



Número: **0800258-06.2018.8.15.0631**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Juazeirinho**

Última distribuição : **09/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO (AUTOR)	ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES (ADVOGADO) ANIBAL GRACO FIGUEIREDO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31105022	29/05/2020 11:27	<a href="#">2722918_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

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](http://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](http://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**

Pag. 00709/00710 - carta\_01





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](http://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

Pag. 01761/01762 - carta\_02

00040881





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  
Vítima: 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.

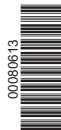
Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01225/01226 - carta\_04





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 FATIMA ALEANTARA DE SOUTO JUVINO  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.543.412 EXPEDIDO POR SSPIPB EM 11/05/07 E  
 CPF 015893124-65 /CNPI 000000000-00000000. 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 FATIMA ALEANTARA 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](http://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 .. N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) .. N° da CONTA (com dígito, se existir) ..

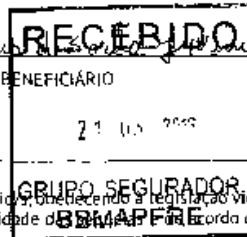
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

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

JOAZEIRINO 28 de JANEIRO de 2016  
 LOCAL e DATA

Maria de Fatima Aleantara 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](http://www.dpvatsegurodutransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Banco Postal

\*\*\* Abertura de Conta PF \*\*\*

Agência : 30301130-AC JUAZEIRINHO  
Terminal: 99328406 Id. Trx.: 220954  
Mro Ent : Caixa : 64781548  
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  
AGÊNCIA: 2224-1 CONTA: 18.502-7  
VARIANTE POUPANCA: 81

RECEBIDO

21/05/2016

GRUPO SEGUADOR  
BBMAPFRE





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

\* STATUS D.

OCORRÊNCIA: 83414081  
Comunicação: C1958075  
Encerrada



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/PB 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 Data e horário da solicitação: 23/11/2015 21:00  
A perícia compareceu ao local do sinistro? Sim Data e horário de: 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

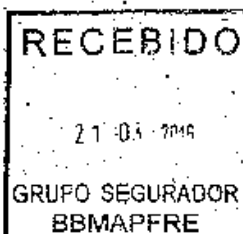
DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA 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: 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 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



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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27  
NÚMERO DE CONTROLE: d5b6c0c841e5da7d

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

Página 1 de 15





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

Local Preservado

BR-230  
Km  
0220,1

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Onibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Fornhamento
- Incêndio
- Local de colisão
- Marcha à ré
- Placa de Transito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou derrapagem
- Depois da Colisão

Distância A - Vítima = 24,8m

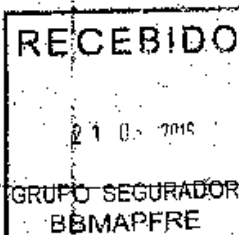
JUAZEIRINHO

SOLEDADE

Latitude do Ponto C:		Longitude do Ponto C:				
Referência do Ponto A/A': PONTO A' CORRESPONDE AO KM 228,1		Referência do Ponto B: DISTANTE 4m DO PONTO A'				
Distância AB (m): 5,0		Distância AC (m): 12,0				
		Distância BC (m): 18,5				
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	26,9	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 KM 28592/BE, FABIANO ARAUJO JUVINO, AO ULTRAPASSAR EM LOCAL PROIBIDO FAIXA DE PLACA CONTINUA, COLIDIU FRONTALMENTE COM O V2 DE PLACA JEW 6244/RE QUE ERA CONDUZIDO POR VANDELSON 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: d8b660ce41e5da7d

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

Página 2 de 15







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 MILLE FIRE Cor: VERMELHA Ano: 2002 Tipo: Automóvel Empacamento: CONDADO/PE  
Ocupantes: 3 Espécie: Passageiro Categoria: Particular  
Proprietário: MARIA IRENE DA SILVA MENDONÇA CPF/CNPJ: 215.326.754-91  
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

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:   
PAÇOS 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:   
ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

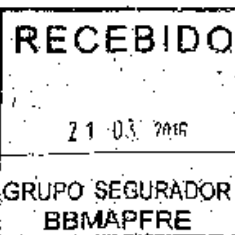
VEÍCULOS ENVOLVIDOS  
Placa: JFW-5244 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9BWDC05221T136733 Renavam: 00755750500  
Marca/Modelo: VW/PARATI 1.8 Cor: CINZA Ano: 2001 Tipo: Automóvel Empacamento: SAO JOSE DO EGITO/PE  
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular  
Proprietário: MARIA DE FÁTIMA 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

Manobra do Veículo no Acidente: Segue, luto 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:   
PAÇOS 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:   
ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27  
NÚMERO DE CONTROLE: d556c0e41e5da7d



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

Página 2 de 15





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 ENVOLVIDO:  
Placa: JJJ-2717 Sequencial: V3 Descrição: Chassi: 9BGP869MOCB260306 Renavam: 00456287263  
Marca/Modelo: CHEVROLET CRUZE LT NB 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

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE:  
Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derapagem? 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:

PAÇOS DA CARGA:  
Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Banhos: 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: 05/01/1989 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado

Nome do Pai: JOSE JUVINO DA ROCHA

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES ARAUJO JUVINO

Endereço: SÍTIO ILHA GRANDE CEP: 58.650-000

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 Cint? 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: 22/08/2017 País CNH: Domício? Não Km Percorridos: 1000 Horas Dirigindo: 00:15

Pertences:

Informações Complementares: NIC Nº 20152288

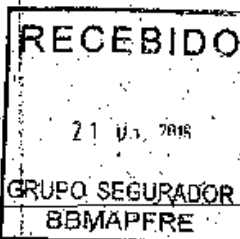
ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO:

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: d6b6c0ce41e5da7d

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

Página 4 de 5





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

OCORRÊNCIA: 83414061  
Comunicação: C1958073  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1298365 - FERNANDO CEZAR SOUZA DOS SANTOS  
Município/UF: SOLEDADE/RS  
Data/Hora do Acidente (hora local): 23/11/2015 19:00 BR: 230 KM: 226,1  
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 da perícia: 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 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): 11,8  
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sarjeta? Não existe  
Existe canteiro 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 Perímetro: Rampa >= 3% Traçado: Reto Curva Vertical: Não Existe Superdrenagem: Não  
Superlarga: Não Largura da Pista (m): 7 Estreitamento: Não Existe  
TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Fernando Antônio Zoccola Pereira  
Delegado de Polícia Civil

RECEBIDO  
21.05.2016  
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: d6b6c0c41e5da7d

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

Página 1 de 1

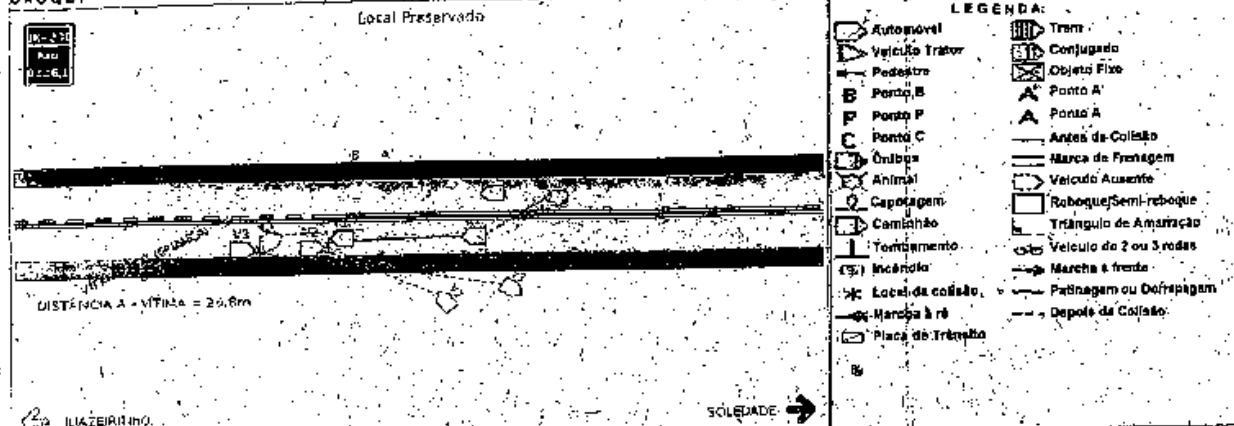




MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83414061  
Comunicação: 01958075  
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI



Latitude do Ponto C:		Longitude do Ponto C:	
Referência do Ponto A/A:		Referência do Ponto B:	
Distância AB (m): 5,0		Distância AC (m): 12,0	
Distância BC (m): 9,5		Distância P1-A (m): 15,0	
Distância P1-B (m): 11,5		Distância P1-C (m): 20,5	
Distância P2-A (m): 15,0		Distância P2-B (m): 11,5	
Distância P2-C (m): 20,8		Distância P3-A (m): 23,2	
Distância P3-B (m): 26,0		Distância P3-C (m): 26,7	

**Narrativa da Ocorrência:**  
SEGUNDO VESTÍGIOS E LEVANTAMENTOS FEITOS NO LOCAL, BR 230 KM 228,1 NO MUNICÍPIO DE SOLEDADE, O CONDUTOR DO V1 DE PLACA MM28582/PE, FABIANO ARAÚJO JUVINO, AO ULTRAPASSAR EM LOCAL PROIBIDO (FAIXA DUPLA CONTÍNUA), COLIDIU FRONTALMENTE COM O V2 DE PLACA JFW 6244/PE, QUE ERA CONDUZIDO POR VANDERLSON 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  
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0ce81e5da7d

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

Página 2 de 16





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: 98015822524351311 Renavam: 00776124538  
Marca/Modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE Cor: VERMELHA Ano: 2002 Tipo: Automóvel Emplacamento: 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 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:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Ilícita Modal: 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: 9BW0005X21T136733 Renavam: 00755750508

Marca/Modelo: VW/PARATI 1.8 Cor: CINZA Ano: 2001 Tipo: Automóvel Emplacamento: SÃO JOSE DO EGITO/PE

Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular CPF/CNPJ: 581.977.224-72

Proprietário: MARIA DE FÁTIMA DA SILVA RIBEIRO CEP:

Endereço: Telefones:

Município/UF: SÃO 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 de 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:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Modal: 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: d856c0ce41a5da7d

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

Página 3 de 15





**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

**VEÍCULO ENVOLVIDO**

Placa: [JJ 2717] Sequencial: [V3] Descrição: [ ] Chassi: [98GPB69M0CB26DS00] Renavam: [00458267283]  
Marca/Modelo: [CHEVROLET CRUZE LT NB] Cor: [BRANCA] Ano: [2012] Tipo: [Automóvel] Emplacamento: [PARELHAS/RN]  
Ocupantes: [2] Especial: [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 Fresta? [Não] Cerragem? [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: [ ]

**CONDOTOR ENVOLVIDO**

Veículo: [V1/MMZ-8592]  
Nome/Apelido: [FABIANO ARAUJO JUVINO]  
Data de Nascimento: [05/01/1980] Sexo: [Masculino] Estado Civil: [Não Informado]  
Nome do Pai: [JOSE JUVINO DA ROCHA]  
Nome da Mãe: [MARIA DE LOURDES ARAUJO JUVINO] CEP: [58.660-000]  
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: [ ]

Conductor é Habilitado? [Sim] Categoria CNH: [AB] Registro CNH: [05661210248/RB] Primeira Habilitação: [07/12/2012]  
Validade CNH: [22/08/2017] País CNH: [ ] Dormiu? [Não] Km Percorridos: [110,0] Horas Dirigindo: [00:15]  
Pertencês: [ ]

Informações Complementares: [NIC Nº 20152888]

**ENCAMINHAMENTO DO CONDOTOR**

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

**RECEBIDO**  
21.05.2015  
GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: [13/01/2016 09:43:27]  
NÚMERO DE CONTROLE: [d6b6c0ca41e5da7d]

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

Página 4 de 15





**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

**CONDUCTOR ENVOLVIDO**

Veículo: V2JFW-6244  
Nome/Apelido: VANDELSON 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 CEP: \_\_\_\_\_  
Município/UF: IMACULADA/PB Telefones: 83 998269832 Grau de Instrução: Fundamental  
Naturalidade: IMACULADA/PB Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: AGRICULTOR  
CPF: 993.812.814-91 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: 05588605586/SP Primeira Habilitação: 10/09/2012  
Validade CNH: 20/03/2017 País CNH: \_\_\_\_\_ Dormia? 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, encontrados pelos bombeiros e entregues ao Sr. Ozlando Vicente da Silva, CPF 022.160.934-81 e RG 2.107836-PB irmão da vítima.

Informações Complementares: NIC Nº 20153351

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR**

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

**CONDUCTOR ENVOLVIDO**

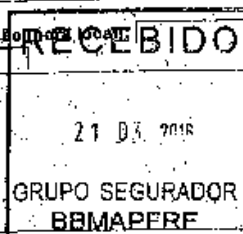
Veículo: V3JUUJ-2717  
Nome/Apelido: THIAGO LOURENÇO FERREIRA SANTOS  
Data de Nascimento: 28/12/1987 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro  
Nome do Pai: JOSE LOURENÇO FERREIRA  
Nome da Mãe: MAXIMA PINTO DOS SANTOS FERREIRA  
Endereço: RUA SEVERINO DE AZEVEDO DANTAS, 670 CEP: \_\_\_\_\_  
Município/UF: PARELHAS/RN Telefones: \_\_\_\_\_ Grau de Instrução: Médio  
Naturalidade: GOVERNADOR VALADARES/MG Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: \_\_\_\_\_  
CPF: 073.551.974-95 Documento de Identificação: 1484727 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: 26/07/2015 País CNH: \_\_\_\_\_ Dormia? Não Km Percorridos: 120,0 Horas Dirigindo: 01:20  
Pertences: \_\_\_\_\_

Informações Complementares: FEITO O TESTE Nº 6408 DO ETILÔMETRO DADO, RESULTADO NEGATIVO.

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR**

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: d6b6c06e41e5da7d

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

Página 5 de 15





**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:** FABIO WILLIAN ALCANTARA JUVINO **Sexo:** Masculino **Data de:** 15/11/2007  
**Nome do Pai:**  
**Nome da Mãe:** MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO  
**Endereço:** ILHA GRANDE, CASA  
**Município/UF:** JUAZEIRINHO/PB **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL **CEP:** 58.660-000  
**CPF:** 133.201.204-33 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:**  
**Estado Civil:** Solteiro **Grau de Instrução:** Fundamental  
**Ocupação Principal:** ESTUDANTE **Origem:** **Destino:**  
**Estado Físico:** Morto **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Não Aplicável  
**Existe Declaração em Anexo?** Não

**Transcrição da Declaração:**

**Pertences:**

**Informações Complementares:**

NIC Nº 20152B86

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

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

**RECEBIDO**

21.03.2015

**GRUPO SEGURADOR**  
**B&B MAPFRE**

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

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 13/01/2016 09:43:27  
**NÚMERO DE CONTROLE:** d5b6c0ce44e5da7d

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

Página 6 de 15







**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:** 22/08/1993  
**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 da Receptor:** **Responsável pela Recepção:**  
**Documento do Responsável:** **Data/Hora da Recepção (hora local):**  
**Município/UF:** **Motivo:**  
**Descrição do Encaminhamento:**

**RECEBIDO**

21.03.2016

**GRUPO SEGUADOR**  
**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

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

Página 7 de 15





**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 ENVOLVIDAS**

**Tipo de Envolvido:** ☐ Passageiro ☐ Veículo ☐ VZLJFW-5294 /  
**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 **Telefones:** \_\_\_\_\_  
**CPF:** 105.432.824-22 **Documento de Identificação:** \_\_\_\_\_ **Órgão Expedidor:** \_\_\_\_\_  
**Estado Civil:** ☐ Não Informado **Grau de Instrução:** ☐ Não Informado **Origem:** \_\_\_\_\_ **Destino:** \_\_\_\_\_  
**Ocupação Principal:** \_\_\_\_\_ **Usava Cinto?** ☐ Não ☐ Sim **Usava Capacete?** ☐ Não Aplicável  
**Estado Físico:** ☐ Lesões Leves ☐ Não  
**Existe Declaração em Anexo?** ☐ Não  
**Transcrição da Declaração:** \_\_\_\_\_

**Participantes:**

**Informações Complementares:**

SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DO TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PELO SAMU

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

**Tipo de Receptor:** \_\_\_\_\_ **Responsável pela Recepção:** \_\_\_\_\_ **Data/Hora da Recepção (hora local):** \_\_\_\_\_  
**Documento do Responsável:** \_\_\_\_\_  
**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:** 06b6c0ce4185da7d

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

Página 8 de 13





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 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			25	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	NAO	Item	Descrição do componente	SIM	NAO
49	Air Bag Motorista		X	56	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	Para-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 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 09:43:27  
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0c641e5da7d

GRUPO SEGURODOR  
BBMAPFRE

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

Página 9 de 15





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: 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	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	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	Solreia externa esquerda	1		X		39	Solreia externa direita	1		X	
15	Solreia externa e estrutura esquerda	3		X		40	Solreia 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	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 Mont: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".  
☒ Dano de Média Mont: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".  
☐ Dano de Grande Mont: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na 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: d6b6c0c4fe5da7d

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPERE

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

Página 10 de 15





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 / Aventura esquerda	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	Soliera externa esquerda	1	X			39	Soliera externa direita	1	X		
15	Soliera externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soliera 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 / Aventura direita	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	NAO	Item	Descrição do componente	SIM	NAO
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	Para-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 AGRA 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 Avaliador)

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27  
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0e41e5da7d

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE

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

Página 11 de 15





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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27  
NÚMERO DE CONTROLE: 86b6c0ce41e5de7d

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

Página 12 de 15





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

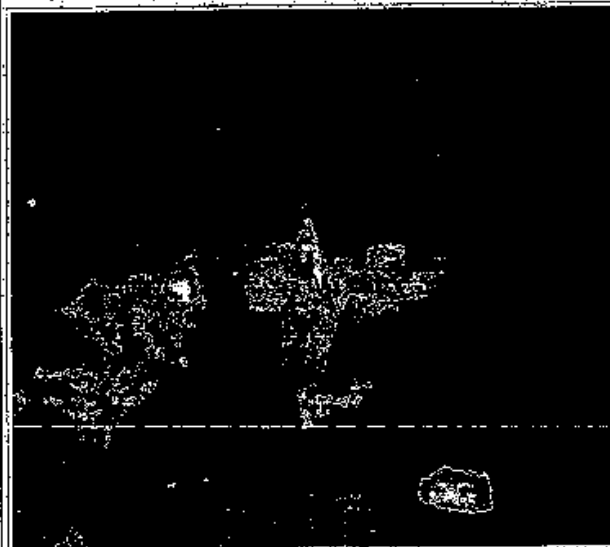
Veículo: V2 / VW/PARATI 1.8 Placa: JFW-6244  
Nome do Agente/Assinatura: FERNANDO GEZAR SOUZA DOS SANTOS Nº BOAT: 83414061  
Registro/Matrícula do Agente: 1286355 Data: 23/11/2015 19:00



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

RECEBIDO

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27  
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0c641e5da7d

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE

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

Página 13 de 18





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

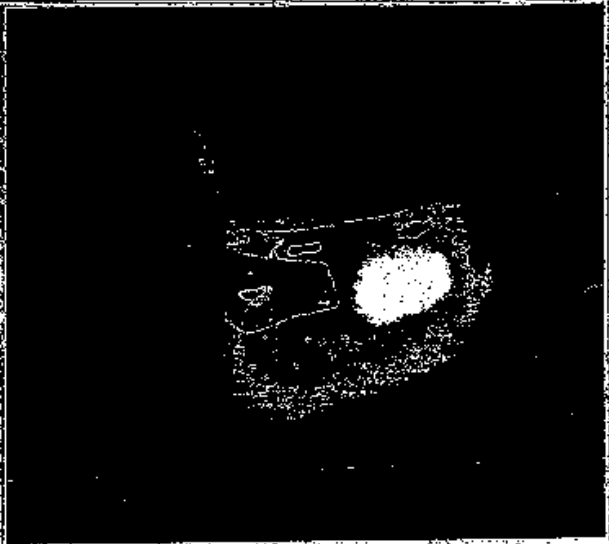
OCORRÊNCIA: 83414061  
Comunicação: C1958075  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

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

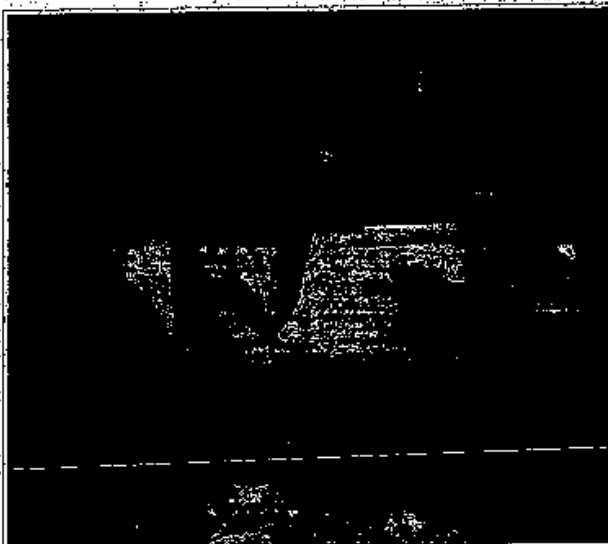
Veículo: V3 / CHEVROLET / CRUZE LT NB  
Placa: JJJ-2717  
Nome do Agente/Assinatura: FERNANDO CEZAR SOUZA DOS SANTOS  
Nº BOAT: 83414061  
Registro/Matrícula do Agente: 1286365  
Data: 23/11/2015 19:00



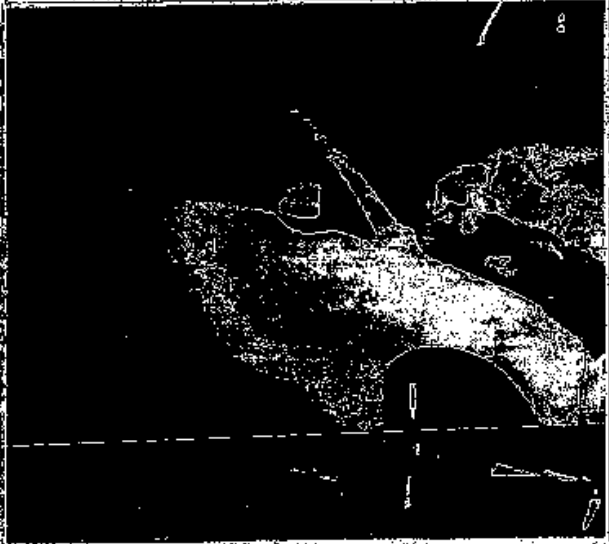
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

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

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

RECEBIDO

29.11.2015

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

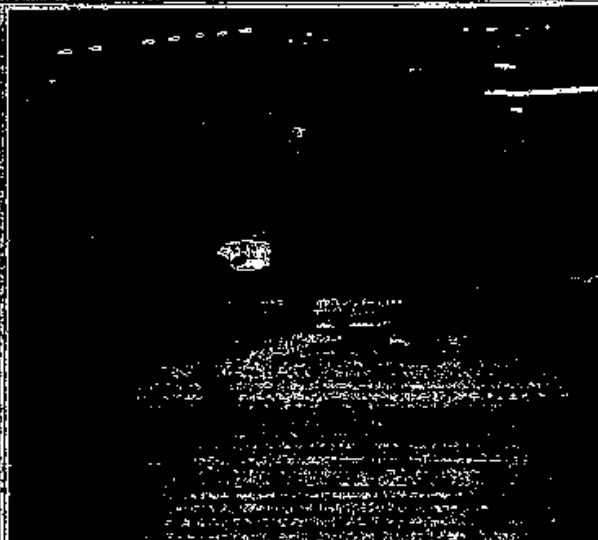
OCORRÊNCIA: 83414061  
Comunicação: C1958075  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

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

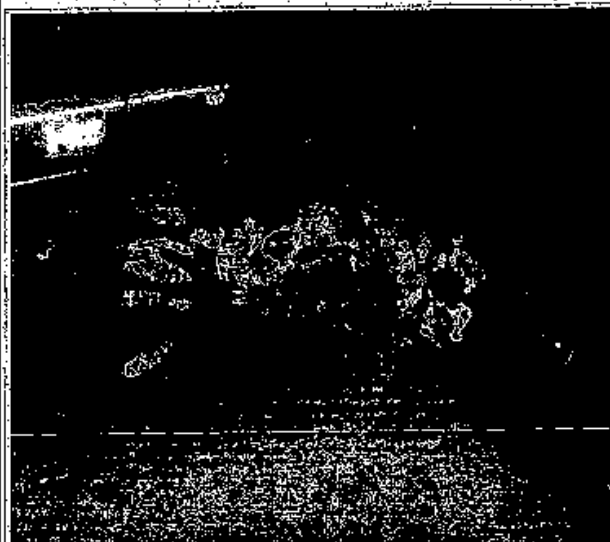
Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE FIRE	Placa: MMZ-8592
Nome do Agente/Assinatura: FERNANDO CEZAR SOUZA DOS SANTOS	Nº BOAT: 83414061
Registro/Matrícula do Agente: 1296365	Data: 23/11/2015 19:00



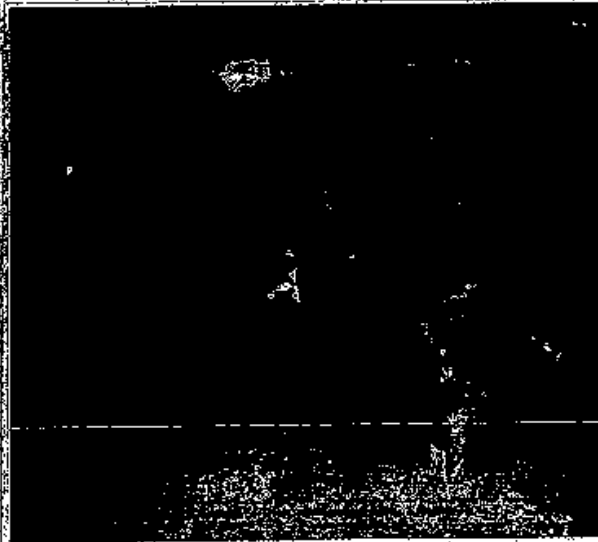
Frente



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

21/05/2016

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE

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

Página 13 de 15





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 (VÍTIMAS 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 fé. 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.

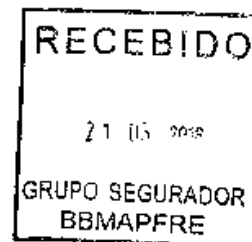
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria de Fátima Alcântara de Souza Junior

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

JUAZEIRINHO - PB, 05/02/2016

Local e data





ESTADO DA PARAÍBA  
MUNICÍPIO DE SOLEDADE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU

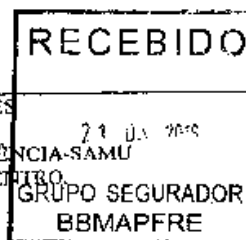


## DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que se fizerem necessários, que o Sr.(a) Maria de Fátima Alcântara de Santa Fuzima, portador do CPF: 015893124-65 e RG: 3543418-SSP/PB; 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).

  
Georgina Karoline Neves 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





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DE FÁTIMA ALcantARA DE SOUTO JUVINO

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

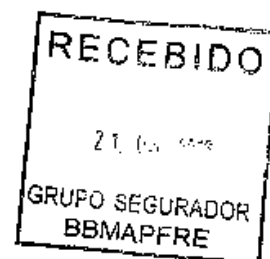
CPF nº 015.893.124-65 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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>JUAZEIRINHO</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: JUAZEIRINHO-PB, 05/02/2016

Assinatura do Declarante: Maria de Fátima Alcantara de Souto Juvino



FABIANO ARALJO JUNIOR  
SITILHAGRANDE S/N. AN. AGRURAL  
JUAZEIRO-NO (PB) CEP 58900-000

Classificação: RURAL / ASROPECUARIA RURAL, MONOCASICO  
Roteiro: 12-85-62-2960  
NF Medidor: 0000047377

Referência: Jan/2016  
Emissão: 06/01/2016

ENERGISA PARANA: DISTRIBUCOES ENERGI SA  
R. 730, 1º e 2º - Centro Federal - Jato Preto - PR - CEP 84071-600  
CNPJ: 08.056.163/0001-40 - Insc. Est. 19.916.822-0

Atividade: 41/Comércio de Energia Elétrica (CNAE 462)  
Código para Dúvidas: 0001072871

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: [www.energis.com.br](http://www.energis.com.br)

Tel: 011 9418 0115 - 0115 0115 - 0115 0115

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1072287-6

Canal de contato

Jan / 2016

Não deve ser dada. Todos contra a dengue, Zika e Chikungunya

Apresentação

20/01/2016

Data prevista da próxima leitura

19/02/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

377518901

Cálculo de consumo

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

Faturas em atraso

27/11/2015 10,36

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade	30	0,29272	8,78
Adic. El. Vermetiva			1,35
Subsídio			2,86
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (16%)			1,19
PIS			0,81
COFINS			0,85
JUROS DE MORA 10/2015			0,46
MULTA 10/2015			0,46
OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS			0,31
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2015			2,69
Revolução Subsídio			

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/15	9
Nov/15	51
Out/15	53
Set/15	49
Ago/15	49
Jul/15	47
Jun/15	49
Mai/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

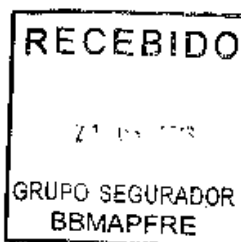
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	11,80	0,00	NORMAL
VIC TRIMESTRAL	23,60		
DECAUAL	47,20		
FIC MENSAL	3,00	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	15,00		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	31,00		LIMITE SUPERIOR
DMC	8,50	0,00	
DMC	18,00		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Despesa de Teste da Energia PE	4,35	35,45
Consumo de Energia	8,78	71,34
Despesa de Transmissão	0,34	2,74
Encargos Setoriais	1,30	10,59
Impostos, Datas e Encargos	1,80	14,66
Outros Simples	2,31	18,84
<b>Total</b>	<b>19,15</b>	<b>100,00</b>

Valor de encargo de Uso do Sistema de Distribuição  
R\$ 11,80 (15,10%)

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 60 (sessenta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
Subvenção CEC.T. 88/11/3 R\$ 7,88  
- Imóvel desocupado com acesso ao medidor sendo ICMS



HELDER LUIS HENRIQUES  
RUA LUIZ BEZERRA MOTA, 350 / BL F AP 201 - CATOLE  
CAMPA GRANDE / PB CEP: 59410-410 (AG 401)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO  
Rótulo: 1-401-128-5070  
Nº Medidor: A1074303818

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

ENERGISA BOREBOMA S/A - SUBSIDIÁRIA DE ENERGISA S/A  
CNPJ: 06.928.690/0001-56 - INSC. EST. 524.16.003-639-1  
Nota Fiscal de Energia Elétrica N° 000003360  
Código para Consulta Autônoma: 0000519312



Atendimento ao Cliente: 0800-028-3196

Cópia referente a:

Fev/2016

Apresentação

02/02/2016

Data prevista para  
próxima leitura

04/03/2016

CPF: 65056442434

Atual	Constante	Consumo	Dias
05/01/16 42932	09/02/16 43255	323	70

Devidor(a)	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	323	0,417-13	134,47
Adic. B. Verificação			14,18
ICMS			80,03
PS			2,07
COFINS			13,49
LANÇAMENTOS e SERVIÇOS			
CONTRIB LUX PUBLICA			26,22
JURIDIC DE MORA 12/2015			2,40
MULTA 12/2015			9,80
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2015			0,58

Histórico de consumo  
(kWh)

Jan/16	303
Dez/15	268
Nov/15	239
Out/15	221
Set/15	205
Ago/15	156
Jul/15	267
Jun/15	253
Mai/15	303
Abr/15	272
Mar/15	345
Fev/15	352

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
CMG	222,34	27,00	60,03
PS	222,34	1,3400	2,97
COFINS	222,34	8,1000	18,09

Média dos últimos meses  
273 kWh.

VENCIMENTO: 14/02/2016  
TOTAL A PAGAR: R\$ 253,15

fee2.abfc.9097.fb81.f3a4.82ac.1c14.faa4

Indicadores de Qualidade

Indicador	Unidade	Valor	Limite Inferior	Limite Superior
DI MENSAL	5,10	0,00		
DI TRIMESTRAL	10,15			
DI ANUAL	20,30			
FC MENSAL	3,30	0,00		
FC TRIMESTRAL	6,47			
FC ANUAL	12,95			
DMC	2,08	0,00		
DICR	12,32			

Obrigações	Valor (R\$)	%
Serviço de O&M de rede	44,79	17,55
Compra de Energia	81,08	31,78
Serviço de Transmissão	3,31	1,30
Energia Suprida	19,47	7,69
Impostos O&M e Serviços	103,91	41,28
Outros Serviços	0,58	0,22
Total	256,15	100,00

Valor do EVSD (Ref. 11/2015) R\$ 6,06

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso o pagamento desta fatura, a partir de 10 (dez) dias após o vencimento, poderá ocorrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica e a cobrança de multa e juros.

ENERGISA BOREBOMA  
Rótulo: 1-401-128-5070  
Matrícula: 11031-2016-02-2

VENCIMENTO: 14/02/2016  
TOTAL A PAGAR: R\$ 253,15

83680000002-5 55150147000-1 00110312016-6 02204010019-4



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 SS-DS,

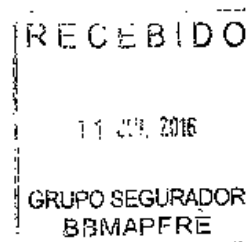
CPF nº 035.893.124-65, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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









## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

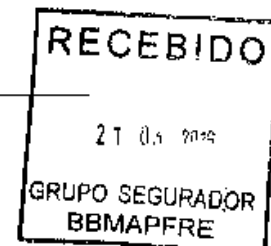
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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:

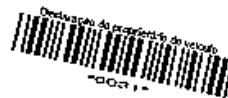
Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ 7.000,00

Documentos comprobatórios: IMPRESSO 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 Juvino o condutor era  
FABIANO ARAUJO JUVINO.  
Veículo: FIAT UNO MILLE FIRE  
Modelo: 2002  
Ano: 2002  
Placa: MMZ 8592  
Chassi: 9BD15822524351311  
Data do Acidente: 23-11-2015  
Local e Data: \_\_\_\_\_

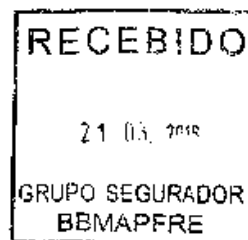
x Maria Irene da Silva Mendonça  
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO  
Titular: LÉYCIA ANDRADE DE AZEVEDO  
Telefone: (01) 3442-1026

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

Selo: 0077636.EV007201501.08988 19/02/2016 08:43:12  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)





GOVERNO DA PARAIBA

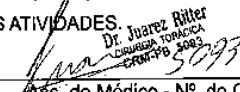


GOVERNO DA PARAIBA

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 FÁTIMA  
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 28.12.2015 A 02.12.2015 NECESSITANDO DE  
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.  
Campina Grande, 02.12.2015   
Ass. do Médico - Nº. do CRM 5093

### AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 030

CARTÓRIO DO REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS DE  
SUELI MOREIRA TORRES  
AUTENTICAÇÃO  
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do  
original que me foi entregue. Dou fé. (Art. 3º, § 1º, do CPD)  
Soleteador/PB-1308/2016  
São Digitalizadores nº 21-4818  
Consulte a autenticidade em <https://sejodigital.tjpb.jus.br>  
BRI  
COSTA  
CORREIO SEGURADOR  
BRMAPFRE  
21.05.2020

RECEBIDO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:27:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911270720500000029853629>

Número do documento: 20052911270720500000029853629

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

paciente	Alcamento	Leito	Convênio	GRUPO SEGURADOR
MARIA DE FÁTIMA ACUNYAN	02	01		MAPFRE
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
21/11/15	1) DREXA LIVRE 2) CSK 3) ACESSO VENOSO SALINIZADO 4) DIPLOMA 2ml + AR EV 5) TUBO 50mg ) IV S/N 6) OMEPRAZOL 40mg IV Lx/Lm	16:00	NA PACIENTE INTERACÇÃO SEM SINT ESQUEMA PREVISÃO DE ALTA P/	
21/12/15	ALTA HOSPITALAR AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ANTES DA ALTA PARA CONTINUA CUIDADO A PRATICA DA CLINICA DIREITA		Intoxicação Pte com fr de clavícula em ombro d Ed. moderada Sintomas de contusão Dop. de ombro e mobiliz Alta da ortopedia	

MOD. 035





## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Nome de Fátima Alcantara	Alojamento	7	Leito	1	Convênio	
							RECEBID
							GRUPO SEGURADORA BBMAPFRE
Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica			
1) Dito rine				Boa evolução pulmonar			
2) Feto aminizado				Fracasso de clonização. Dileto.			
3) Dipirona 20 ml IV 4/6h				Outras patias nos ossos.			
4) Sulfamida 50 mg IV 6/6h				Dileto final: sem esquisse de			
5) Omeprazol 40 mg IV 1x/dia				as: 87. Re torção.			
6) Ssu							
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES		CRM-PA 5126		Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES			

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

## Diagnóstico

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio	GRUPO SEGURADOR
Maria de Fátima Alcantara	7	1		BBNAPFRE
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
14/05	① Dieta branca ② SGL 1000 ml EV em 24h ③ Fomeal 100mg + 100ml SRO, 9x EV 8/8h ④ Tilatil 40mg + diluente EV 3x dia ⑤ Diplosona 1g + AD EV 6/6h ⑥ Nuroxam 8mg 2ml + diluente EV 8/8h ⑦ Omeprazol 40mg + diluente 3x dia Em jejum EV ⑧ PC, FR, PA, Seta 3x dia ⑨ CCGG + SSRV	08:00 08:00 14:00 14:00 18:00 18:00 22:00 22:00	# cirurgia geral # 7º JTH 7 5º DPO LF + Ho- monstria de leito Hepático e esplênico + transcateter com drenagem fechada. Em uso de sintomáticos Dispositivos: Ave, Dreno torácico 250ml. Paciente evolui em leito co- mum, gipsado no pescoço, plano de, e, e, e, e, e, fa bem a dieta, refere dor em cotovelo e ombro. EGL, eugrífica, normotensa, em claus, P/PO com 27/47, 27/47 perfundida, e, e, e, Ad: RCL em 20, AWP 5/5 AR: MV em AH+, sim- ruído em base do pulmão E Abdom plano, levemente do- loroso DB, depressível. F.O. língua rosa, sem sinais de flogose. SS: ax. 1A 130X60 FC 90 PR 14.	
# Conduta: Alta da cirurgia geral aos cuidados da cirurgia tor- ácica.				
+ Dr. Dias				

MOD. 035







## Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

26 anos

Paciente	Maria da Patrícia Alcantara	Alojamento	7	Leito		Convênio		C.E.C.	GRUPO SESC	BEM-ESTAR
ata	Prescrição Médica		Horário			Evolução Médica				
11/15	(1) Dieta Branda (2) Hidratção G.R.H. 1500ml EV 24h (3) Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/24 (4) Dipirona 1g + AD EV 19/14h (5) Fibril 40mg + diluente 1x dia (6) Nurodon 8mg / 1ml + diluente EV 8/14h (7) Imeprozol 10mg EV 1x dia em jejum (8) FC, FR, PA, Sa+O <sub>2</sub> 3x dia (9) UGA + SSIV (10) 2 concentrados de Hemácias (11) Pacien da ortopedia, paciente com dor em ombro e cotovelo direito no dia 29/12 o paciente foi atendido pelo ortopedista e verificado fratura com tto conservador, imobilizado					# Clamídia Genit # S-DJH / 3° DPO LF + Hemo- tasia de leite Hepático e espó- rica + torcortomia com anestesia fechada. Em uso de Sintomáticos Antiespéticos: Dama Blake 250ml para terapia 100 ml. paciente evolui com melhora da dor náusea e vômitos de náuseas na noite passada, diurese (+) enurese (+), aceto- barr + dieta por via oral. FGR eufórica, apnéica, Ari- etria Hipocômica (+/4+), ba- perfundida, Atebral Arv e AR em alteração Abdomen semi globoso, indo- len a palpacao, depressivel DB= limpo, seco, sem- suares plastrativos, expre- ssivos. PA 120/70 AC 73 FR 14. Enfermo. AR diminuiu com dose 4+ # concluído! Prescreva 2 concentra-				







GOVERNO  
DA PARAÍBA

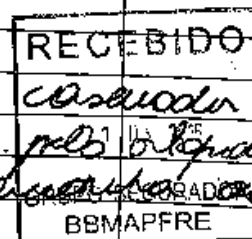
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

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
	Mano de Folio	
	Ortopedia	
	24/11/15	
	coleno auto	
	Rope der MSD	
	ECG, Urolog.	
	coleno e peroneo. amiel ridoth	
	do sistema	
	musss. der 1/3 medio do anteo	
	D + aneurism	
	Bouo non	
	musss. aneurism. af ectivo	
	de anteo	
	R: Fratura do anteo	
	CP: Ex do anteo de tratamento	
	solutomus neogluato	
	no monato do anteo p/ aneurism	
	anteloatomo anteo	
	Tipora	



Clínica Cirúrgica de Emergência - 208  
CRM 88.123.780-1  
Cirurgião Geral e Especialista  
Cirurgia de Emergência  
Tel 3341.2965

MED. 007



Juazeiro



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

26 anos

Diagnóstico

Poli-trauma	Politrauma
mal fechado	mal fechado
GRUPO SANGÜÍNEO	GRUPO SANGÜÍNEO
BIMANIFERO	BIMANIFERO

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento	Leito	Convenio	Evolução Médica
Nome da Paciente: Alcantara	27/11/15	1) Dieta Branda	7	1		# cirurgia Geral #
		2) Hidratação GRI 1500ml EV 24h				5º DJH / 3º DPO LE + Her
		3) Promal 100mg + 500ml SF 9.9% EV 8/1h				fase de Leito Hepático e es
		4) Dipirona 1g + 40 EV 4/4h				rica + toracostomia com
		5) Fikol 40kg + diluente 1x dia				avulsão fechada
		6) Moxicon 8mg / 2ml + diluente EV 8/1h				Em uso de Sintomáticos
		7) Omeprazol 40mg EV 1x dia em jejum				Dispositivos:
		8) FC, FR, PA Sa+O2 3x dia				Draino Blake 250ml
		9) UGA + SSV				Draino Torácico 300 ml
		10) 2 concentradores de Oxigênio				Paciente evolui com melh
		11) Paciente da ortopedia, Paciente com				da dor, melhora episódios
		na de 24/12 a paciente foi avaliada				na noite, passou a
		pelo ortopedista e verificando fratura				distal de ulna, fratura de
		com tto conservador, imobilizada				com a dieta por via oral
						EG, eufórica, normotiva, Ar
						triglicéridos Hipocómba (+/-),
						perfundida, Mebri
						Ar e AR, com polipneum
						Alatase, Semi-Globoso, ind
						les, a palpação, depend
						DB, limpa, seco, sem
						Sinais fisiológicos, expe
						SSV PA 120/70 FC 73
						PR 14
						Enfermeira: AR, diminuída em base

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:27:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911270720500000029853629>  
 Número do documento: 20052911270720500000029853629

Num. 31105022 - Pág. 4

## Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

26 anos

Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS)

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE

Convenção

Evangelina Medeiros

Paciente	Maria da Glória Monteiro	Alojamento	7	Leito	1	Convênio	BR
----------	--------------------------	------------	---	-------	---	----------	----

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
7/11/15	(1) Dieta Branda (2) Hidratação GRL 1500ml EV 24h (3) Promal 100mg + 300ml SF 0,9% EV 8/16 (4) Diproana 4g + AD EV 12/16 (5) Tilatil 40mg + diluente 1x dia (6) Nausecon 8mg / 2ml + diluente EV 8/16 (7) Omeprazol 40mg EV 1x dia em jejum (8) FIC, FR, PA Sa+O <sub>2</sub> 3x dia (9) UGG + SSV (10) 2 concentrados de Hemócian (11) Paciente da ortopedia, Paciente com dor no ombro e cotovelo direito, no dia 25/10 o paciente foi submetido à cirurgia ortopédica e verificado fratura do humero com tto conservador, imobilizado.	24 24 24 24 24 24 24 24 24 24	# cirurgia Geral #  Sº DJH / 3º JPO LF + Pmo. toma de leite Hepático e esp. rica + toracotomia com drenagem fechada. Em uso de Sintetomina Dispositivos: Dreno Blake 250ml Sena torácica 300 ml. Paciente evolui com melhora da dor relatada episódios de náuseas na noite passada, diurese (+) evacuação p. acat. sem a dieta por via oral. FGR, eufórica, acinética, An- stesia Hipocorab (+/-), ba- profundida. Apeku ARV e AR sem alteração Abdomen Semi-Globo, indo- len a palpção, depressível DB= limpa, Saco, Sem- Suaus flagesticos, expre- SSVV PA 120/70 PC 73 PR 14. Exatopo: AR diminuída com base H+ # com plano
8/11/15	N Bateria 3262133 283 ml Chlq PR( ) LI ) ABC/RH A2 Tempo 36°C Muito úmido: 27,15 Muito úmido: 27,15 Muito úmido: 27,15	24 24 24 24 24 24 24 24 24	# cirurgia Geral #  Sº DJH / 3º JPO LF + Pmo. toma de leite Hepático e esp. rica + toracotomia com drenagem fechada. Em uso de Sintetomina Dispositivos: Dreno Blake 250ml Sena torácica 300 ml. Paciente evolui com melhora da dor relatada episódios de náuseas na noite passada, diurese (+) evacuação p. acat. sem a dieta por via oral. FGR, eufórica, acinética, An- stesia Hipocorab (+/-), ba- profundida. Apeku ARV e AR sem alteração Abdomen Semi-Globo, indo- len a palpção, depressível DB= limpa, Saco, Sem- Suaus flagesticos, expre- SSVV PA 120/70 PC 73 PR 14. Exatopo: AR diminuída com base H+ # com plano







## Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

76 amo

Paciente	Maria de Fátima Alcântara	Alojamento	7	Leito	6	Convênio		E	i.	SECCIONADA APPROVADA
----------	---------------------------	------------	---	-------	---	----------	--	---	----	-------------------------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/11/85	<p>① Dieta Branda</p> <p>② SRL 1000ml EV em 24h</p> <p>③ + tramol 100mg + 100 ml SF 0,9% EV @ 18h</p> <p>④ Hilatil 70mg + diluente EV 2x dia</p> <p>⑤ Nauseabon 8mg/12ml + diluente EV 8/18h</p> <p>⑥ Diphenosol dg + AD EV 6/6h</p> <p>⑦ ameprozal 40mg + diluente EV 4x dia em jejum.</p> <p>⑧ FC, FR, PA, SatO<sub>2</sub> 3x dia labo de</p>	<p>5:00, 5:40 <del>17/11/85</del></p> <p><del>17/11/85</del></p> <p><del>17/11/85</del></p> <p><del>17/11/85</del></p> <p>Nu</p>	<p># cirurgia cancelada #</p> <p>6º DJH / 4º DPO LE + Hemorragia de Leito Hepático e Esplênico + toracotomia com drenagem fechada</p> <p>Em uso da Sintomática</p> <p>Dispositivo: Dreno de Blake 250 ml Dreno torácico 900 ml</p> <p>Paciente evolui em leito comum respirando ambiente, aleitado sem dieta diurna (+), evacuações regulares em MSD (controlado e ambio).</p> <p>LBR, espúria, acintosa, amarelada, hiperemada, bem perfundida apébil.</p> <p>AV RSC em 2r, BNP SS</p> <p>AR MVCD em AHT, SLRA</p> <p>Abdome plano, depressivos do lombo e palpáveis, DB (+)</p> <p>F.O. Gêdoas bem coaptadas, seca, limpa, expandida (+)</p> <p>SS vv: PA 140 x 100 FC 75 bpm FR 17 ipm</p> <p># conduto: Solicito exame labo</p>

# conducta: Solicito exámenes laboratoriales, retirar drena Blake.



Data		Temp		Pulso		Pressão		Saturação		Observações	
28/11	13:00			150	90						Paciente consciente e orientado, realizado curativo na ferida com drenos torácicos.
28/11	20:05	36,8	105	22	130/90						
29/11	06:00			94	130/90						Dêbito drenos torácicos em sítio d'água 250 ml



## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

36 anos

Politrauma: trauma abdominal fechado

paciente	Maria de Estima Alcantara	Alojamento	F	Leito	1	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
11/11/18	1 Dieta Blanda		# cirurgia (segunda) #				
	2 Hidratação SFO 9% 1000ml EV 24h	18	42 DTH 1 2º DTH 1 3º DTH 1				
	SRZ 1000ml	18	mostrava de leito hepático				
	3 Tramadol 100mg + 100ml SFO 9%	14	e esplênico + traquete cavi				
	EV 8/8h	14	e esplênico + traquete cavi				
	4 Dipirona 1g + AD EV 6/6h	14	e esplênico + traquete cavi				
	5 Filatril 40 mg + diluente 1x dia	14	e esplênico + traquete cavi				
	6 Nauseabon 8mg/ml + diluente	14	e esplênico + traquete cavi				
	EV 8/8h	14	e esplênico + traquete cavi				
	7 Omeprazol 40mg EV 1x dia em	14	e esplênico + traquete cavi				
	jejum	14	e esplênico + traquete cavi				
	8 PC, FR, PA, SatO2 3x dia	14	e esplênico + traquete cavi				
	9 CC GG + SS RV	14	e esplênico + traquete cavi				
	# conduta: Monitorada, vigília		Paciente evolui com dores				
	signais vitais e monitora distal dos		em todo corpo, sístole				
	arteriais		bem a direita, pulso (+)				
			pulso (+), flato (+)				
			EGR, eupneico, saturação				
			perfundida; Hiperocardi +1/4				
			Hidratada, bem perfundida				
			Abdome plano, doloroso				
			a palpação, deprimível, DR				
			FO limpa, seca, sem si-				
			nais patológicos.				
			SS RV: Temp 36,7°C				
			PA 100 x 80 FC 73 PR 14				

MOD. 035



[illegible]

## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

26 anos

Politrauma = trauma Abdominal  
nao fechado

paciente Maria de Fátima Alcantara Alojamento 7 Leito 1 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
4/1/15	1) Dieta líquida de prova, evoluir para os 4h		# Cirurgia Geral #
	2) Hidratação SFO, 9 x 1000 ml EV, em 24h	12:00	
	SRL 5000 ml EV	18:00	
	3) Dipirona 50 + AD EV 6/6h	12:18 24:06	3º DTH / 1º DPO IE +
	4) Filostil 30mg + diluente EV 1x/dia	12	Hemostasia, leito Hepático e
	5) tramal 100mg + 300 ml SFO, EV 8/8h	14:22:06	Esplênica + tórax cavitária,
	6) Naproxen 8mg/2ml + diluente EV 8/8h	14:22:06	toracotomia com drenagem
	7) Omeprazol 30mg EV 1x/dia em jejum	26	fechada
	8) FC, FR, PA, Sat2 3x/dia	cf	Dreno Blake débito 150ml,
	9) Cefaz + SSV	cf	SVD 3.200ml em 24h,
	10) Vitam K3	cf	Dreno torácico 200 ml, AVP
	# Conduta: Solicito Hemograma		Paciente evolui se queixando
	início dieta líquida de prova		de dores em região de tór-
			ax e abdome, diurese
			presente por SVD, evacuação
			D, está em dieta zero
			FGR, eufórica, acenotiza,
			anictérica, Hipocromia (+/-),
			sem perfundida
			Abdome levemente doloroso,
			DBE, RHA hepatomegalia,
			sem sinais de instabilidade
			hemodinâmica.
			SSVV PA 150x80 FR 20
			FC 72 Temp 36,2°C

Diego Solano Meneses Aguiar  
Médico Residente Clínica Geral  
CRM-70.4196

MOD. 035



25/11	08:00	36,3	—	—	PA	Diurese	Observações Enfermagem	As
15					100 80		Paciente consciente, orientado, aceita a dieta, em vom clise, realizada curativo em ferida operatória abdominal + dreno de tórax, verificado 65ml + ccca, medicada e.p. médica.	
26/11	06:00						Desprezado 450 ml de dreno de tórax com soro d'água + 300 ml de dreno de sucção.	



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA	
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 retroperitoneal. A critério clínico, prosseguir a investigação com tomografia computadorizada com contraste.

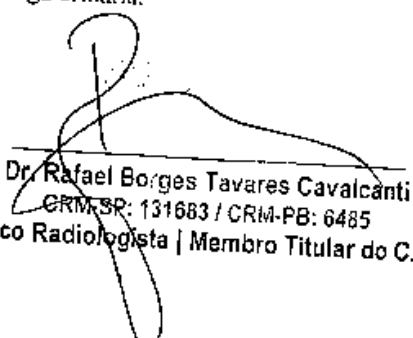
Vesícula biliar de topografia habitual, fisiologicamente distendida, com paredes de espessura normal, sem evidências de cálculos em seu interior.

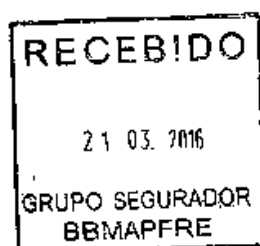
Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

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.

Sonda 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.



**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

## Diagnóstico

Poltrona - Tronco abdominal, dorsal

RECEBIDO  
GRUPO SEGURADOR  
BENAFRE

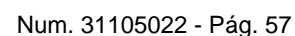
[illegible]



	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
22/11/15	16:00	36,5	98	98	100	100	Paciente admitida ob C.E. no 15 operatório, mantem H/V 20; diurese zero; Sonda vesical distal (direita); Cloro gástrico oscilando levemente Cloro gástrico sob curativos, mesmo	
22/11/15	22:00	36,5	98	98	100	100	Paciente admitida H/V 20; Sonda vesical distal (direita); Cloro gástrico oscilando levemente Cloro gástrico sob curativos, mesmo	
	06:00					900ml	Desprezado = 450ml do choro gástrico	



RECIBIDO  
GRUPO SEGURADOR  
BIBIAPFRE





ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO  
Dr(a): DIEGO SOLANO MENEZES AGRA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES  
Protocolo: 0000246535  
Data: 25-11-2015 11:58  
Idade: 26 anos  
RG: CIRURGICA 7-1  
Origem: CLINICA CIRURGICA  
Destino: ENF 07 - L 01

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 25/11/2015 12:00 )

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos	2.43 milhões/mm <sup>3</sup>	3,9 à 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
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

	12.600 /mm <sup>3</sup> (%)	(/mm <sup>3</sup> )	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
Leucócitos			
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	0	0	
Segmentados	3,0	378	
Eosinófilos	80,0	10.080	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos	1,0	126	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Linfócitos			
Típicos	14,0	1.764	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos	0	0	
Monócitos	2,0	252	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS	136.000 mm <sup>3</sup>		140.000 à 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES

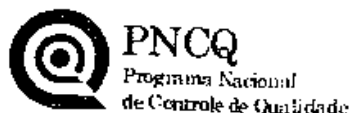
Contagens repetidas e confirmadas.

*Assinatura*  
Ana Carolina Miguel Agra  
Biomédica  
CREM 5417

RECEBIDO

21 03 2016

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE





Sistema  
União de  
Saúde 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 EM  
TRAUMA

2 - CNES

2 1 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

Elisabete Su  
Tel: 304.689-3

4 - CNES

2 1 3 6 2 8 5 6

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Moisés de Brito Albuquerque de Souto

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

242.841

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2109109717217241010108

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 9333 3412 411

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Olha Grande zona rural

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Joazeiro

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

PB

15 - UF

PB

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, hipófise e esplenico

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

( ) REEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - 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  
GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE

MOD. 009





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

Moruo de 67 no abastamento de Sudo.

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

8 - DATA DE NASCIMENTO

22 08 89

6 - Nº DO PROMISSÁRIO

242.841

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Amora de Santana de Sudo.

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. da Liberdade, 100 - Jd. São Paulo

11 - TELEFONE DE CONTATO

000 1 3 4 5 6 7 8 9

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapetininga

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vit. de acidente com trauma abdominal fechado, fr. de abdome na região de...  
cas de... trauma de... fraturas, hematomas e...  
Risco de morte.

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

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/11/19

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

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

35 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ INACIDENTADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

21 11 2019

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE

MOD. 003





**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 - Cód. IBGE 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 ASSOCIADAS

**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**

**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)

40 - DATA DE SOLICITAÇÃO

( ) CNR ( ) CPF

**GRUPO SEGUADOR**

**BSMAPPRE**

**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)

( ) CNR ( ) CPF





 <b>SUSS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
---	---------------------	---	-----------

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
<b>Identificação do Paciente</b>	
5 - NOME DO PACIENTE	
6 - Nº DO PONTUÁRIO	7 - DATA DE NASCIMENTO
8 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1    Fem. <input type="checkbox"/> 3	9 - Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	13 - CID 10 PRINCIPAL
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - UF
16 - CDD. EGE MUNICÍPIO	17 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
---

<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 SECUNDÁRIO
24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - QTD.	32 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - QTD.	34 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - QTD.	36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37 - QTD.	

<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>	

<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DE SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	44 - DATA DE AUTORIZAÇÃO
<b>GRUPO SEGURADOR</b> <b>BEMAPERE</b>	

<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	46 - DATA DE AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





**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 JUL 2018

**GRUPO SEGUADOR**  
**BBMAPFRE**

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:







**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 SEGURADOR

BBVA-PRE

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

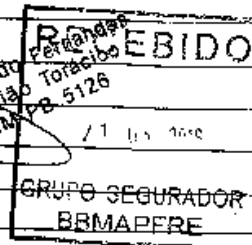


**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

Nome do Paciente <i>Marino de Fátima A. de Souto Junior</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>24/11/15</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Rivaldo</i>		1.º Auxiliar
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>O cirurgia</i>	Tipo de Anestesia <i>local</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Hemopneumotórax E - Politraumatismo</i>		
Tipo de Operação <i>Toracotomia de drenagem Falsa</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O neno (± 200 ml)</i>		
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 Viscerais
<i>01) Paciente em Decúbito Dorsal</i>
<i>02) Anestesia e anti-sépsis</i>
<i>03) Incisão local e xylocaína 2%</i>
<i>04) Toracotomia no 7.º EIC LAM + Panagens de chuma plana n.º 28 com saia de ar e 200 ml sangue</i>
<i>05) Fixação da víscera 20.</i>
<i>06) Curativo</i>



Mod. 018

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**





**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 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		
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		

*Suelio Moreira Torres*  
Médico Anestesiologista  
CRM - PB 7986

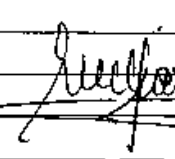
Assinatura Anestesiista



**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>Dr. 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>Toracostomia de Drenagem Fechada</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório <u>O mesmo (<math>\pm</math> 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 Viscerais
01) Paciente em Decúbito Dorsal
02) Anestesia e anti-sépsis
03) Infiltração local c/ xilocaína 2%. 04) Toracostomia no 7.º ETE LAM + Drenagem de omento pleural n.º 28 com saída de ar e 200 ml sangue
05) Fixação q. visf 20.
06) Curativo
 Rivaldo Fernandes Cirurgião Torácico CRM-PB 5126

Mod. 018

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



71#



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

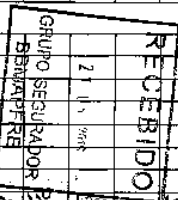
Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME: M<sup>a</sup> da Fatima da Silva  
DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
DATA: 24.11.2015

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: 08  
CIRURGIA: \_\_\_\_\_ BALANÇO antes: \_\_\_\_\_  
DATA DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_

CONTROLE DE ENFERMAGEM

HORAS	SINAIS VITAIS					ENTRADA					SAÍDA					VENTILAÇÃO MECÂNICA							
	T	P	PA	FC	FR	GLICE- MIA	DIETA	CRISTA- LOIDE	COLÓIDE	SANGUE	NPP	MEDI- CAÇÃO	DRENO 1 2	DIURESE	EVACUA- ÇÕES	SNG	PVC	TIPO	P. PRES	F	V. COR		
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																							
6																							
BALANÇO TOTAL																						ASSINATURA	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:27:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911270720500000029853629>

Número do documento: 20052911270720500000029853629

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

Nome do Paciente <b>BRUNO ALBERTO DE SAUS</b>		Nº Prontuário <b>1254918</b>
Data da Operação <b>24/11/15</b>	Enf. <b>Dr. Marcos Diniz</b>	Leito <b>11</b>
Operador <b>Dr. Marcos Diniz</b>	1.º Auxiliar <b>Milena R.</b>	
2.º Auxiliar <b>Dr. Rafael</b>	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <b>Dr. Rafael</b>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <b>Trauma abdominal fechado</b>		
Tipo de Operação <b>LE + Remoção de Rito Peritônico e esplênica + toilette lavatório</b>		
Diagnóstico Pós-Operatório <b>O mesmo</b>		
Relatório Imediato da Patologia <b>Não houve</b>		
Exame Radiológico no Ato <b>Não houve</b>		
Acidente Durante a Operação <b>Não houve</b>		

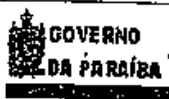
**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral
2) Antissepsia + oxipola
3) Incisão supraumbilical
4) Abertura por planos
5) Inervação: Pequena quantidade de sangue livre na cavidade, pequena lesão em Rito Peritônico (± 3cm) com sangramento ativo; lesão em Rito (± 4cm) com sangramento ativo intenso não visualizado outras lesões
6) Realizada remoção de Rito Peritônico e periquima esplênica e Rito caudal
7) Remoção da Remoção
8) Toilette lavatório
9) Costagem de compressas
10) Colocação de dreno de Blake
11) Fechamento da cavidade por planos
12) Furo de dreno na Rito

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dra. Milena Macedo  
MÉDICA  
CRM 20.020





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

**Paciente:** MARIA DE FATIMA ALCA

**Data do Exame:** 24/11/2015

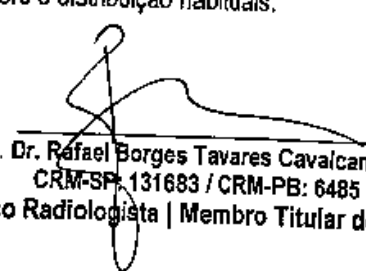
**Exame:** Tomografia Computadorizada do Abdome Total

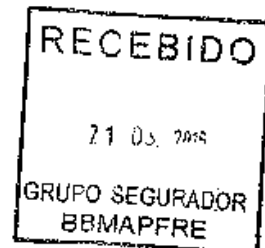
**Técnica:** Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos antes, durante e após a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

**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.







<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		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 <i>Maria de Fátima A. de Sousa</i>		6 - Nº DO PONTO/ARCO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fm. <input checked="" type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - COD. REG. MUNICÍPIO	15 - UF
		16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
---

<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
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

<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Tubo de drenagem com cateter</i>	27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>Tomografia</i>	30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTD	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>237175</i>	33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTD	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTD	

<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> <i>Solucido a USF que encaminhou Sugestão de pequena hemorragia hepática, pequenos hemangiomas. Laminar de sangue e - vasos - parietal.</i>
---

<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>		<b>RECEBIDO</b>  GRUPO SEGURADOR HEMAPERE
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Suelio Moreira da Silva</i>	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)		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45 - COD. ORGÃO EMISSOR	46 - DATA DE AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

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: ENE 07 - I.01

HEMOGRAMA

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

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos	3.50 milhões/mm <sup>3</sup>	3,3 à 5,3 milhões/mm <sup>3</sup>
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

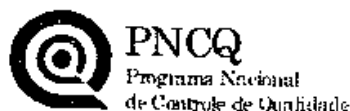
SÉRIE BRANCA

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

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

  
Edicleia Macedo de França  
Biomédica  
CRM 4732





ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

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: ENE 07 - 1, 01

**URÉIA**

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

Resultado **19 mg/dl**

De 15 A 42 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, Despejamento da Creatinina

\* Sumário de

urina.

NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e

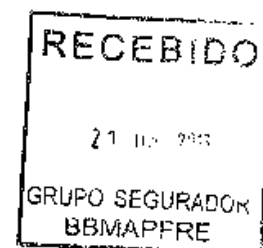
vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIEMER

Ana Claudia Barroco  
Biomédica  
CRBM 15793





ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

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 07.1.01

CLORO

(DATA DA COLETA: 28/11/2015 16:37 )  
Material: Soro  
Método: Eletrodo Seletivo M300 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 M300 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

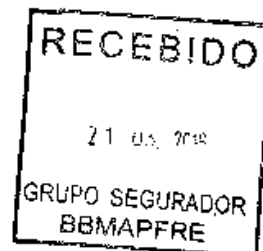
POTÁSSIO


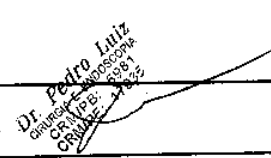
(DATA DA COLETA: 28/11/2015 16:37 )  
Material: Soro  
Método: Eletrodo Seletivo M300 MAXIONS

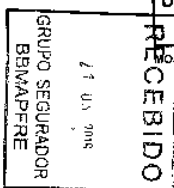
3.8 mmol/L



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

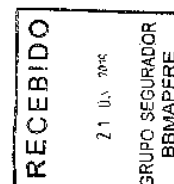
Ana Claudia Barroso  
Biotécnicas  
CRM 5793



 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>			
<b>NOME:</b> MARIA DE FÁTIMA		<b>PRONTUÁRIO:</b>					
<b>IDADE:</b>	<b>SEXO:</b> M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	<b>COR:</b> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	<b>PESO:</b>	<b>ALTURA:</b>	<b>CLÍNICA:</b>	<b>ENF:</b> 7	<b>LEITO:</b>
<b>DADOS CLÍNICOS:</b> Politrauma (Acidente Automóvel Fechado)							
<b>MATERIAL A EXAMINAR:</b>							
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b> Hemograma, Coagulograma, Urina, Creatinina							
<b>URGÊNCIA:</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<b>ROTINA:</b> <input type="checkbox"/>		 Dr. Pedro Luiz Médico - Emergência CRM-PB: 1981 ORN: 12345			
<b>DATA:</b> 28/05/2025		<b>HORA DA SOLICITAÇÃO:</b>					
				Carimbo e Assinatura do Médico			





 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>			
NOME:		MARCO DE FÁTIMA ALCANTARA DE SAUTTO				PRONTUÁRIO: 613	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>					
DADOS CLÍNICOS: Politrauma							
MATERIAL A EXAMINAR:							
EXAMES SOLICITADOS: Rx braço (E) AP/perfil ombro D							
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		 Cristiano Trajano de Oliveira CIRURGIÃO GERAL CRM-PB, 5982			
DATA: 24/11/2013		HORA DA SOLICITAÇÃO: 01:30					
Carimbo e Assinatura do Médico							

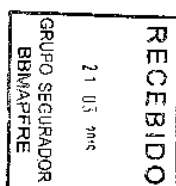


MOD. 002



 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>	
NOME: <u>Maurício de Fátima A. de Couto</u>				PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
				ENF.:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:			ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: <u>23/11/15</u>		
EXAMES SOLICITADOS: <u>UGG FAST</u>					
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		Carimbo e Assinatura do Médico	
DATA: <u>23/11/15</u>		HORA DA SOLICITAÇÃO:		 Cristiano Trajano de Oliveira CIRURGIÃO GERAL CRM-RS. 5986	

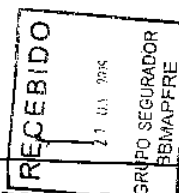
MOD. 002



RECEBIDO  
21 03 2018  
GRUPO SEGUADOR  
BBMAPFRE







		GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISICÃO DE EXAMES	
NOME:		Marta de Fátima H. de Souto						PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>					
						CLÍNICA:		ENF:	
								LEITO:	
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 Cervical AP/Perfil									
- Raio-x de Coluna Lombor AP/Perfil									
URGÊNCIA:		<input checked="" type="checkbox"/>		ROTINA:		<input type="checkbox"/>			
DATA:		23/11/15		HORA DA SOLICITAÇÃO:		21:00			
Carimbo e Assinatura do Médico									

MOD. 002



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: **M<sup>te</sup> DE FATIMA A. DE SOUZA OLIVEIRA** Registro: Leito: **7-1** Setor Atual: **C. GERAL**

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: **31,6** °C; P: **60** bpm; FR: **22** irpm; PA: **80x80** 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

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: **CONCENTRADO**

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

**PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**

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

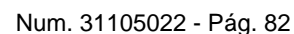
**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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

**GRUPO SEGURADOR  
BEMAPFRE**



FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



Paciente:	Maria de Fatima de Saito	Enfermaria:	07	Leito:	02	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 de 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 ( ) 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 levar 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 de 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
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		
<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	N T N	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.	N T N	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.	N T N	
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input checked="" type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	N T N	
<input type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input checked="" type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	N T N	
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

do Enfermeiro(a):

do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NIC/2010 (GRAVES); L. RUIZ/2010; LAF 2013

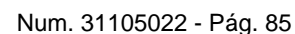


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:27:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911270720500000029853629

Número do documento: 20052911270720500000029853629

RECEBIDO	Risco de queda
	22 de sono
	prejudicado
	5.1.2015
	Outro
	Outro
	GRUPO 6 - SIVADOR
	BREASTFRE



PREScrição DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) Avaliar distensão abdominal.		
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		( ) Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
( ) 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).		( ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
( ) 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.		( ) 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.		( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
( ) 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.	MTN	(X) Melhora da integridade da pele.
(X) Analisar condições do curativo.	MTN	(X) Diminuição do risco de lesão.
(X) Orientar e estimular a hidratação da pele.	MTN	
( ) 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.
(X) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).	MTN	(X) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
(X) Realizar balanço hídrico.	MTN	
(X) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	MTN	
(X) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	SIN	
(X) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	MTN	(X) Diminuir o risco de infecção.
(X) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	MTN	
( ) 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

Emmanuel Mattayna da C. Silva  
ENFERMEIRA  
COREN-PB 460003

do Enfermeiro(a):

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:27:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911270720500000029853629

Número do documento: 20052911270720500000029853629

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

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

ura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NIC 2010 CHAVEIRA, D. S. R. A. P. A. S. P. E. 2. ed. 2013



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:27:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911270720500000029853629

Número do documento: 20052911270720500000029853629

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

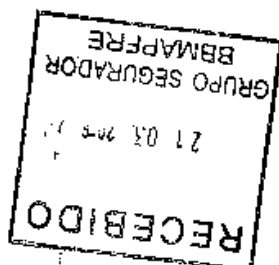
Nome: M. de Fátima Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 3-3 Setor Atual: C. Geral

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 ( ) Midríaticas

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

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

Obs: \_\_\_\_\_

OXIGENACÃO

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 Expectorção: ( ) 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

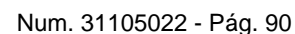
( ☒ ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



FONTE: BORDINHAO, R.G. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

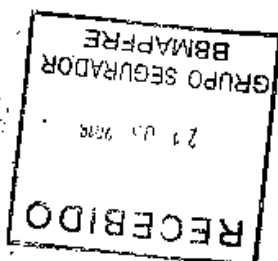
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: DE FATIMA 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 ( ) 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:  Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno  /  /  Aspecto da drenagem torácica: MEIA SIDA SANGUINOLENTA

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

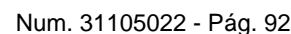
( ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



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

**SUS** 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 FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO Sexo: FEMININO Idade: 26,3  
Profissão: AGRICULTORA(9333-4241) SJ Documento: 209097727240008 SUS  
Endereço: CAMPINA GRANDE Bairro: ZONA RURAL  
Município: JUAZEIRINHO Estado: CEP: 51275  
Data Atendimento: 28/11/2015 20:22h Código do Município: 251275

RAÇA/COR: NASCIMENTO: 22/08/1989 QUEIXAS: COLÍSAO  
( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDAS  
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:  
História de colapso de cor com múltiplas  
contusões quicando dor em tórax e abdome  
ECG - 12 - Ruptura normal de Normal  
FC FR PA AR Normal

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO  
RESULTADOS TOMOGRAFIA ULTRASSONOGRAFIA  
231115 Realizada em: 23/11/15

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS  
1. 2000 ml  
2. Banda elástica  
3. Fio de sutura  
4. Hda de sutura

DIAGNÓSTICO / CID: Politrauma

RECEBIDO  
GRUPO REGISTADOR  
RECEBIDO

NATUREZA DA CONSULTA  
Consulta Básica (PAB):  
Consulta Especializada: C. forânea de topografia

PROCEDIMENTO  
Cirurgia Torácica -> Ruptura de  
24/11/15 01:05  
Assistido de Cui qual.

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(AS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S) DE ASSINATURA  
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 ALECRANTANA		
End:	Sítio Ilha Grande		
Data de Nascimento:	22-08-89	Bairro:	ZONA RURAL
Queixa:	Calor	Documento de Identificação:	20052911270720500000029853629
	Data do Atend.: 23/11/15	Hora:	20:26

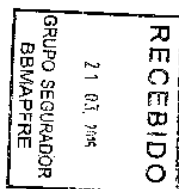
### Classificação de Risco

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



NOME:	M	A	R	I	A	B	E	P	A	T	I	M	A	A	T	-	PRONTUÁRIO
CANT	1	7	2	2													44
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEIT.				
	M	F	X	B	P	A						2		1			

DADOS CLÍNICOS:

Contusão pós-choyagem

RECEBIDO

MATERIAL A EXAMINAR:

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE

EXAMES SOLICITADOS:

Rx tórax PA

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA:

30/11/15

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

MCD - 002





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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>				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

002



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

## Evolução Psicológica

Nome: org de Fátima Alcantara de Souto  
Setor: Cirurgia

Setor: Civilização

Leito: 7-1

[illegible]

~~Viviane Christine Alves~~  
~~Paralela~~  
CRP: 13/4227

RECEBIDO

21 (13) 7079

**GRUPO SEGUADOR**  
**BBMAPFRE**





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: VANILDE NASCIMENTO 25 ANOS Registro: 7 Leito: 1 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 26,9 °C; P: 64 bpm; FR: 30 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs.: Colo C/5/2016

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): 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 ( )

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

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.

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 ( )
Ausculata cardíaca: (X) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção: / /
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>
Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.
Dentição: (X) 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 (X) Constipado há dias ( ) Outros:
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria (X) SVD: Débito ml/h;
Aspecto: ( ) Outros: Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>
Condição da pele: (X) Inteira ( ) 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: Curativo em: / /
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /
<b>CUIDADO CORPORAL</b>
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:
<b>SONO E REPOUSO</b>
(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>
Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 29/11/15 HORA: h
Alcides Moreira Pereira

FONTE: BORDINHAO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### ATESTADO MÉDICO


ATESTO que Mãe de Latrina Alcântara  
de Souto

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

DIAGNÓSTICO CID

S42

Campina Grande, 02/12/15

  
Maria Duarte Melo  
Médica  
Oncologia 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 de Notas de Campina Grande - PB  
Módulo: Maria de Fátima Leite Cavalcanti  
Para de Registro, 115, Centro - Campina - PB  
(35) 3331-0659 - 3399-3333

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>

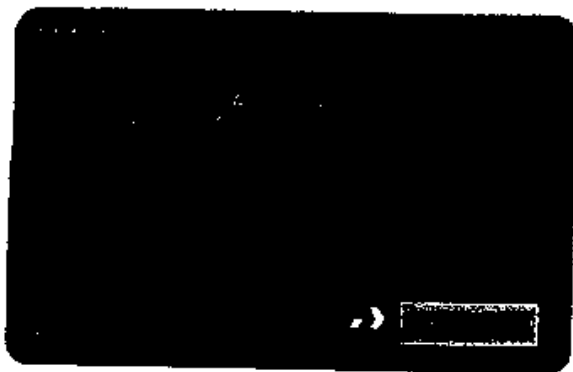
Célia Maria Barbosa  
2ª Tab. Substituta

RECEBIDO

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-234

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

*Maria de Fátima Alcântara de Souto*

ASSISTENTE SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CPF

015.893.124-66

MARIA DE FÁTIMA ALCÂNTARA DE SOUTO JUVINHO

22/08/1989

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.543.418 DATA DE 11/08/2007

DESAI EXPEDICAO

NOME MARIA DE FÁTIMA ALCÂNTARA DE SOUTO JUVINHO

FILIAÇÃO SILVINO DE SOUTO NETO

JOSÉFA ALCÂNTARA 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 USUÁRIO

LEI Nº 116 DE 25-04-83

RECEBIDO

GRUPO SEGI VOOR

EBM-ATVTE



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da 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 EMISSÃO **02/08/2014**

NOME **HELDER LUIS HENRIQUES**

EMBAIXADA **LUIS HENRIQUES**  
**MARIA ALICE ALVES HENRIQUES**

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

DOO ORIGEM  
**CASAM N. 022698 FLS. 104 LIV. B/43**  
**CARTORIO CAMPINA GRANDE/PB**  
**550.584.424-34**

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos 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**

*[Assinatura]*





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

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

VIA 1 ODD RENAVAM 776124536 EXERCÍCIO 2015

MARIA IRENE DA SILVA MENDONÇA

CONDADO - PE

CPF / CNPJ 215.325.754-91 PLACA MM20592

PLACA ANT. / UF MM20592 / PE Nº 08015022524351311

ESPÉCIE / MODELO PAS / AUTOMÓVEL / GASOLINA

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

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1 VENC. / COTAS 1 \*\*\*\*\*

IPVA 2015 QUITADO FAIXA I PVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 JCF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

AL. FID. ACFI AYMORE CRED FIN INV

CONDADO 02/05/15

Charles Anderson Sousa Lima  
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE  
AUTOMÓVEIS DE VIA TER  
TRANSPORTA



SICUT  
0504

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

55240-01

CASA CONDADO - 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 CPF / CNPJ 215.325.754-91 PLACA MM20592

RENAVAM 776124536 MARCA / MODELO FIAT/UNO MILLE FIRE

ANO FAB 2002 CATEG 01 Nº CHASSI 08015022524351311

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) JCF (R\$) TOTAL DO PRÊMIO (R\$)

SEGURO PAGO PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.405/0001-04  
www.segurodoralider.com.br

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





**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**

ASL-0830279/16

**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT**

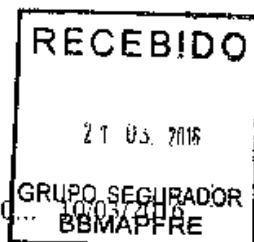
Tipo de Processo <input checked="" type="checkbox"/> Processo Novo <input type="checkbox"/> Documentos Complementares		Atendente <b>ADRIANA LACERDA NOGUEIRA</b>
Tipo de Sinistro		Agência <b>SUCURSAL CAMPINA GRANDE</b>
Nome do Requerente <b>A MESMA</b>		Nome da Vítima <b>MARIA DE FATIMA A DE S JUVINO</b>
CPF do Requerente <b>01589312465</b>		
Documentos Complementares		
Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima CPF da Vítima DUT ou Bilhete de Seguro envolver 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 Companherismo 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	Invalidez Permanente Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos Entregues e Observações <b>DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO</b>  MAPFRE SEGUROS Ass. Campina Grande Data: 10/03/16 Hora: 10:35 Anogueira	DAMS Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar Relatório Médico Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitadas) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros

**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 envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0000372016>



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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.18.2000.29 >>

CPF 225.325.754-91

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 26/06/93

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria Irene da Silva Mendonça

415851682411081944.6589869

F-68 723361A802

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

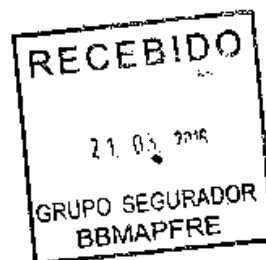
CÓPIA AUTÊNTICA CONFORME O ORIGINAL DOU FÉ. Condado,  
19/02/2016 Em test. da verdade  
Pollyana Maria Andrade Oliveira da  
Mendes - Substituta

Selo: 0077636.RVW07201501.08993 19/02/2016 08:51:40  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/salodigital](http://www.tjpe.jus.br/salodigital)

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO  
TITULAR: LETICIA 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 da  
Mendes - Substituta

Selo: 0077636.IFQ07201501.08994 19/02/2016 08:52:25  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/salodigital](http://www.tjpe.jus.br/salodigital)



JOELMA MARIA MENDONÇA DE LIMA

AV-07 DE SETEMBRO 67

CPF 713 200 914-15 IN\$ 10287856002

CENTRO/CONDOMINIO  
CONDOMINIO PE  
56840-000

**B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Município**

7005482341 02/2018

PFDA HISTORICAL 03/24/2018	SCORE ONECA	ENR33AD 15/02/2018
APPENDIX C 15/02/2018	1700 CLUB 79 2011113670	PFDA HISTORICAL 07/05/2018

25/02/2018 18/03/2018

34.88

DEBENTURE : 300,000

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,14860723	4,46
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,25163671	17,61
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	11,000000	0,37790465	4,16
Acrescimo Base de VEREJULHA			2,37
Contribuição Municipal			8,26

TOTAL DA FATURA

34.68

NT DO	TUDO DO	ANTERIOR	ATUAL	NO DE	CONSTANTE	AUGUSTE	CONSIDERADO
MEMBROS	PLACAS	2017/18	2018/19	2019/20	PLACAS	1.0000	2019/20
							2019/20

Indicador	Valor	Base de Cálculo	%	Valor do Indicador	Descrição do Indicador	Unidade	Valor
RECEITA	14,1	20,00	1,25	0,36	Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	102	36,00	1,25	1,80	Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	336				Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	604				Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	107				Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	110				Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	109				Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	111				Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	118				Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	123				Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	144				Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	124				Despesa com Pessoal	Unidade	2,28
RECEITA	134				Despesa com Pessoal	Unidade	2,28

[illegible]

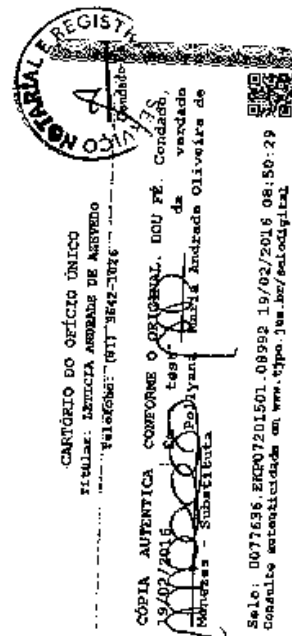
«Ho conosciuto il dr. Neri, e  
mi ha detto: «Ecco, ho trovato  
qualcuno che può fare il  
compimento dei vostri studi  
conoscendo, in particolare, gli  
studi europei» (L. Neri, 12.12.1972). Ho deciso di  
fatti strada, e ho fatto  
per un periodo di tempo  
che ho fatto: ho fatto  
- l'altro giorno ho  
conoscuto il dr. Neri, e  
ho fatto.

CONDIÇÃO	VALORES			TENDÊNCIA	
	VALOR RECEBIDO	VALOR TOTAL	VALOR LÍQUIDO	TENDÊNCIA POSITIVA (%)	TENDÊNCIA NEGATIVA (%)
1	2,00	5,00	11,36	22,00	
2	1,00	1,00	0,00	13,70	
3	2,00	3,30	0,00	0,00	
<b>Cond. Esc. 2</b>	<b>1,27</b>				

NOTA - Valor do Encargo de 10% do Valor do Saldo em Carteira = R\$ 11,72

COMO CONTRATO	MES/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7005482341	02/2016	25/02/2016	34,88

83800000000-9 34880011007-6 00546234110-1 02796949843-0



RECEBIDO  
21 JUN 2003  
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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:27:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911270720500000029853629>

Número do documento: 20052911270720500000029853629

Num. 31105022 - Pág. 110