 98D15822524351311 Renavam: 00776124538
Marca/Modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE Cor: VERMELHA Ano: 2002 Tipo: Automóvel Empacamento: CONDADO/PE
Ocupantes: 3 Espécie: Passageiro Categoria: Particular CPF/CNPJ: 215.325.754-91
Proprietário: MARIA IRENE DA SILVA MENDONÇA CEP:

Endereço: Telefones:
Município/UF: CONDADO/PE
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA
Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: SOLEDADE/PB - BRASIL Destino: JUAZEIRINHO/PB - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Contramão Saída da Plata? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não

Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Estourado

Descrição do Recolhimento:

PADOS DA CARGA
Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Ilaca 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: JFW-6244 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9BW0005X21T136793 Renavam: 00755750508
Marca/Modelo: VW/PARATI 18 Cor: CINZA Ano: 2001 Tipo: Automóvel Empacamento: SAO JOSE DO EGITO/PE
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular CPF/CNPJ: 581.977.224-72
Proprietário: MARIA DE FATIMA DA SILVA RIBEIRO CEP:

Endereço: Telefones:

Município/UF: SAO JOSE DO EGITO/PE

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: Seguir fluxo Saída da Plata? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não

Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Estourado

Descrição do Recolhimento:

PADOS 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:

RECEBIDO

21 03 2015

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27

NÚMERO DE CONTROLE: d656c0ce41a5da7d



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: JU-2717 Sequencial: V3 Descrição: Chassi: 98GPB69M0CB26D300 Renavam: 00456267283
Marca/Modelo: CHEVROLET/CRUZE LT NB Cor: BRANCA Ano: 2012 Tipo: Automóvel Emplacamento: PARELHAS/RN
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular CPF/CNPJ: 073.551.974-95
Proprietário: THIAGO LOURENÇO SANTOS CEP: 59.360-000
Endereço: R SEVERINO A DANTAS 670 CASA Telefones:
Município/UF:
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: Seguiu fluxo Saída de Fila? Não Ocorrência? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Estourado
Descrição do Recolhimento:
PAÇOS DA CARGA
Carregamento: Vazio 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:

CONDUCTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/MMZ-8592
Nome/Apelido: FÁBIO ARAÚJO JUVINO
Data de Nascimento: 05/01/1980 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai: JOSÉ JUVINO DA ROCHA
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES ARAÚJO JUVINO CEP: 59.360-000
Endereço: SÍTIO ILHA GRANDE
Município/UF: JUAZEIRINHO/PB Telefones: Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: PEDREIRO
CPF: 037.751.884-01 Documento de Identificação: 2568265 Órgão Expedidor: SSP/PB
Origem: Destino:
Estado Físico: Morto Socorrido pela PRP? Não Usava Cinto? Não Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 05661210249/PB Primeira Habilitação: 07/12/2012
Validade CNH: 22/08/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 110,0 Horas Dirigindo: 00:15
Pertences:
Informações Complementares: NHC Nº 20152888

ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR

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

RECEBIDO

21 JUL 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d8b6c0ce41e5da7d



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

OCCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: VZUFW-8244
Nome/Apelido: VANDERLSON VICENTE DA SILVA
Data de Nascimento: 09/04/1978 Sexo: Masculino Estado Civil: Não informado
Nome do Pai: ANTONIO VICENTE DA SILVA
Nome da Mãe: ANGELITA FRANCISCA DA SILVA
Endereço: Rua Projetada, S/N - Bairro de São José
Município/UF: IMACULADA/PB Telefones: 83 996269832 Grau de Instrução: Fundamental
Naturalidade: IMACULADA/PB Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: AGRICULTOR
CPF: 993.812.914-91 Documento de Identificação: 546440502 Órgão Expedidor: SSP /SP
Origem: IMACULADA/PB - BRASIL Destino: JOÃO PESSOA/PB - BRASIL
Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 05588606586/SP Primeira Habilitação: 10/09/2012
Validade CNH: 20/03/2017 País CNH: Dormiu? Não Km/Percorridos: 150,0 Horas Dirigindo: 02:00
Pertences: Carteira de cédulas e documentos contendo um cartão da caixa (poupança), R\$ 364,00 (trezentos e sessenta e quatro reais), e alguns cartões de visita de empresas diversas, encontrada pelos bombeiros e entregue ao Sr. Orlando Vicente da Silva, CPF 022.180.934-61 e RG 2.107836-PB irmão da vítima.

Informações Complementares: NIC Nº 20153351

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

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

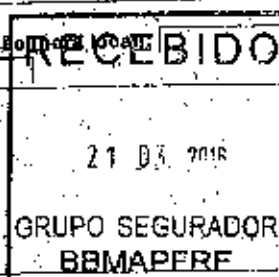
CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V3/JJ3-2717
Nome/Apelido: THIAGO LOURENÇO FERREIRA SANTOS
Data de Nascimento: 28/12/1987 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro
Nome do Pai: JOSE LOURENÇO FERREIRA
Nome da Mãe: MAXIMA PINTO DOS SANTOS FERREIRA
Endereço: RUA SEVERINO DE AZEVEDO DANTAS, 670
Município/UF: PARELHAS/RN Telefones: Grau de Instrução: Médio
Naturalidade: GOVERNADOR VALADARES/MG Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 073.551.974-85 Documento de Identificação: 14847227 Órgão Expedidor: SSP /MG
Origem: PARELHAS/RN - BRASIL Destino: CAMPINA GRANDE/PB - BRASIL
Estado Físico: Iluso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 05339463325/RJ Primeira Habilitação: 01/11/2011
Validade CNH: 26/07/2016 País CNH: Dormiu? Não Km/Percorridos: 120,0 Horas Dirigindo: 01:20
Pertences:
Informações Complementares: FEITO O TESTE Nº 6408 DO ETILÔMETRO DADO RESULTADO NEGATIVO

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

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



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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0ce41e5da7d



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☐ Veículo V1/MMZ-8592
Nome/Apelido: FÁBIO WILLIAN ALCANTARA JUVINO Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Data da: 15/11/2007
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO
Endereço: ILHA GRANDE, CASA CEP: 58.660-000
Município/UF: JUAZEIRINHO/PB Naturalidade: _____ Nacionalidade: BRASIL
CPF: 133.201.204-33 Documento de Identificação: _____ Órgão Expedidor: _____ Telefones: _____
Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorçado Grau de Instrução: Fundamental
Ocupação Principal: ESTUDANTE Origem: _____ Destino: _____
Estado Físico: ☐ Morto ☐ Ferido Socorrido pela PRF? ☐ Não ☐ Usava Cinto? ☐ Não ☐ Usava Capacete? ☐ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não ☐ Sim
Transcrição da Declaração: _____

Pertences:

Informações Complementares:

NIC Nº 20152886

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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

RECEBIDO

21.03.2015

GRUPO SEGURADOR
BMAPFRE

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: 06b6c0ce41e5ca7d



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/MMZ-8592 /
Nome/Apelido: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO **Sexo:** Feminino **Data de:** 22/08/1999
Nome do Pai: SILVINO DE SOUTO NETO
Nome da Mãe: JOSEFA ALCANTARA DE SOUTO
Endereço: SÍTIO ILHA GRANDE **CEP:**
Município/UF: JUAZEIRINHO/PB **Naturalidade:** JUAZEIRINHO/PB **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: **Documento de Identificação:** 3543418 **Órgão Expedidor:** SSP/PB **Telefone:**
Estado Civil: Não Informado **Grau de Instrução:** Não Informado
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Graves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Ignorado **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertencês:

Informações Complementares:

SOCORRIDA PELO SAMU

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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

RECEBIDO

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0ce41e5da7d



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☒ Passageiro ☐ Veículo V2JFW-6294 /
Nome/Apelido: MARIA APARECIDA PEREIRA GOMES **Sexo:** Feminino **Data de** 08/06/1993
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **CEP:** _____
Município/UF: _____ **Naturalidade:** _____ **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 105.432.824-22 **Documento de Identificação:** _____ **Orgão Expedidor:** _____ **Telefones:** _____
Estado Civil: ☒ Não informado ☐ _____ **Grau de Instrução:** ☒ Não informado ☐ _____
Ocupação Principal: _____ **Origem:** _____ **Destino:** _____
Estado Físico: ☒ Lesões Leves ☐ _____ **Socorrido pela PRF?** ☒ Não ☐ Sim **Usava Cinto?** ☒ Sim ☐ Não **Usava Capacete?** ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Não ☐ Sim
Transcrição da Declaração: _____

Pertences:

Informações Complementares:

SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DO TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PELO SAMU.

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.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d8b6cdca41e5da7d



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / VW/PARATI 1.8 Placa: JFW-6244
Nome do Agente/Assinatura: FERNANDO GEZAR SOUZA DOS SANTOS Nº BOAT: 83414061
Registro/Matrícula do Agente: 1286365 Data: 23/11/2015 19:00

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	Não	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3	X			28	Assolho porta-malas / Assolho	1		X	
4	Painel dianteiro	1	X			29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1	X			32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1	X		
9	Para-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3	X		
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1	X		
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1	X		
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3	X		
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita	1	X		
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3	X		
16	Assolho central esquerdo	3	X			41	Assolho central direito	3	X		
17	Coluna central externa esquerda	1	X			42	Porta dianteira direita	1	X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3	X			43	Coluna dianteira externa direita	1	X		
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Para-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2	X		
22	Lateral traseira esquerda	1	X			47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3	X		
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1	X		
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":			60		
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":			0		
Total de pontos "SIM" + "NA":									60		

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	56	Ferrolha		X
50	Air Bag Passageiro		X	57	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	58	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	59	Para-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Para-brisa	X		60	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Média monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☒ Dano de Grande monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

VEICULO REMOVIDO AO POSTO PELO GUINCHO ME LEVA DE ADELMO.

RECEBIDO

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.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:49:27

NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0ce41e5da7d

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



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

OCORRÊNCIA: 83414061

Comunicação: C1968075

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVÁRIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V3 / CHEVROLET/CRUZE LT NB **Placa:** JJJ-2717
Nome do Agente/Assinatura: FERNANDO CEZAR SOUZA DOS SANTOS **Nº BOAT:** 83414061
Registro/Matrícula do Agente: 1286365 **Data:** 23/11/2015 19:00

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assento porta-malas / Assento	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avenal esquerdo	1	X			32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1	X		
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assento central esquerdo	3		X		41	Assento central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1	X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2	X		
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3	X		
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avenal direito	1	X		
24	Tampa traseira	1		X		49	Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":	25			
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		50	Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":	0			
Total de pontos "SIM" + "NA":								25			

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista	X		55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lâmpadas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa		X	59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros		X				

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo.

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA".
☒ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "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.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0c64fe5da7d

GRUPO SEGURADOR
BSMAPERE



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE FIRE Placa: MMZ-8592
Nome do Agente/Assinatura: FERNANDO CEZAR SOUZA DOS SANTOS Nº BOAT: 83414061
Registro/Matrícula do Agente: 1286365 Data: 23/11/2015 19:00

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	Não	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3	X		
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3	X		
3	Painel corta fogo	3	X			28	Assolho porta-malas / Assolho	1	X		
4	Painel dianteiro	1	X			29	Caixa de rodas traseira direita	3	X		
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3	X		
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avenal esquerdo	1	X			32	Suspensão traseira direita	2	X		
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3	X			33	Lateral traseira direita	1	X		
9	Para-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1	X		
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3	X		
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1	X		
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1	X		
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3	X		
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita	1	X		
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3	X		
16	Assolho central esquerdo	3	X			41	Assolho central direito	3	X		
17	Coluna central externa esquerda	1	X			42	Porta dianteira direita	1	X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3	X			43	Coluna dianteira externa direita	1	X		
19	Porta traseira esquerda	1	X			44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1	X			45	Para-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3	X			46	Suspensão dianteira direita	2	X		
22	Lateral traseira esquerda	1	X			47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3	X		
23	Suspensão traseira esquerda	2	X			48	Longarina parcial / Avenal direito	1	X		
24	Tampa traseira	1	X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":		88			
25	Painel Traseiro / Divisor	1	X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":		0			
								Total de pontos "SIM" + "NA":		88	

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Para-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo.

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na coluna "SIM" e "NA".
☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na coluna "SIM" e "NA".
☒ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na coluna "SIM" e "NA".

Observações:
VEICULO LIBERADO NO LOCAL PELO DELEGADO AO PAI DA VITIMA O SR. JOSE JUVINO DA COSTA, CPF: 322313264-34

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.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6b60ce41e5da7d

GRUPO SEGURADOR
BEMAPFRE



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RECEBIDO

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0ce41e5de7d



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

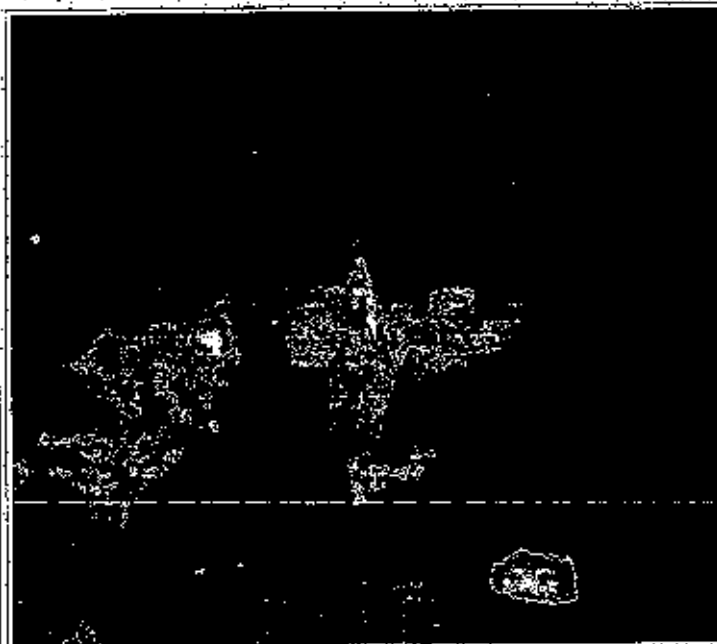
Veículo: V2 / VW/PARATI 1.8	Placa: JFW-6244
Nome do Agente/Assinatura: FERNANDO GEZAR SOUZA DOS SANTOS	Nº BOAT: 83414061
Registro/Matrícula do Agente: 1286365	Data: 23/11/2015 19:00



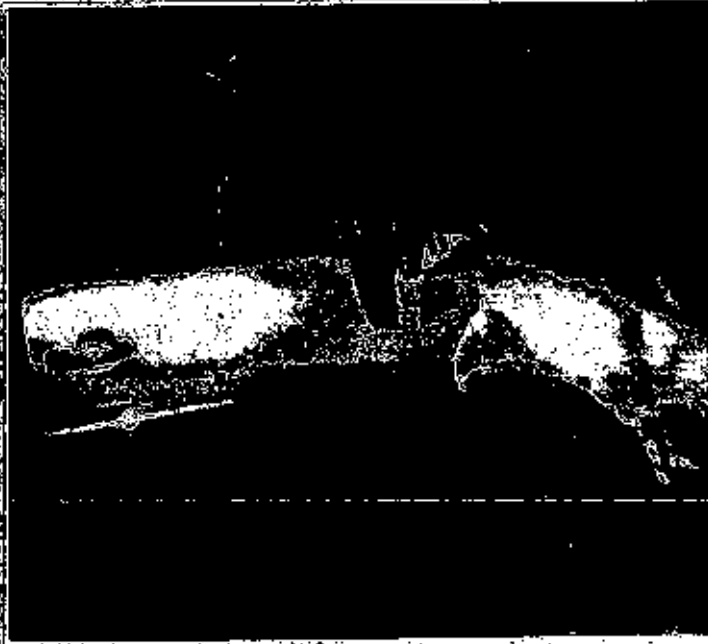
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

RECEBIDO

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27

NÚMERO DE CONTROLE: d606c0ce41e5da7d

21.11.2015

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



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

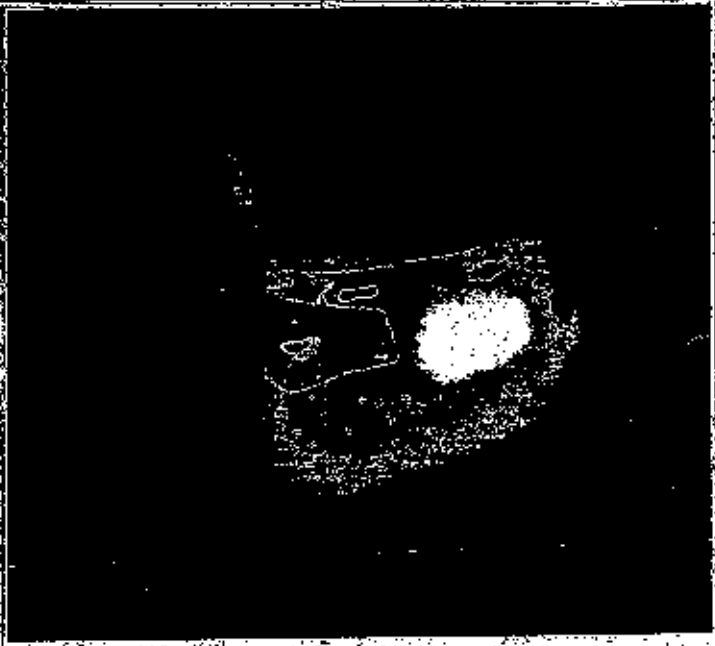
OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

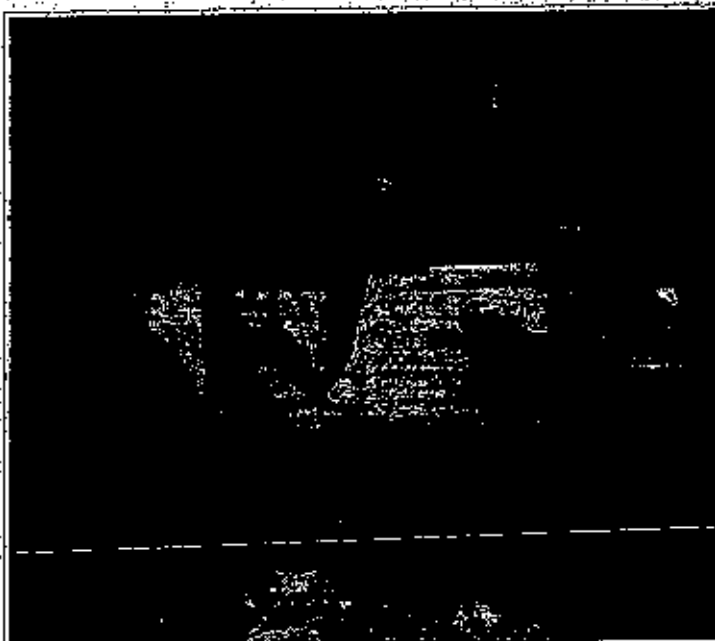
Veículo: V3 / CHEVROLET / CRUZE LT. NB	Placa: JJJ-2717
Nome do Agente/Assinatura: FERNANDO CEZAR SOUZA DOS SANTOS	Nº BOAT: 83414061
Registro/Matrícula do Agente: 1288365	Data: 23/11/2015 19:00



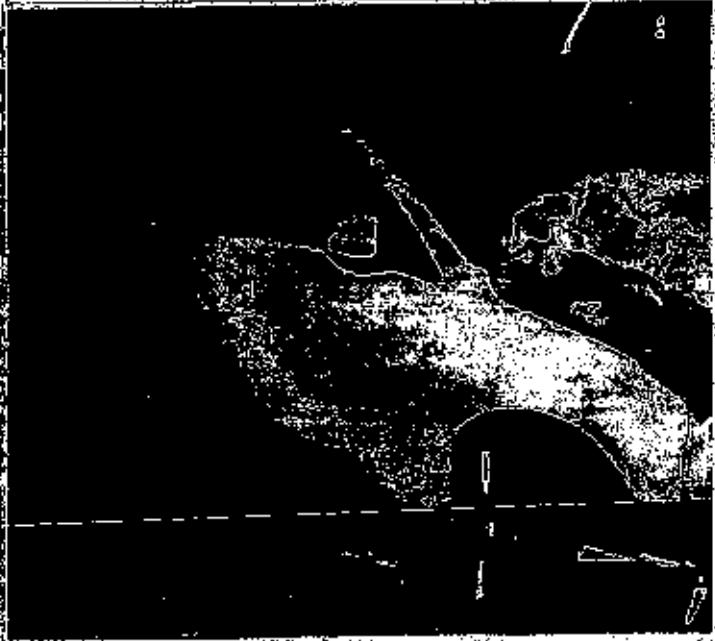
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6b8c0ce41e5da7d

RECEBIDO

23.11.2015

GRUPO SEGURADOR:
BBMAPFRE

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



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

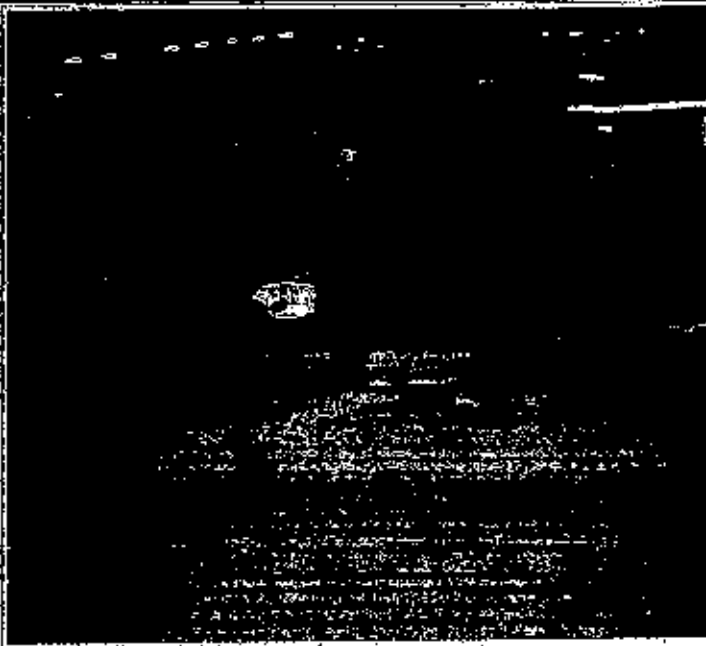
OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVÁRIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

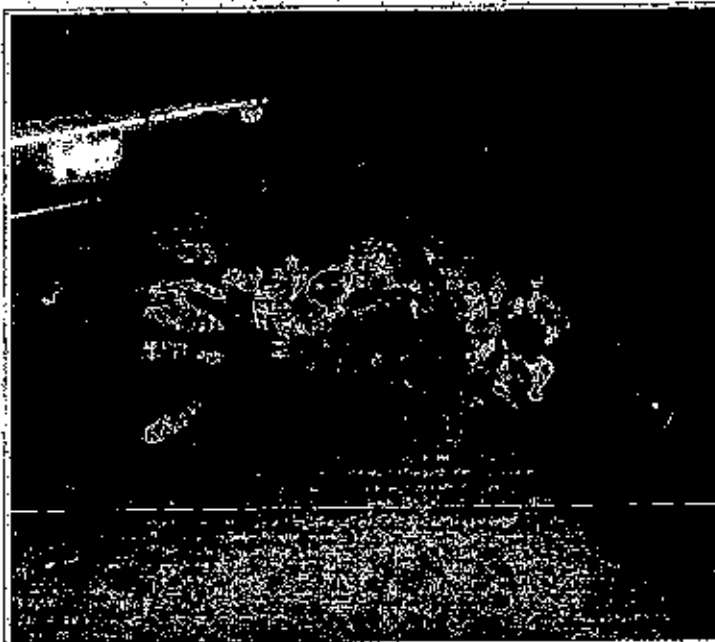
Veículo: V1/FIAT/UNO MILLE FIRE	Placa: MMZ-8592
Nome do Agente/Assinatura: FERNANDO CEZAR SOUZA DOS SANTOS	Nº BOAT: 83414061
Registro/Matrícula do Agente: 1286365	Data: 23/11/2015 19:00



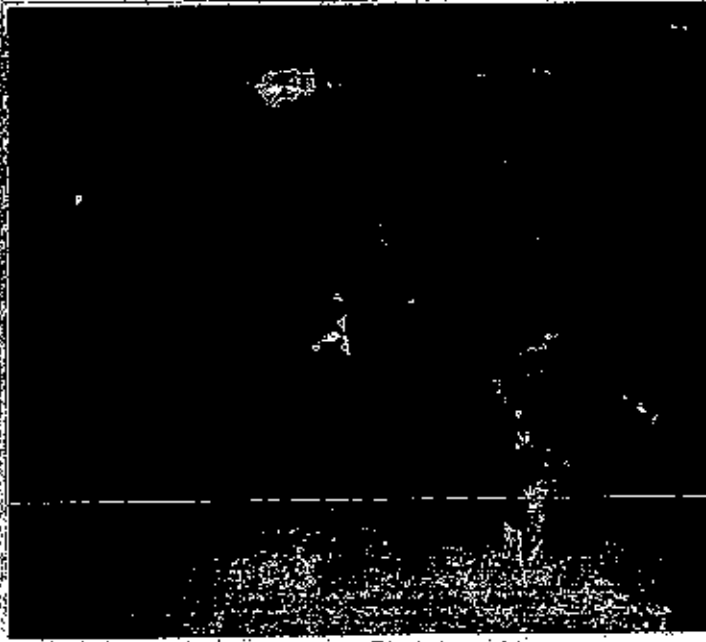
Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA:

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0ce41e5da7d

RECEBIDO

21.01.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SOLEDADE - PB

Rua Horácio da Costa Lima, 29, Centro - Soledade - PB. Tel: (83) 3383-1551

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste cartório policial, encontrei o INQUÉRITO POLICIAL, REGISTRADO SOB O Nº 114/2015, LIVRO TOMBO Nº 001/2015 FLS. 073, no qual figuram como **VÍTIMAS DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO VANDEILSON VICENTE DA SILVA, FABIO WILLIAN ALCANTARA JUVINO, e FABIANO ARAUJO JUVINO (VITIMAS FATAIS)**, além da **VÍTIMA MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO, RG nº 3.543.418-SSP/PB, data de exp. 11/05/2007**, cujo acidente na data de 23/11/2015, por volta das 19:00 horas, na BR 230, Km 226,1, neste Município de Soledade-PB em direção à cidade de Juazeirinho-PB, quando vinha o veículo FIAT UNO MILLE FIRE, ANO 2002, COR VERMELHA, PLACAS MMZ8592/PE, CHASSI Nº 9BD15822524351311, Licenciado em nome de MARIA IRENE DA SILVA MENDONÇA, conduzido pela Vítima (fatal) FABIANO ARAUJO JUVINO e no banco de passageiro dianteiro a Vítima MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO, a qual sobreviveu, e o seu filho FABIO WILLIAN ALCANTARA, o qual também teve morte no local do acidente, vinha no banco traseiro; enquanto que FABIANO ARAUJO JUVINO, que também teve morte no local, dirigia o referido veículo, no momento em que, na altura do Km 226,1 da BR 230, após ultrapassar em local proibido colidiu frontalmente com outro veículo, o qual vinha em sentido contrário, tendo este sido identificado na Polícia Rodoviária Federal como sendo o veículo tipo VW/PARATI 1.8, PLACA JFW6244/PE, CHASSI 9BWDC05X21T136733, cor CINZA, ano 2001, Licenciado em nome de MARIA DE FÁTIMA DA SILVA RIBEIRO, o qual vinha sendo dirigido pela vítima (fatal) VANDEILSON VICENTE DA SILVA, o qual também faleceu no local, em cujo veículo também vinha a Sra. MARIA APARECIDA PEREIRA GOMES, a qual sobreviveu com lesões leves; que, em seguida o FABIANO ao girar com o veículo na pista acabou colidindo na traseira do terceiro veículo CHEVROLET CRUZE LT NB, PLACA JJJ-2717, PARELAS-RN, CHASSI Nº 9BGPB69M0CB260300, cor BRANCA, ano 2012, licenciado em nome de THIAGO LOURENÇO SANTOS, mas sem vítimas quanto a este último; No entanto, MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO (COM LESÕES GRAVES: CLAVÍCULA E POLITRAUMATISMO) foi socorrida pelo SAMU até a cidade de CAMPINA GRANDE/PB, para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, juntamente com a Vítima MARIA APARECIDA PEREIRA GOMES (lesões leves). As vítimas VANDEILSON VICENTE DA SILVA, FABIO WILLIAN ALCANTARA JUVINO e FABIANO ARAUJO JUVINO, tiveram morte no local do acidente. Compareceram ao local para as providências preliminares o NUMOL-CAMPINA GRANDE/PB e a POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL. Enfim, O INQUÉRITO POLICIAL Nº 114/2015, foi remetido ao FORUM DA COMARCA DE SOLEDADE/PB nesta data de 28 de janeiro de 2016. O referido é verdade, dou

16.XX

SOLEDADE/PB, 28 de janeiro de 2016.

ESCRIVÃO AD HOC:

Martins Junior Nery Fernando - Mat. 160.003-6

RECEBIDO

21 Jan 2016

GRUPO SEGURADOR
BEMAPFRE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUZA JUNIOR portador da carteira de identidade nº 3.543.418 e inscrito no CPF/MF sob o nº 015.893.124-65, residente e domiciliado na SÍTIO ILHA GRANDE - (PB) ZONA RURAL, Cidade JUAZEIRINHO, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

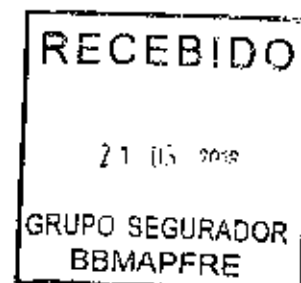
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria de Fátima Alcântara de Souza Junior

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JUAZEIRINHO - PB, 05/02/2016

Local e data





DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que se fizerem necessários, que o Sr.(a) Maria de Fátima Alcântara de Santo Gervásio, portador do CPF: 015893124-65 e RG: 3543418-SSPIPB; foi atendido pelo SAMU 192 de Soledade- PB no dia 23/11/15, vítima de acidente automobilístico. A equipe plantonista que prestou atendimento: Suelly Zieira (Técnica de enfermagem) e Janely Freitas (Condutor).


Georgi Karoline N. Gomes
Coordenadora SAMU

GEORGIA KAROLINE NEVES GOMES
COORDENADORA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU
RUA HORÁCIO DA COSTA LIMA, S/N. CENTRO
SOLEDADE-PB

RECEBIDO

21.11.2015
GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DE FÁTIMA ALPANTARA DE SOUZA JUVINO

RG nº 3.543.418, data de expedição 11/05/2007, Órgão SSDS-PB,

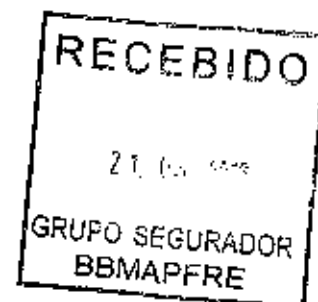
CPF nº 015.893.124-65 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO ILHA GRANDE</u>
Número	<u>SEM Nº</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>GUAZEIRINHO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58660-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-993745864</u>
E-mail	<u>— x —</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GUAZEIRINHO-PB, 05/02/2016

Assinatura do Declarante: Maria de Fátima Alpantara de Souza Juvino



FABIANO ARAUJO JUNIOR
SITILHA GRANDE, S/N - ANILAS RURAL
JUAZEIRINHO / PB CEP: 58300-000 (43) 351

Class/Subclass: RURAL / ASROPECUARIA RURAL MONOFASICA
Roteiro: 12-85-ES-2950 Referência: Jan/2016
NF medidor: 00300747377 Emissão: 7/10/2016

ENERGISA PARANA - COTA BILIONAR ENERGISA SA
R. 200, 1º e 2º - Centro Federal - Joo Pessoa - PB - CEP 58071-080
CNPJ 08.056.183/0001-40 - Ins. Est. 18.016.402-0
Nota Fiscal de Contas de Energia Elétrica nº 001166462
Código para Dúvidas Atendimento: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Tel: 07 9-81 9419 083 0196 083 0196 083 0196

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1072287-6

Jan / 2016

Canal de contato

Não deve ser dada. Todas as contas de energia, são e não são.

Apresentação

20/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

19/02/2016

CPI/ CNPJ/ RAN:

3775183401

Cálculo de consumo

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	20/12/15	20/01/16			
Letura	5089	5089	1	0	30

Faturas em atraso

20/11/2015 10,3E

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade	30	0,29272	8,78
Adic. El. Vermetas			1,95
Subsídio			7,86
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (IGIANTO)			
PIS			0,19
COFINS			0,81
JUROS DE MORA 10/2015			0,35
MULTA 10/2015			0,36
OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS			
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2015			0,34
Devolução Subsídio			-2,69

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/15	9
Nov/15	51
Out/15	53
Set/15	49
Ago/15	49
Jul/15	47
Jun/15	48
Maio/15	47
Abr/15	57
Mar/15	46
Fev/15	61
Jan/15	59

Média dos últimos meses
48 kWh

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

27/01/2016

R\$ 12,27

Indicadores de Qualidade 20 5 Janeiro

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	11,80	0,00	
UC TRIMESTRAL	25,99		
DIG ANUAL	47,39		
FIC MENSAL	3,00	0,00	
FIC TRIMESTRAL	15,84		
FIC ANUAL	31,68		
DMC	8,58	0,00	
DIG	18,80		

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DEBITOS ANTERIORES", a recuperação, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Supervisão CEG-T 88/113 R17.83
- Imóvel desocupado com acesso ao medidor sendo ICMS.

Discriminação	Valor (R\$)	%
Despesa de Teste da Energia PE	4,34	28,65
Compra de Energia	6,82	45,87
Despesa de F. Armazenamento	0,34	2,24
Encargos Setoriais	1,39	9,11
Impostos Diretos e Encargos	1,89	12,06
Outros Serviços	2,31	14,85
Total	18,15	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
R\$ 11,12 (2015) R\$ 7,82

RECEBIDO

27/01/2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

HELDER LUIS HENRIQUES
RUA LUIZ BEZERRA MOTA, 350 / BL F AP 201 - CATOLE
CAMPINA GRANDE / PB CEP 59416-410 (AG 481)

Classificação RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICA
Roteiro 1-401-128-5070
Nº Medidor A1074303812

Referência: Fev/2016
Emissão: 02/02/2016

ENERGISA BOREOREMA COS / REUNIDORA DE ENERGIA SA
Roteiro 1-401-128-5070 - Cos. Sudeste - T14 Inds - Campina Grande / PB - CEP 59416-410
CPF 08.908.556/0001-56 Ins. Est 16.003-839-1

Nota Fiscal/Guia de Energia Elétrica NT000.003.260
Código para Oribite Autorizada: 00000148312



Atendimento ao Cliente: 0800-073-0196

Código de barras

Fev/2016

Após o pagamento

02/02/2016

Data prevista para
próxima leitura

04/03/2016

CPF: 08.908.556/0001-56

Insc. Est.

55016442434

DEBITO EM DIÁRIA

12/01/2016 225,15

Atual	Constante	Consumo	Dias
05/01/16 42932	02/02/16 43255	1	28
Demonstrativo			
Devolução	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	323	0,417-13	131,47
Adic. B Vermelha			14,18
ICMS			80,03
PS			2,07
COFINS			13,09
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB LUXA PUBLICA			26,22
JURGO DE MORA 12/01/16			2,40
MULTA 12/01/16			3,80
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/01/16			0,58

Histórico de consumo

Jan/16	303
Out/15	299
Nov/15	239
Out/15	227
Set/15	205
Ago/15	156
Jul/15	167
Jun/15	253
Mai/15	303
Abr/15	272
Mar/15	345
Fev/15	352

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	222,34	27,30	60,69
PS	222,34	1,3400	2,97
COFINS	222,34	6,1800	13,76

Média dos últimos meses
273 kWh

VENCIMENTO 14/02/2016
TOTAL A PAGAR R\$ 255,15

fee2.a8fc.8097.fb81.f3a4.82ac.1c14.faa4

Indicadores de Qualidade

Indicador	Valor	Limite Inferior	Limite Superior
DEMONSTRATIVO	5,10	0,00	ADMAR 273
DE TRIMESTRAL	10,15		
DE ANUAL	20,30		
DE TRIMESTRAL	3,30	0,00	CONTRATAÇÃO
DE ANUAL	6,47		202
DE TRIMESTRAL	12,35		231
DE ANUAL	2,08	0,00	
DE TRIMESTRAL	12,32		

Distribuição	Valor (R\$)	%
Serviços de Oribite	44,78	17,55
Compra de Energia	81,08	31,76
Serviços de Transmissão	3,31	1,30
Encargos Sociais	18,47	7,46
Impostos Oribite e Serviços	103,91	42,58
Outros Serviços	0,59	0,23
Total	255,15	100,00

Valor do EVSD (Ref 11/2015) R\$ 16,08

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso, a ENERGISA BOREOREMA poderá suspender o fornecimento de energia elétrica, sem aviso prévio, e a suspensão poderá ser feita sem aviso prévio, e a suspensão poderá ser feita sem aviso prévio, e a suspensão poderá ser feita sem aviso prévio.

ENERGISA BOREOREMA
Roteiro 1-401-128-5070
Matrícula: 11031-2016-02-2

VENCIMENTO 14/02/2016
TOTAL A PAGAR R\$ 255,15

83680000002555150147000100110312016-802204010019-4



RECEBIDO
21.03.2016
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO

RG nº 3.543.418, data de expedição 11/05/2007, Órgão SSDS,

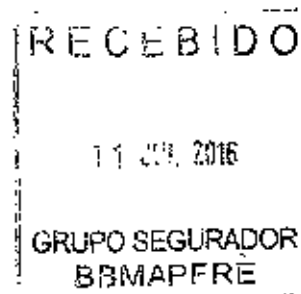
CPF nº 015.893.124-65, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua PEDRO DE BARROS, 618</u>
Número	<u>618</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>BELA VISTA</u>
Cidade	<u>JUAZEIRINHO - PB</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58660-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 996242094/993745864/996860306</u>
E-mail	<u>helderhenriques@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRINHO - PB, em 07/07/2016

Assinatura do Declarante: Maria de Fátima Alcântara de Souto Juvinô



MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO OLIVEIRA
RUA PRINCIPAL DE BARRO, 819 - BELA VISTA
JUAZIM, MINERAS, CEP: 55680000 (AG: 95)

Cidade/Estado: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 12-65-45-2720
CPF: 000000000000000000

Referência: Jun/2016
Emissão: 15/07/2016

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.086.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.029.0
Nota Fiscal: Cade de Energia Elétrica nº 000000000000000000
Código para Débito Automático: 000000000000000000

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 - Acesse: www.energisa.com.br

Conta referência a

UG (Unidade Consumidora): 5/506916-5

Canal de contato

Jun / 2016

Apresentação

20/06/2016

Data prevista da próxima leitura

21/07/2016

CPF / CNPJ / RAN

1599312486

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
03/06/2016 PAGAS
OBRIGADOR

Histórico de consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Mar/16	37
Abr/16	37
Mai/16	37
Jun/16	38
Jul/16	45
Ago/16	45
Sep/16	42
Out/16	42
Nov/16	44
Dez/16	34
Jan/17	45

Média dos últimos meses
18 kWh

RECEBIMENTO

93e7.98f8.5c0a.4a53.721c.8140.a4ad.4e4f.

Indicadores de Qualidade 4/2016 (aproximado)

Indicador	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OC MENSA	8,50	0,00	
OC TRIMESTRAL	12,94		
OC ANUAL	25,93		
OC SEMESTRAL	3,50	0,00	
OC TRIMESTRAL	8,31		
OC ANUAL	13,95		
OC SEMESTRAL	3,80	0,00	
OC TRIMESTRAL	12,22		

Composição do valor total do faturamento

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia (P&D)	4,34	33,88
Compras de Energia	8,07	62,44
Serviços de Transmissão	0,39	3,04
Entregas Setoriais	1,17	9,16
Impostos, Oribas e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	13,86	100,00

Valor de ELASO (Rel. 4/2016) R\$ 17,10

ATENÇÃO

Imvel devolvido com acesso ao rreido

RECEBIDO

11 JUL 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



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.

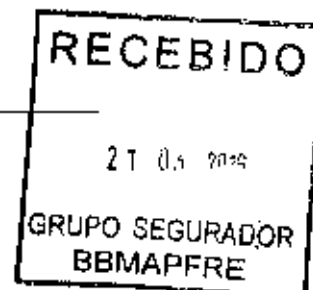
Pelo exposto, eu HELDER LUIS HENRIQUES, portador(a) do RG nº 1.146.062, expedido por SSDS 1PB, em 02/08/2014, CPF/CNPJ nº 550.584.424-34,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARIA DE FATIMA A. DE SOUZA JUVINO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUZA JUVINO e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ 7.000,00

Documentos comprobatórios: IMPOSTO DE RENDA

Helder Luis Henriques
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA IRENE SILVA MENDONÇA,
RG nº 1.904.589, data de expedição 23/09/15,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 215.325.754-91 com
domicílio na cidade de CONDADO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AVENIDA 7 DE SETEMBRO, nº 47,
complemento CEP 55940-006, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINHO o condutor era
FABIANO ARAÚJO JUVINO.
Veículo: FIAT UNO MILLE FIRE
Modelo: 2002
Ano: 2002
Placa: MMZ 8592
Chassi: 9BD15822524351311
Data do Acidente: 23-11-2015
Local e Data: _____



x Maria Irene da Silva Mendonça
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Titular: LETÍCIA ANDRADE DE AZEVEDO
Telefone: (61) 3442-1026

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA IRENE DA
SILVA MENDONÇA DOU PE, Condado, 19/02/2016 Em test.
da verdade [assinatura] Pollyana
Maria Andraza Oliveira de Mendonça - Substituta

Selo: 0077636.EV007201501.00900 19/02/2016 08:43:12
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

SECRETARIA DE REGISTRO
CONDADO-PE

RECEBIDO

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): MARIA DE FATIMA
ALCANTARA DE SOUZA PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 522.4 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 28.11.2015 A 02.12.2015 NECESSITANDO DE
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande, 02.12.2015

Dr. Juarez Ritter
Cirurgião Torácica
CRM-PB 5093
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 080

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GOVERNO DA PARAÍBA

CARTÓRIO DO REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS DE
SOLICITAÇÃO
CLÁUDIO NOBRE
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel da
original que me foi exibido. Dou fé. Art. 365-III do CP.
Solebade/PB-13404/2016
Selo Digital: AC009421-49E8
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpejus.br>

RECEBIDO

21 de 2015

COSTA
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA	Alojamento	02	Leito	01	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
12/11/15	1) DIFEA IVRE 2) CSK 3) ACESSO VENOSO SALICILADO 4) DIPIRONA 2ml + AD IV 5) FARMAL 50mg IV S/C 6) OMEPRAZOL 40mg IV L/X/M	10h 00m	PACIENTE EM ESTADO DE CONSCIENTE. SEM SINAIS DE ESCALA APRESA PREVISÃO DE ALTA P/ 15/11/15				
21/12/15	ALTA HOSPITALAR AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ANTES DA ALTA PARA CONTINUA O CUIDADO A FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA		Intoxicação Dte com fr de clavícula em membro D Ed. 12/12/15 Solicitado Rx controle Bipo 12/12/15 11h00 Alta da ortopedia				

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Luís de Fátima Alcantara	Alojamento	7	Leito	1	Convênio	R
----------	--------------------------	------------	---	-------	---	----------	---

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/15	1) Dito line		
	2) Ilio solunizado		Boa evolução pulmonar
	3) Dipirone 20 ml IV 4/6h	12 18 24 30	
	4) Tramal 50 mg > IV 6/6h EEF 1% 100 ml	12 18 24 30	Fratura de clavícula direita. Outras fraturas nos ossos.
	5) Omeprazol 40 mg IV 1x/dia	9h	Drenagem peric: sem esvaziar
	6) Ssu	12h	ao: SGT. R. Toranzo.

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Politrauma	Abdominal fechado	Abdominal
REC	REC	REC
27	27	27
GRUPO SEGURADOR	BNIAFRE	BNIAFRE

Paciente Maria de Fátima Alcantara

Alojamento

7

Leito

1

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

15/15

① Dieta branda

② SGL 1000 ml EV em 24h

③ farnal 100mg + 100ml SFA 0,9%
EV 8/8h

④ tilatil 40mg + diluente EV 3x dia

⑤ Diphenidol 1g + AD EV 6/6h

⑥ Nausea 8mg 2ml + diluente
EV 8/8h⑦ Omeprazol 40mg + diluente
3x dia Em xuxum EV

⑧ FC, FR, PA, Sator 3x dia

⑨ CCGG + SSRV

Consulta: Alta da cirurgia geral
aos cuidados da cirurgia tor-
ácica.

REC 203 Ago 10
REC 203 Ago 10
REC 203 Ago 10

+ D. Alcantara

cirurgia Geral

7º DJH / 5º DEO LF + Ho-
mologia de leite Hepático
e esplênico + toracostomia
com drenagem fechada
em uso de sintomáticos

Diagnóstico:

AVP, Dreno torácico 250ml.
Paciente evolui em bom co-
mum, glicemia em suplemente,
diurese ④, a náusea ④, acei-
ta bem a dieta, refere
dor em cotovelo e ombro D.
Eh, eupneia, acurácia me-
dicina, hipocômica (2+/4+) bem
permeável, reflete.

PA: RGE em 20, DVE SIS
AR: MV ④ em AH+, sim-
toma em base do pulmão
E.

Abdomen plano, levemente do-
loroso, DBO, Depressível.
F.O. Língua rosa, sem sinais
de flogose.

SSRV 1A 130X80 FC 90
PR 14.

29/11	23:40	32.92	92	130 80		
29/11	10:45				Realizado curativo F.O. em bom aspec- to. segue aos cuida- dos da enfermagem	Genilda Alencar Téc. Enfermagem COREN-PB 257.268
30/11	06:42		90	140 80	Sítio de urina 400 ml em xile d'água	Genilda Alencar Téc. Enfermagem COREN-PB 257.268

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

26 anos

Paciente: Maria da Fátima Alcantara Alojamento: 7 Leito: 1 Convênio: 21

Data: 11/15 Prescrição Médica Horário Evolução Médica

11/15	1) Dieta Branda					# Cirurgia Geral #
	2) Hidratação SRL 1500ml EV 24h					5º-DJH / 3º-DPO 1º E + Hemor-
	3) Promal 100mg + 300ml SF 0,9% EV 8/8h					taxa de Lado Hepático e esplé-
	4) Dipirona 1g + AD EV 4/4h					nica + toracostomia com
	5) Folic 40mg + diluente 1x dia					oxigenação fechada.
	6) Nauseidon 8mg / 2ml + diluente EV 8/8h					Em uso de Sintomáticos
	7) Omeprazol 40mg EV 1x dia im jejum					Dispositivos:
	8) FC, FR, PA Sa + O ₂ 3x dia					Draino Blake 250ml
	9) UGG + SSV					Draino torácico 300 ml.
	10) 2 concentrações de Hemocon					Paciente evolui com melhora
	11) Pareu da ortopedia, Paciente com					da dor, melhora episódios de
	dores em ombro e cotovelo direito,					náuseas na noite passada,
	no dia 24/12 a paciente foi avaliada					diurese + evacuação, aceita
	pelo ortopedista e verificada fratura					bem a dieta por via oral.
	com tto conservador, imobilizada					FR euceno, acinético, An-
						tiária Hipocômica (+/-), bem
						perfundida. Ajeite
						AR e AR sem alteração
						Alabome, Semi-Globoso, indol-
						en a palpção, depressível
						DB=
						F.O. limpa, Seca, Sem-
						Spazio Pleurístico, expres-
						são
						SSV. PA 120/70 FC 73
						FR 14.
						Evolução: AR / diminuição com base H+H
						# Conclusão: Paciente 2 concentrações
						de Hemocon, solicito parecer ortopedista

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis.
22/IV/15	09:11	36.5			140x100 mmHg		pe. Luc de Quêntal medicam. p/verol finais idais, fe 8	
24/IV/15	09:40	36.5					erectio - medicocap. nada mais. féc. <i>[assinatura]</i>	
	10:00							HEK 452 L coron
23/IV/15	6.00						Debito do Jumento de Succas 250 ml.	
28/IV/15	6.00						Debito da Perce de Tórox 300-500 = 400 ml.	



NOME	N.º PRONTUÁRIO	
U T I	ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	Marcos de FOLIANO	
	ORTOPEDICO	
	24/11/15	
	Coloso auto	
	Repre der MSD	
	ECG, Urogl.	
	coloso e perno. amiel tictol	
	ao selame	
	no 55: der 2/3 redus ilioanto	
	D + Anomias	
	Boluo non	
	num 33: amioap. 1/ e clono	
	de limboas	
	R: Fratura do anto	
	q2: Ex clauulo de tratanto	
	solutomoa nequlato	
	no monato do seta p/	
	enulotomo ortopedico	
	Tipia	

RECEBIDO
casuado
pelo ortopedico
BBMAPFRE

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

26 anos

Diagnóstico

Polítrono
no fechado

RECEBIO
21
GRUPO SEGURADOR
BIMANAFRE

Paciente	Maria da Vitorina Alcontra
----------	----------------------------

Alojamento	
------------	--

7

Leito

4

Converto

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/11/15	1) Dieta Branda 2) Hidratação SRL 1500ml EV 24h 3) Promal 100mg + 300ml SF 0,9% EV 8/8h 4) Dipirona 1g + AD EV 4/4h 5) Filabril 40mg + diluente 3x dia 6) Neurontin 8mg / 2ml + diluente EV 8/8h 7) Omeprazol 40mg EV 3x dia em jejum 8) FC, FR, PA Sa + O2 3x dia 9) UCG + SSVV 10) 2 concentrados de Hemácias 11) Pacus da ortopedia, paciente com fratura de ombro e cotovelo direito no dia 24/12 a paciente foi avaliada pelo ortopedista e verificando fratura com tto conservador, imobilizada	24h 22h 9h 24h 20h 9h 24h 22h 9h 24h 22h 9h	# cirurgia Geral # 5º DJH / 3º DPO LE + Hematoma de lobo Hepático e esplenico + toracostomia com drenagem fechada. Em uso de Sintomáticos Dispositivos: Dreno Blake 250ml Dreno Torácico 300ml. Paciente evolui com melhora da dor, sedação e pleural, náuseas na noite passada de diurese (+), evacuação (+) e bem a dieta por via oral EGR, eufórica, acinética, Ar Cirica Hipocômica (+/4+), perfundida, Afebril ARV e AR sem alteração Abdomem, Semi-Globoso, indolente a palpções, depresso DB= E.O. limpa, Seca, Sem sinais flogísticos, expeção SSVV PA 120/70 R 73 PR 19. Exatopo AR diminuída em base II.

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/11/15	09:11	36.5			140x100 - mmHg		pe. Luc de Juvénal	81
							medicação, geral	
							linar, 1000, 100	
24/11/15	09:40	36.4			140x100 - mmHg		medicação, medicação	
	10:00				140x100 - mmHg		medicação mais. TPC.	
								464521 5000 N
24/11/15	6:00						Debito do Juvénal de	
							Sucos 250 ml.	
28/11/15	6:00						Debito do Juvénal de	
							Tórox 300 - 500 = 400 ml.	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

26 ans

Política (Trabalho)
na (fechada)

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BBMAFRE

Evolução Médica

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
7/11/09	(1) Dieta Branda (2) Hidratação SRL 1500ml EV 24h (3) Bromal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/16h (4) Diprona 1g + AD EV 17/14h (5) Tilatil 40mg + diluente 1x dia (6) Nausecton 8mg / 2ml + diluente EV 8/18h (7) Omeprazol 40mg EV 1x dia em jejum (8) FC, FR, PA Sa + O ₂ 3x dia (9) UCGG + SSVV (10) 2 concentrados de Hemácias (11) Pacien da ortopedia, paciente com fratura de ombro e cotovelo direito no dia 24/02 o paciente foi avaliado pelo ortopedista e verificado fratura com tto conservador, imobilizado.		# cirurgia Geral # 5º DJH / 3º DPO LE + Hemo-rama de leito Hepático e esplênico + toracostomia com drenagem fechada. Em uso de Sintomáticos Dispositivos: Dreno Blake 250ml Dreno Torácico 100 ml. Paciente evolui com melhora da dor relatada episódios de náuseas sua noite passada, diurese (+), essenciado, aceita bem a dieta por via oral. EGR, eupneico, acinótico, Arterial Hipocorab (+/-), bem perfundido. Apeku ACV e AR sem alteração. Alotome Semi-Globoso, indolor na palpacao, depressível. DB= limpa, seca, sensíveis Rágozitos, expressão = SSVV. PA 120/70 PC 73 PR 14. Exatempo: AR diminuída com base H+T # Conclusão: Prescrva 2 concentrados de Hemácias; solicite punção ortopédia.

Data	Hora	T	PP	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/IV/15	09:11	36.5			140/100	mmHg	Luc de Juvénile	
							medicamentos, jejum	
							limpar íteis, fe 8	
24/IV/15	09:40	36.4					Exatidão medicosa	
	10:00				100 ml		medic mais. TCC	
								96.4521
								-200 ml
28/IV/15	6:00						Debito do Juvénile de	
							Succos 250 ml.	
28/IV/15	6:00						Debito do Juvénile de	
							Tóxon. 300 - 500 = 400 ml.	

28/11 13:00 150
90

Paciente consciente e
orientado, realizado curativo
em ferida na escala com drenos
torácicos.

Adriana Leite da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 991310

28/11 20:05 36.8 105 22 130
90

29/11 06:00 94 130
90

Dêbito drenos torá-
cicos com soro d'água
250 ml

Genésia Alesia F. Passos
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 991310



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

26 anos

Politrauma + trauma
abdominal fechado

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BSM/APFRE

21 de maio

paciente	Maria de Estima Alcantara	Alojamento	7	Leito	1	Convênio	
----------	---------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/13	① Dieta Branda		# cirurgia geral
	② Hidratação S.F.O. 9% 1000ml A.V. 24h S.R.L. 1000ml	18/24	42 DJH / 22 DPO
	③ Tramadol 100mg + 100ml S.F.O. 9% A.V. 8/8h	14/18	No mostra de lesão hepática e esplênica + traqueia lacerada
	④ Dipirona 1g + AD EV 6/6h	12/18	22/24
	⑤ Filatril 40 mg + diluente 3x dia	12/18	24/24
	⑥ Nausebum 8mg/ml + diluente EV 8/8h	14/18	24/24
	⑦ Omeprazol 40mg EV 1x dia em jejum	14/18	24/24
	⑧ FC, FR, PA, SaO ₂ 3x dia		
	⑨ CC GG + SS RV		
	# conduta: Mantida, vigia sinais vitais e monitor de drenos.		
			Paciente evolui com dores em todo corpo, rejeitou bem a dieta, diurese (+), excreções (+), flato (+)
			ECG, eufórico, acordado, orientado, Hiperotico + 14h Alimentado, bem perfundido
			Abdomen plano, doloroso a palpação, deprimível, DR=
			FO limpa, seca, sem nódulos flogísticos.
			SS RV: temp. 36,7°C PA 100 x 80 FC 73 FR 14

26-11	12 ^{hs}	96	132	79	130	80	Pc consciência, orientada e calma. Queixa de dor abdominal, realizado cuidados de enfermagem e curativo, F.O limpa.
					120	70	Queixa-se de dor abdominal - MSD endemonstrado
	06 ^{hs}						blake - 250ml Torax - 600 - 500 - 100ml

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

26 anos

Politrauma - trauma Abdominal
nel fechado

RECEBIDO

21 JUL 2016

GRUPO SEGURADOR
BEMAPRE

paciente Maria de Fátima Alcantara

Alojamento

7

Leito

1

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/15	1) Dieta líquida de prova, evoluin. pos. ao 5h		# Cirurgia Geral #
	2) Hidratação SFO, 9 x 1000 ml EV em 24h	12/14	
	SRH 5000 ml EV	18/06	
	3) Dipirona 5g + AD EV 6/6h	12/18 24/06	3º DIH / 1º DPO LE +
	4) Histo H 90mg + diluente EV 8x/dia	12	Pneumotórax, líquido hepático e
	5) tramal 100mg + 100 ml SFO, 8x/dia	14/22/06	esplênica + tosse cavitária,
	EV 8/8h	14/22/06	toracostomia com drenagem
	6) Naproxen 8mg/2ml + diluente	14/22/06	fechada.
	EV 8/8h		
	7) Omeprazol 40mg EV 8x/dia em		Dreno Blake débito 150 ml,
	Jejum.		SVD 3.200 ml em 24h,
	8) FC, FR, PA, Satz 3x/dia	ct	Dreno torácico 200 ml, AUP
	9) CCG + SSV	ct	Paciente evolui se queixando
	10) Nitrato 500	ct	de dores em região torá-
	# Conduta: Solicito Hemograma		cx e abdome, distensão
	início de dieta líquida de prova.		presente por SVD, evacuações
			0, está em dieta zero.
			FGR eufórica, acenotiza,
			anictérica, Hipocoreia (+/4+)
			bem perfundida.
			Abdome levemente doloroso,
			DB(-), RHA Hipotratos,
			sem sinais de irritação pe-
			ritoneal.
			SSVV PA 150x80, FR 20
			FC 72 temp 36,2°C

Diego Solano Menezes Aguiar
Médico Residente Clínica Geral
CRM-PB 50196

25/11	08:00	36.3	—	—	PA	Diurese	Observações Enfermagem	As
15					100 80		Paciente consciente, orientado, aceita a dieta, em veno- clise, realizada curativo em ferida operatória abdominal + dreno de tórax, verificada SSW + CCO, medicada C.P. médica.	

26/11 06:00

15

Despejado 450 ml
de dreno de tórax
com vólvulo d'água
+ 300 ml de dreno
de sucção

Enfermagem Santos
Téc. Enfermagem
CCO

PACIENTE:	MARIA DE FATIMA A. DE SOUTO
DATA DO EXAME:	23/11/2015

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares, observando-se áreas mal definidas de aumento da ecogenicidade hepática, no lobo direito, medindo até 4,0 cm, que pode representar hematoma. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Pequeno hemoperitônio.

Lâmina de líquido em ambos os espaços perirrenais, medindo até 0,7 cm de espessura, sugerindo sangramento retroperitônioal. A critério clínico, prosseguir a investigação com tomografia computadorizada com contraste.

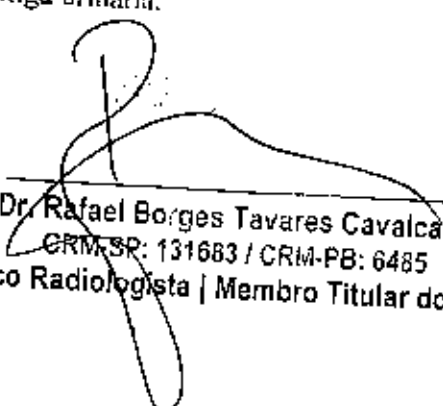
Vesícula biliar de topografia habitual, fisiologicamente distendida, com paredes de espessura normal, sem evidências de cálculos em seu interior.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Sondá tipo Foley no interior da bexiga urinária.


Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

RECEBIDO

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Politrauma - Trauma de abdome

Paciente Maria de Jovina Alcantara de Saoto Alojamento 01 Leito 008 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/11/15	1) Dieta zero; 2) SRL 2000ml @ 24h; + Ringer 500ml 5amp cada 4h; 3) Dipirona 1g 2FA + AD @ 6/6h; 4) Morfina 1mg/2mg 1FA + AD @ 8/8h; 5) Parilid 40mg 1FA + AD @ 12/12h; 6) Insulina 100mg + 100ml SF 0,9% @ 8/8h; 7) Omeprazol 40mg 1FA + AD 1x dia; 8) Clonazepam 1mg 1FA + HT @ 6/6h; 9) Monitorização multiparamétrica; 10) SSVT + CCG;	etc. 04 04 04 04 06 06 06 etc. etc.	# Cirurgia Geral II Paciente admitido neste setor apresentando trauma abdominal. Exame físico: insuflação no abdome e no transpl. entre os dois lados, turgescência de áreas que medem 4cm de profundidade. Pequena punção, hemorragia carúnea nos locais medidos e após 48h sem dor e hemorragia controlada. Medida em 1º dia da hem. esquerda, batina dos pontos, pontos de arco costais à esquerda. Ao exame: TCR, quadril, anca, joelho, suspensório, art. e anca, hipocondrio, umbilical, estável. Abdom: doloroso superficial à palpação com a de umbilical posterior. Conduta: internação hospitalar + HB HB 4h, 6/6h. Monitorização rigorosa.
			# cirurgia geral 10/24 Paciente submetido a LE + hem. de 2º e 3º graus. Após a cirurgia, o paciente continua a receber a dieta de Bock.

	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
22/11/15	16:00	36,3	72	30	100/60	1000cc	Paciente admitida do C.E. no 1º5 operatório, mantem H.V. 20; dieta 3º0; Sonda bicastral distal (curset); Cloro glicico; oxelano bem; segue Cloro glicico; segue S.O. eudoc; melmor	
22/11/15	22:00	36,7	72	30	100/60	1000cc	Paciente idêntica, mantem H.V. 20; Sonda bicastral distal (curset); Cloro glicico; oxelano bem; dieta 3º0; segue S.O. eudoc; melmor	União 45/38
	06:00						Paciente idêntica, mantem H.V. 20; Sonda bicastral distal (curset); Cloro glicico; oxelano bem; dieta 3º0; segue S.O. eudoc; melmor	União 45/38
							Paciente idêntica, mantem H.V. 20; Sonda bicastral distal (curset); Cloro glicico; oxelano bem; dieta 3º0; segue S.O. eudoc; melmor	União 45/38



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Unidade de Tratamento Intensivo
CONTROLE GERAL

Nome:

Maria de Fátima

Idade:

26

Data de Nascimento:

Leito:

Data	25/11	28/11
Evacuação		
Ganhos		
Perdas		
Balanço		
Bal. Cumal.		
Sangue		
Diurèse		
Perdas SNG		
Drenos		
Temp. min/max		
Hemácias	2.43	3.50
Hematócrito	22%	33%
Hemoglobina	7,9	10,7
Leucócitos	12.600	12.900
Bastonetes	3	3
Segmentados	80	76
Eosinófilos	1	1
Basófilos	0	0
Linfócitos	14	16
Monócitos	2	4
Plaquetas	126.000	228.000
TP		
TTPa		
pH		
PaO ₂		
PaCO ₂		
Sat. O ₂		
BE		
HCO ₃		
Fio ₂		
Lactato		
Glicose		
Uréia		39
Creatinina		0,8
Sódio		143
Potássio		3,8
Cloro		113
Cálcio		
Fósforo		
Magnésio		
Proteína		
Albumina		
Globulina		
Bilir. Tot.		
B. Direta		
B. Indireta		
Fosf. Alcal.		
Amitase		
TGO		
TGP		
DHL		
CPK		
CK - MB		

Sr(a): **MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO** Protocolo: **0000246535** RG: **CIRURGICA 7.1**
Dr(a): **DIEGO SOLANO MENEZES AGRA** Data: **25-11-2015 11:58** Origem: **CLINICA CIRURGICA**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **26 anos** Destino: **ENF 07 - L 01**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLTA: 25/11/2015 12:00]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos	2.43 milhões/mm ³	3,9 à 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina	7,4 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito	22 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.	91 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	Resultados	Valores de Referência
Leucócitos	12.600 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	3,0	0
Segmentados	80,0	378
Eosinófilos	1,0	10.080
Basófilos	0	126
Linfócitos		0
Típicos	14,0	1.764
Atípicos	0	0
Monócitos	2,0	252
CONTAGEM DE PLAQUETAS	136.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

[Assinatura]
Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CREM 5417

RECEBIDO

21 03 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

Elisabete Su. - 204.689-3

3 - CNES

2 1 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 1 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mário de Betim Albuquerque de Souto

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

242.841

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2 0 1 9 1 0 9 7 1 7 2 1 7 2 1 4 1 0 1 0 0 8

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/08/89

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

João Monteiro de Sousa

11 - TELEFONE DE CONTATO

88 9333342441

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Olha Grande zona rural

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapicuru

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

PB

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de acidente com trauma abdominal fechado, TC de abdome indica lesões de: fígado direito e esquerdo, hepático e esplênico

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de morte.

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma abdominal fechado

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mário de Sá Albuquerque de Sáto.

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 1 2 6 4 2 2 2 2 4 0 0 0 8

8 - DATA DE NASCIMENTO

20 08 89

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

242.841

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Antônio de Santana de Sáto.

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Fátima Grande Zona Rural

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapicirinho

14 - Cód. IBGE MUNICIPAL

15 - UF

16 - CEP

Masc. ☒

Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

(000) 3 9 3 3 1 7 M

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vit. de acidente com trauma abdominal fechado. Tm de abdome em sig. cas de. Pn. de. - fraturas, tipo 1. - e. p. n. o.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pn. de. H. n. t.

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma abdominal fechado

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação hospitalar

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/11/89

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() INAPTO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. Órgão Emissor

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

RECEBIDO

21 11 89

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



SUS

Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

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

**Folha
1/2**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PORTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DE 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

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS

() CPF

40 - DATA DE SOLICITAÇÃO

GRUPO SEGURADOR

BSMAPFRE

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DOCUMENTO

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

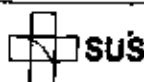
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DE AUTORIZAÇÃO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

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 ASSOCIAÇÔES

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

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

RECEBIDO

21

40 - DATA DE SOLICITAÇÃO

**GRUPO SEGURADOR
BBMAPERE**

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

() CNS

() CPF



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME:	DN:	PRONT. Nº:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO:	ALTA:	

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

2. Resultado dos principais exames

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

RECEBIDO

21 de 2018

**GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE**

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para: _____



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:

DN:

PRONT. Nº:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO:

ALTA:

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

2. Resultado dos principais exames

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

RECEBIDO

21 de 2008

GRUPO SEGURADOR

BBMAPFRE

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Mário de Fátima A. de Santo Juvino			
Data da Operação	Enf.	Leito	
24/11/15			
Operador		1.º Auxiliar	
A. Rivaldo			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
O cirurgião	local		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Hemopneumotórax E - Politraumático			
Tipo de Operação			
Toracotomia e drenagem. Fechado			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo (± 200 ml)			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

01) Paciente em Decúbito Dorsal

02) Anestesia e anti-sépsis

03) Infiltração local com Xilocaína 2%.
04) Toracostomia no 7^o EIC LAM + Panagens
de omeo pleural n: 28 com sucção
de ar e 200 ml sangue.

05) Fixação de vísc 20.

06) Curativos

[Assinatura]

Recebido
Fernando
Toracico
PB 5126
/ 1 de 1000
GRUPO SEGUADOR
BRMAPERE



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		0
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		10

Assinatura do Anestesiologista
CRM - PB 7986

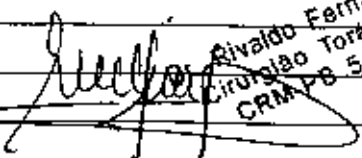
Assinatura Anestesista

RECEBIDO
21.03.2016
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente <u>Fátima A. de Santo Junior</u>		Nº Prontuário
Data da Operação <u>24/11/15</u>	Enf.	Leito
Operador <u>Rivaldo</u>	1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <u>Local</u>	Tipo de Anestesia <u>Local</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Hemopneumotórax E - Politraumático</u>		
Tipo de Operação <u>Toracotomia e Drenagem Torácica</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório <u>O mesmo (± 200 ml)</u>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
01) Paciente em Decúbito Dorsal
02) Anestesia e anti-sépsis
03) Infiltração local com Xilocaína 2%. 04) Toracotomia no 7.º ETE LAM + Panadura de omento para o n.º 2.º com saída de ar e 200 ml sangue
05) Fixação e vácuo 20.
06) Curativos
 Rivaldo Fernandes Cirurgião Torácico CRM-PB 5126



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

71#

Paciente: <u>M. Oliveira Alcântara de Sousa</u>	Idade: <u>26 an</u>
Convenção: <u>GRUPO SEGURADORA</u>	Data: <u>24/11/15</u>
Procedimento: <u>L. e</u>	
Cirurgião: <u>RECEBIDO</u>	Auxiliar: <u></u>
Início: <u></u>	Anestesia: <u>General</u>

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
11:15	103x65	69	100%	<u>Luiz</u>	<u>-</u>	<u>Sonolente</u>
11:00	100x60	87	100%	<u>Luiz</u>	<u>+</u>	<u>Consciente</u>

Medicamentos / Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura de Luiz L. F. da S.
Médico Anestesiologista
CRM - PB 1963

Assinatura Anestésista

Circulante

Relatório de Operações



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME: Nº de Fátima de Azevedo PRONTUÁRIO: _____ PESO: _____ IDADE: _____ LEITO: 08
DIAGNÓSTICO: _____ CIRURGIA: _____ BALANÇO antes: _____
DATA: 24.11.2015 DATA DA INTERNAÇÃO: _____ DATA DA CIRURGIA: _____

CONTROLE DE ENFERMAGEM

HORAS	SINAIS VITAIS						ENTRADA						SAÍDA						VENTILAÇÃO MECÂNICA				
	T	P	PA	FC	FR	GLICEMIA	DIETA	CRISTALOIDE	COLÓIDE	SANGUE	NPP	MEDICAÇÃO	DRENO		DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	PVC	TIPO	P. PRES	F	V. COR	
													1	2									
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
BALANÇO PARCIAL																						ASSINATURA	
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
BALANÇO PARCIAL																						ASSINATURA	
23																							
24																							
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
BALANÇO TOTAL																						ASSINATURA	

RECEBIDO
GRUPO SEGURADOR
BIMAPFRE

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente BBMAFRE Fátima Alcantara de Souto		Nº Prontuário 1254918
Data da Operação 24/11/15	Enf.	Leito
Operador Dr. Marcos Dantas	1.º Auxiliar Milena R.	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia Dr. Rafael	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Trauma abdominal fechado		
Tipo de Operação LE + Remoção de feto hepático e esplênico + toilette cavitério		
Diagnóstico Pós-Operatório o mesmo		
Relatório Imediato da Patologia na base		
Exame Radiológico no Ato na base		
Acidente Durante a Operação na base		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
1) Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral
2) Antissepsia + drapagem
3) Incisão supra-umbilical
4) Abertura por planos
5) Intra-abdominal: Pequena quantidade de sangue livre na cavidade, pequena fístula em feto hepático (≈ 3cm) com sangramento ativo; lesão na base (≈ 4cm) com sangramento ativo importante não visualizado antes da lesão
6) Realizada remoção de feto hepático e esplênico e feto hepático e esplênico
7) Remoção da fístula
8) Toilette cavitério
9) Costagem de camadas
10) Colocação de dreno de Blake
11) Fechamento da cavidade por planos
12) Fixação do dreno

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. Milena Macedo
 Médica
 CRM 22.020

Paciente: MARIA DE FATIMA ALCA

Data do Exame: 24/11/2015

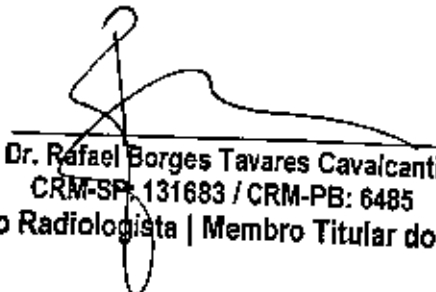
Exame: Tomografia Computadorizada do Abdome Total

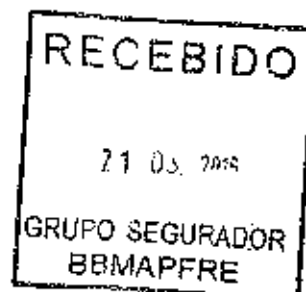
Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos antes, durante e após a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

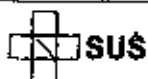
Indicação: Trauma abdominal fechado.

Análise:

- Fígado exibindo lacerações no lobo direito e na transição entre os dois lobos, que medem até 5,0 cm de profundidade.
- Lacerações esplênicas que medem até 4,0 cm de profundidade.
- Pequeno hemoperitônio.
- Lacerações corticais nos terços médio e inferior do rim direito, medindo até 1,0 cm, associadas a pequeno hematoma perirrenal, que mede até 0,5 cm de espessura.
- Lacerações corticais e medulares nos terços médio e inferior do rim esquerdo, medindo até 3,0 cm, associadas a hematoma perirrenal, que mede até 1,2 cm de espessura máxima.
- Não há sinais de lesão vascular renal ou dos sistemas coletores.
- Rins de forma, volume e topografia normais. Excreção pronta e simétrica do contraste.
- Hemopneumotórax à esquerda.
- Fraturas das porções posteriores de arcos costais à esquerda.
- Vias biliares, pâncreas e adrenais com aspecto preservado ao método.
- Sonda tipo Foley no interior da bexiga urinária.
- Aorta e veia cava de contornos definidos.
- Ausência de coleção e de linfonodomegalia na cavidade abdominal.
- Alças intestinais de calibre e distribuição habituais.


Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____

4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Maria de Fátima A. de Souza

6 - Nº DO PONTUÁRIO _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO _____

9 - SEXO ☒ Masc. ☐ Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE _____

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____

14 - COD. IBSI 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 Tratamento com quimio

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TOXICOLOGIA

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

31 - QTD _____

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 23 + 1 + 5

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

34 - QTD _____

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

37 - QTD _____

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito a USF que encaminhe o paciente para o tratamento de quimioterapia, devido a presença de lesões hepáticas, lesões hemorrágicas. Leve em consideração a impossibilidade de tratamento.

RECEBIDO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Carlos Roberto de Menezes

40 - DATA DE SOLICITAÇÃO _____

41 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF _____

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

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

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____

45 - COD. ORGÃO EMISSOR _____

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

47 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF _____

48 - DATA DE AUTORIZAÇÃO _____

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

Sr(a): MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO Protocolo: 0000247367 RG: CIRURGICA 7-1
Dr(a): PEDRO LUIZ JUNIOR Data: 28-11-2015 16:32 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 26 anos Destino: ENF 07 - 1.01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/11/2015 16:37]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos	3.50 milhões/mm ³	3,3 à 5,3 milhões/mm ³
Hemoglobina	10,7 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito	33 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.	94 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	32 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	12.900 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Leucócitos			
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	387	
Segmentados	76,0	9.804	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos	1,0	129	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos	16,0	2.064	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos	0	0	
Monócitos	4,0	516	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	228.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Edição
Edição: Macedo de França
Blomédica
CRBM 4732

Sr(a): MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO Protocolo: 0000247367 RG: CIRURGICA 7-1
Dr(a): PEDRO LUIZ JUNIOR Data: 28-11-2015 16:32 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 26 anos Destino: ENF 07 - L 01

URÉIA

(DATA DA COLETA: 28/11/2015 16:37)

Resultado **19 mg/dl**

De 15 A 41 mg/dl

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

(DATA DA COLETA: 28/11/2015 16:37)

Resultado **0,8 mg/dl**

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração da Creatinina

* Sumário de

urina.

NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIEMER

Ana Cláudia Barroso
Biomédica
CRBM 45793

RECEBIDO

21.11.2015

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

Sr(a): MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO
Dr(a): PEDRO LUIZ JUNIOR
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000247367
Data: 28-11-2015 16:32
Idade: 26 anos

RG: CIRURGICA 7-1
Origem: CLINICA CIRURGICA
Destino: ENF 07 - L 01

CLORO

(DATA DA COLETA: 28/11/2015 16:37)
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

113 mmol/l

Valores de Referência:
IDEAL : 97 a 108 mmol/L
ALERTA: Menor que 80 mmol/L
Maior que 115 mmol/L

EXAME RELACIONADO: Ionograma, Gasometria, Na, K.

SÓDIO

(DATA DA COLETA: 28/11/2015 16:37)
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

143 mmol/l

Valores de Referência:
Adulto.....: 132 a 148 mmol/l
Crianças.....: 134 a 148 mmol/l
Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

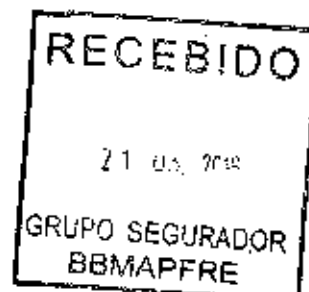
POTASSIO

(DATA DA COLETA: 28/11/2015 16:37)
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

3.8 mmol/l

Valores de Referência:
Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l
Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l
Valor crítico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou
maior que 6.5 mmol/l
Valor crítico (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/l
maior que 8.0 mmol/l

Ana Claudia Barroso
Bisnetto
CRBM 5793





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:										PRONTUÁRIO:									
M A R I A D E F A T A										123456789									
IDADE:		SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:					
		M ☐ F ☒		B ☐ P ☐ A ☐								7							

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma (crânio, tórax, abdômen, membros)

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Hemograma, coagulograma, urina, radiografia

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA:

28/05/2015

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Pedro Luiz
CRM: 12345
CRIME: 12345

GRUPO SEGURADOR
BIMAFRE

21 JUN 2015

RECEBIDO

MOD. 002



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Março de Fátima Albuquerque de Souza															PRONTUÁRIO:	613
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:										
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐															

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx braço (E) AP / perfil
ombro D

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA:

24/11/2013

HORA DA SOLICITAÇÃO:

01:30

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico
Cristiano Trajano de Oliveira
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PB, 5982

RECEBIDO

21 JUN 2013

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Maurício de Fátima A. de Couto															PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:						
	M ☐	F ☐	B ☐	P ☐	A ☐											

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

23/11/15

EXAMES SOLICITADOS:

UGG FAST

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

23/11/15

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Cristiano Trajano de Oliveira
CIRURGIÃO GERAL
CRM-RR 5982





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:

IDADE:

SEXO

M

F

COR:

B

P

A

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEITO:

PRONTUÁRIO:

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Diego Solano Vitorino Aguiar
Médico Residente Cirurgia Geral
CRM-PB 8856

Carimbo e Assinatura do Médico

FD. 002

RECEBIDO

21.04.2018

GRUPO SEGURADOR

BMAPFRE

RECEBIDO
21.03.2015
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		Marta de Fátima A. de Sousa										PRONTUÁRIO:				
IDADE:		SEXO:		COR:			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:	
		M ☐ F ☐		B ☐ P ☐ A ☐												

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Raio-x de Cervical AP, dígito, Perfil
- Raio-x de Tórax AP
- Raio-x de Bacia AP
- Raio-x de Coluna Torácica AP/Perfil
- Raio-x de Coluna Lombor AP/Perfil

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 23/11/15	HORA DA SOLICITAÇÃO: 21:00	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: **M^{te} DE FATIMA A DE SOUZA JUNIOR** Registro: Leito: **7-1** Setor Atual: **C. GERAL**

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: **37,6** °C; P: **60** bpm; FR: **22** lpm; PA: **40x80** mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: **500** Dreno de tórax: () D () E ☒ Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: **CANCELADO**

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / /

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

GRUPO SEGURADOR
BEMAPFRE

Paciente: Maria de Fatima de Saito Enfermaria: 07 Leito: 01 Data: 11/12/15

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido () Dor à evacuação () Anorexia () Dor abdominal ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Cavidade bucal ferida () Diarréia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele () Outro ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízos músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro Movimentos descontrolados ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros ()	
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicamentos () Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()
13 Outro		
14 Outro		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
() Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		() Melhora a aceitação alimentar.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		() Manutenção da glicemia estável.
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		
() Avaliar alterações de sinais vitais.		
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
() Incentivar a ingestão de líquidos.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Observar reações de desorientação/confusão.		
(X) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	M T N	(X) Melhora da integridade da pele.
(X) Analisar condições do curativo.	M T N	(X) Diminuição do risco de lesão.
(X) Orientar e estimular a hidratação da pele.	M T N	
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Melhora da perfusão tissular.
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		() Padrão respiratório eficaz.
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Realizar balanço hídrico.		
(X) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	M T N	(X) Diminuir o risco de infecção.
() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
() Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
(X) Utilizar técnica asséptica para aspiração; sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	M T N	
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		() Diminuir o risco de queda.
() Manter as grades do leito elevadas.		
() Conter o paciente quando necessário.		
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		() Melhora do padrão do sono.
() Orientar repouso no leito.		
() Administrar medicação CPM.		
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros

Renata Clemente dos Santos

Enfermeira

CPREN 278.817

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data: / /
-----------	-------------	--------	-----------

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()		Outro ()
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()		Outro ()
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()		Invasão de estruturas do corpo ()
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()		Dispnéia ao esforço ()
		Prejuízos músculo esquelético ()		Desuso ()	Outro ()	Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()		Dispnéia ()
						Batimento de asa de nariz ()		Ortopnéia ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()			
		Drenos (X)	Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()			Defesas primárias inadequadas ()			
		Procedimentos invasivos (X)		Outro ()				
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()		Medicações ()				
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono ()			Outro ()		Mudança do padrão normal do sono ()	
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

RECEBIDO
UNIDADE DE
CUIDADO
BEM-ESTAR
RISCO DE QUEDA
PADRÃO DE SONO
PREJUDICADO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		() Melhora a aceitação alimentar.
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		() Manutenção da glicemia estável.
() Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		
() Avaliar alterações de sinais vitais.		
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
() Incentivar a ingestão de líquidos.		
() Observar reações de desorientação/confusão.		
(x) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
(x) Analisar condições do curativo.	M T N	(x) Melhora da integridade da pele.
(x) Orientar e estimular a hidratação da pele.	M T N	(x) Diminuição do risco de lesão.
() Orientar e estimular a movimentação no leito.	M T N	() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		() Melhora da perfusão tissular.
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Padrão respiratório eficaz.
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		(x) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
(x) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).	M T N	
(x) Realizar balanço hídrico.	M T N	
(x) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	M T N	
(x) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	M T N	
(x) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	S/N	(x) Diminuir o risco de infecção.
(x) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	M T N	
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).	M T N	
() Manter as grades do leito elevadas.		() Diminuir o risco de queda.
() Conter o paciente quando necessário.		
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		
() Orientar repouso no leito.		() Melhora do padrão do sono.
() Administrar medicação CPM.		
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros

Emanuelle Mattacya da C. Silva

ENFERMEIRA

COREN-PB 460003

Assinatura do Enfermeiro(a):

Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data: / /
-----------	-------------	--------	-----------

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
		Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()				Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()				Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()		Outro ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()			
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()		Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()			
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()		Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()		Outro ()	Rompimento da superfície da pele ()		Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()		Dispnéia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()		Desuso ()	Outro ()	Movimentos descontrolados ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()		Dispnéia ()
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()				
		Drenos ()	Outros ()						
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()			Defesas primárias inadequadas ()				
		Procedimentos invasivos ()		Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()		Medicações ()					
		Extremos da idade ()		Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()			Outro ()				
		Ruído ()	Imobilização física ()						
13	Outro								
14	Outro								

GRUPO SEMI-INTENSIVO
BIMATRIE
RECEBIDO
10/05/2015

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

☐ Avaliar distensão abdominal.		
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.		☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.		
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.		
☒ Avaliar alterações de sinais vitais.	XX	☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	XX	
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.		☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.		
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Analisar condições do curativo.		☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.		
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.		☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Realizar balanço hídrico.		
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	XX	
☒ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	XX	☐ Diminuir o risco de infecção.
☒ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
☐ Manter as grades do leito elevadas.		☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Conter o paciente quando necessário.		
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.		
☐ Orientar repouso no leito.		☐ Melhora do padrão do sono.
☒ Administrar medicação CPM.		
☐ Outros		☐ Outros
☐ Outros		☐ Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

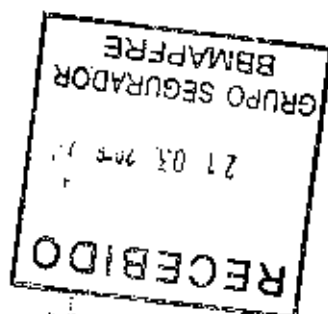
Nome: M. de Fátima Registro: _____ Leito: 7-3 Setor Atual: C. Geral

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: (☒) Local: Torax Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D (☒) Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: (☒) Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D (☒) E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme (☒) Cheio.

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
 Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()
 Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSE Data da punção ____/____/____
 Edema: () MMSS (X) MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
 Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: _____ Data: ____/____/____
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
 Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
 RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:
 Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;
 Aspecto: () Outros: _____ Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
 Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: (X) Preservado
 Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____
 Dreno: (X) Tipo/Aspecto: torácico Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
 Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:
 Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória
 Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: **Emanuelle Nattaya da C. Silva** DATA: 30/11/15 HORA: 10:40h
ENFERMEIRA
COREN-PB 460003

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

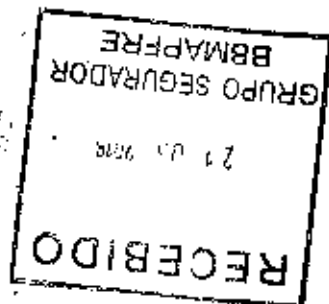
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: 11- DE FÁTIMA Registro: Leito: Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:
Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.
Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: (x) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: __/__/__
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: __/__/__
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria (x) SVD: Débito ml/h;
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: (x) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: (x) Local/Aspecto: Curativo em: __/__/__
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: __/__/__
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: __/__/__
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (x) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS

Em atendimento a solicitação de avaliação de necessidades de segurança.

Assinatura do Enfermeiro:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 25/11/15

HORA: 08:00 h

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados pessoais



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF: 25

PACIENTE:

Nome: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO

Sexo: FEMININO

Idade: 26.3

Profissão: AGRICULTORA [9333-4241] SI

Documento: 209097727240008.SUS

Endereço: CAMPINA GRANDE

Bairro

ZONA RURAL

Município: JUAZEIRINHO

Estado: PB

CEP:

Data Atendimento: 25/11/2015

20:22h

Código do Município: 251275

RAÇA/COR: NASCIMENTO: 22/08/1989

QUEIXAS: COLISÃO

() 1 - BRANCA

() 2 - PRETA

() 3 - PARDA

() 4 - AMARELA

() 5 - INDÍGENA

() 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

História de colisão de carro com múltiplas
contusões e hematomas dor em tórax e abdome
ECG - IS - Pupilas normais A Normal
FC FR PA AR Normal

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

RESULTADOS

TOMOGRAFIA: ULTRASSONOGRRAFIA
Realizada em:
23/11/15

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. GEL 2000 ml
2. Banda elástica
3. - Frasegem normal
4. - Hidratação
5. -

GRUPO SECCIONADOR
RECEBIDO

27.03.2016

DIAGNÓSTICO / CID:

Politrauma

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):

Consulta Especializada:

C. Torção Artropatia

PROCEDIMENTO

Cirurgia Torção => Resposta

24/11/15 01:05

Atendimento de Cui Qual.

Dr. Rivaldo Ferra
Cirurgião Geral
CRM-PB 15122

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☒ 01 - URGÊNCIA;
☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;
☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

- ☐ 01 - PRESCRITA
☒ 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- ☒ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☒ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S) ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU PORTAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	MARIA DE FÁTIMA ALENTANA		
End:	Sítio Ilha Grande		
Data de Nascimento:	22-08-89	Bairro:	ZONA RURAL
Queixa:	Colúbas	Documento de Identificação:	10020000000000000000
	Data do Atend.: 23/11/15	Hora:	20:26
		Documento:	10020000000000000000

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

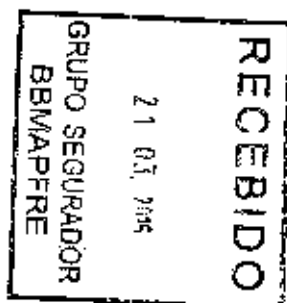
Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110

Exatidão de F.C.A. e Sinais
Edição 01/2015
CDSB/PB 310.703

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:	M	A	R	I	A	D	E	F	A	T	I	M	A	A	L	-	PRONTUÁRIO
CANT	1	0	0														44
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEIT.			
	M	☐	F	☒	B	☐	P	☐	A	☐			2			1	

DADOS CLÍNICOS:

Controla pto. drenagem

RECEBIDO

MATERIAL A EXAMINAR:

21.03.2016

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

EXAMES SOLICITADOS:

Rx tórax PA

URGÊNCIA: ☒ROTINA: ☐

DATA:

30/11/15

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Rivaldo Fernandes
Rivaldo Toráides
CRM-PB 5126

Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Cirurgia

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	M A R I A de Fátima Alcantara															PRONTUÁRIO:	438
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:							
	M	F	B	P	A				7	1							

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raio x de tórax AP

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA:

25/11/2015

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Diego Solano Menezes Aguiar
Médico Residente Cirurgia Geral
CRM 3056

Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO
DA PARÁ/BA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

Evolução Psicológica

Nome: cap. de Tatianna Alcantara de Souza

Sector: Cirurgia

Leito: 7-1

Data

24/11/15

Atendimento pós-cirurgia. Paciente demonstra tristeza e ansiedade por informações de seus familiares que também estavam no acidente de carro do qual foi vítima. Segundo a irmã, m. da Dona, a paciente não sabe do filho (Ramos) e do esposo.

Viviane Christine Alves
Psicóloga
CRP: 13/4227

RECEBIDO

21/03/2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

Evolução Psicológica

Nome: MARIA DE JESUS ALCONCÁVALA

Sector: CLÍNICA

Leito: 711

Data

25/11/15

108180

REALIZADO ENCONTRO COM A SENHORA MARIA DAS DORES,
OBJETIVANDO PREPARAR-LA EMOCIONALMENTE PARA COMUNICAR
A PACIENTE SOBRE OS DATOS DO FILHO E SEU LUTO.
EM SEGUNDO MOMENTO FOI REALIZADA A COMUNICAÇÃO
DOS DATOS E A SENHORA MARIA DE JESUS FICOU ENTÃO
SERENIZADA, NA OCASIÃO FOI REALIZADO APOIO EMOCIONAL
SEGUINDO AS SUGESTÕES DA PSICÓLOGA.
Valuamos de 0 a 10 a presença
CP134604

RECEBIDO

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: VERGIL NASUMATO 25 ANOS Registro: 7 Leito: 1 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 70 °C: 36,4 bpm: 90 FR: 30 irpm: 120 mmHg: 80 FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.: Colo Cistite

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () OutroGLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E ()

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: 21 / 11 / 2016

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

RECEBIDO

Selo d'água:

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: (X) Completa () Incompleta () Prótese. AZENHO ATE 25
Alimentação: (X) JVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida (X) Constipado há ____ dias () Outros:
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria (X) SVD: Débito ml/h;
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: PCW MZ Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

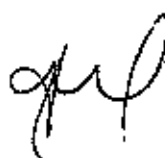
ATESTO que Ma de Látima Alcantara
de Souto

foi atendido(às) hoje, às manhã
horas, necessitando de 21 (um e um)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S42

Campina Grande, 02/12/15


Davila Duarte Melo
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 9223

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004



2º Cartório do Estado da Paraíba - PB
Módulo: Maria de Fátima Leão Cavalcanti
Praça Bandeira, 115, Centro - Campina - PB
Fone: 3321-0659 - 3005-3011

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC).

Campina Grande/PB-18/02/2016

Selo Digital: ACW92016-83AA

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

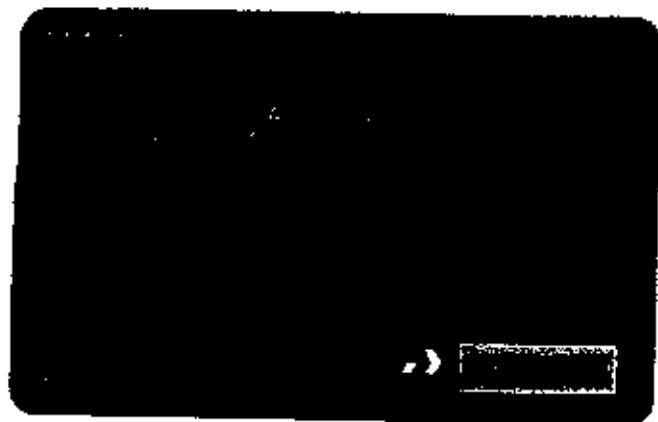
Célia Maria Barbosa
2º Tab. Substituta



RECEBIDO

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

P-234

Maria de Fatima Alcantara de Souto

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

 CPF

015.893.124-66

MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUNIOR

22/08/1989

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.543.418 DATA DE 11/08/2007

DESAI

EXPIRACAO

NOME MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUNIOR

FILIAÇÃO SILVINO DE SOUTO NETO

JOSÉFA ALCANTARA DE SOUTO

NATURALIDADE JUAZEIRINHO-PB DATA DE NASCIMENTO 22/08/1989

CASAM N.4.306 FLS.056V LIV.B-13

CARTORIO JUAZEIRINHO-PB.

CPF

ASSINATURA DO JUAZEIRO

LEN N° 116 DE 25/04/83

RECEBIDO

GRUPO SEGURO

EBM-PTRE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
HELDER LUIS HENRIQUES

Nº de inscrição
550584424-34

Data de Nascimento
03/11/66



VALIDA EM TODO O

REGISTRO
SERIAL **1.146.062 -2 VIA** DATA DE EXPIRAÇÃO **02/08/2014**

NOME **HELDER LUIS HENRIQUES**

ENDEREÇO **LUIS HENRIQUES**
MARIA ALICE ALVES HENRIQUES

NATURALIDADE **CAMPINA GRANDE-PB** DATA DE NASCIMENTO **03/11/1966**

DOC ORIGEM
CASAM N.022698 FLS.104 LIV.9/43
CARTORIO CAMPINA GRANDE/PB

CPF
550.584.424-34

Assinatura: *[Assinatura]*

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, sob as penas previstas na legislação vigente.

Assinatura: *[Assinatura]*
HELDER LUIS HENRIQUES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : **06/05/00**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-977




HELDER LUIS HENRIQUES

Assinatura: *[Assinatura]*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 012036016407
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 776124536 EXERCÍCIO 2015

MARIA IRENE DA SILVA MENDONÇA

CONTADO - PE

CNPJ 215.325.754-91 PLACA MMZ8592

PLACA ANT. MMZ8592 / PE CHASSI 9BD15822524351311

ESPÉCIE PAS / AUTOMÓVEL COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO FIAT/UNO MILLE FIRE ANO FAB 2002 ANO MO 2002

CAP / POT / CIL 52/55CV CATEGORIA BARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2015 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1 2 3
FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) JCF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES AL. FID. ACEFI AYMORE CRED FIN INV

CONTADO 02/05/15

Charles Anderson Sousa Lima
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE B
AUTOMÓVEIS DE VIA TER
TRANSPORTAL

PE Nº 012036016407 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA IRENE DA SILVA MENDONÇA

55240-01

CASA CONTADO - PE

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

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

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 02/05/15

VIA 1 CNPJ 215.325.754-91 PLACA MMZ8592

RENAVAM 776124536 MARCA / MODELO FIAT/UNO MILLE FIRE

ANO FAB 2002 COTAS 01 Nº CHASSI 9BD15822524351311

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) OF (R\$) TOTAL SEM PRESEGURO 10
SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

PERCERIOO

GRUPA SAG 15.00R
88M4DPGE



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE



ASL-0830279/16

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente A MESMA		Nome da Vítima MARIA DE FATIMA A DE S JUVINO	Número do Sinistro 01589312465
Documentos Complementares			
Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima CPF da Vítima DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus Boletim de Ocorrência Policial Identidade / CPF do Procurador		Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT Comprovante de Residência do Requerente Comprovante de Residência do Procurador	
Morte Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec. Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial		Invalidéz Permanente Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 	
		DAMS Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar Relatório Médico Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0098970

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente

RECEBIDO

27.03.2016

**GRUPO SEGURADOR
BIMAPFRE**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.904.589 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/2015

NOME << MARIA IRENE DA SILVA MENDONÇA >>

RELACÃO << GERÔNIO DE ALBUQUERQUE MENDONÇA >> << MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

CONDADO - PE 14/05/1944

DOC ORIGEM << CC.379 L.810 F.256 A.257 CART. CONDADO-PE US.10.2000.20 >>

CPF 215.325.754-91

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

7

Maria Irene da Silva Mendonça

CARTEIRA DE IDENTIDADE

415831682411081944.6589869

F-68 72.318.1025

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
TITULAR: LETÍCIA ANDRADE DE ALEVEDO
Telefone: (91) 3642-1025

CÓPIA AUTÊNTICA CONFORME O ORIGINAL DOU FÉ. Condado,
19/02/2016 Em test. da verdade
Pollyana Maria Andrade Oliveira de
Menezes - Substituta

Selo: 0077636.NVN07201501.08993 19/02/2016 08:51:40
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/salodigital

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
TITULAR: LETÍCIA ANDRADE DE ALEVEDO
Telefone: (91) 3642-1025

CÓPIA AUTÊNTICA CONFORME O ORIGINAL DOU FÉ. Condado,
19/02/2016 Em test. da verdade
Pollyana Maria Andrade Oliveira de
Menezes - Substituta

Selo: 0077636.IT007201501.08994 19/02/2016 08:52:25
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/salodigital

RECEBIDO

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

Convenção Evangélica de Pernambuco
Av. João de Barros, 112, 6º andar, Recife, Pernambuco - CEP 51010-000
CNPJ 17.035.542/0001-03 | Tel: (81) 3225-8181 | www.cevpe.org.br

*JOELMA MARIA MENDONÇA DE LIMA

- AOUT DE SETE MARS 1911...

CPF 713 200 914-15 no\$ 18287856882

CENTRO: CONADO
CONADO: PE
5580-000

B1 RESIDENCIAL
BADJA, RENDA COM NIS
Manoelma

7005482341 MEDLINE 02/2016

RECEIVED
JULY 2007

100

ENCLOSURE
1.67072016

DATE RECEIVED FROM
25/02/2018

18/03/2018

18/02/2018

உதவி-தொலைபேசி: 27111126

www.elsevier.com/locate/jmb

CT-LA-258F 30

34.88

DEBENTURE NO. 100,000

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Acréscimo Bandeira VERDE/LHA
Contribuição Humana do Estado

QUANTITY	PRICE (Pb)	VALUE (Pb)
30,000,000	0.14880723	4.46
70,000,000	0.25162971	17.62
11,000,000	0.37750155	4.15

TOTAL DA FATURA

34.61

AF DO	FUG DO	ANTERIOR		ATUAL		AF DO	CONSTANTE	AULISTE	CONSIDERACAO
MEC/DO 1977/00	FUG/DO 00	DATA 20/03/78	LEITURA 17.750	DATA 10/03/78	LEITURA 17.000	MEC/DO 1977/00	1.0000		00/00

Miller-Lyons Inquiry



	BASE m- GALILEO	78	VAL- 1000
2	28.83	1.26	
5	28.83	4.24	

*Cassa di Assicurazione
 Cassa di Assicurazione e 1000 lire
 Cassa di Assicurazione e 1000 lire

CONTINUED ON OPPOSITE PAGE

	2005	%
Overweight and Obese	16.36	57.20
Transgendered	0.70	2.22
Other Gender (Cis-g)	7.17	25.13
Extranuclear Relationships	2.22	7.78
Gay Men	1.40	4.84
Total	28.83	100.00

WEF8-11DB.EQ1F-P2TC BYES-04051 MAC BPD

[illegible]

Naša akciová spoločnosť má 330 čl. a
súčasť akcionárov. Každý akcionár
má právo hlasovať podľa počtu
akcií, ktoré vlastní. Každý akcionár
má právo byť zvolený do predstavenstva
a do dozornej rady. Každý akcionár
má právo byť zvolený do dozornej rady.

[illegible]

COMER CONTRATO	MES/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7005482341	02/2016	25/02/2016	34,85

838000000000-9 34880011007-6 00546234110-1 02796949843-0



CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
PÚBLICA: LÉTICIA ANDRADE DE ASSVEDO

19/02/2015
CÓPIA AUTÊNTICA CONFORME O ORIGINAL. DOU FÉ. Condado,
da vendado
Paula Andrade Oliveira de
Pollyana
Substituta

Selo: 0077636.EXPO7201501.08992 19/02/2016 08:50:29
consulte autenticidade em www.tipo.gov.br/autodigital

RECEBIDO
24 JUN 1968
GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160224468 **Cidade:** Soledade **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO **Data do acidente:** 23/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA TÓRACO-ABDOMINAL E EM MS DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

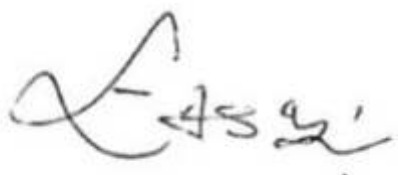
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160224468 **Cidade:** Soledade **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO **Data do acidente:** 23/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL. TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM PNEUMOTÓRAX E FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR NOS LOCAIS DE TRAUMA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA NO OMBRO DIREITO. NÃO HÁ SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA À TRATAMENTO CIRÚRGICO, TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM DRENAGEM TORÁCICA, FRATURA DE CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS COM TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 31/08/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Márcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

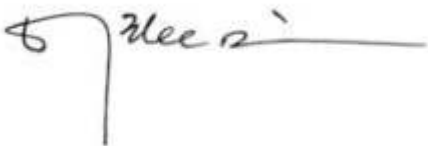
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO** Sinistro: **3160224468** Data: **23/11/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PEDRO DE BARROS, 618, Casa - BELA VISTA - Juazeirinho - PB - CEP 58660-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3543418**

Data local do exame: [**31/08/2016**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **TRAUMA ABDOMINAL. TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM PNEUMOTÓRAX E FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. VÍTIMA REFERE DOR NOS LOCAIS DE TRAUMA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA NO OMBRO DIREITO. NÃO HÁ SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **VÍTIMA SUBMETIDA À TRATAMENTO CIRÚRGICO, TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM DRENAGEM TORÁCICA, FRATURA DE CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS COM TRATAMENTO CONSERVADOR.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

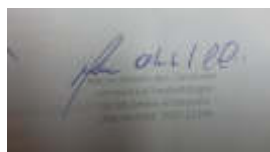
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Márcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB